

# Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve Diğer Tanılar ile İlişkisi

## *Dissociative Identity Disorder and Its Relationship with Other Diagnoses*

 Dilara Sürü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul

### ÖZ

Dissosiyatif kimlik bozukluğu dissosiyatif bozukluklar içerisinde en kapsamlı, ağır ve kronik olan bozukluktur. Dissosiyatif kimlik bozukluğunda temel problem örüntüsü normalde bütün halinde olması gereken kişinin bellek; davranış, duygu, bilinç ve kimliğinde bölünmeler ve süreksizlik olmasıdır. Bu ayrışma ve bölünmelerin görülmesi kişide pek çok alanda psikolojik işlevlerin zarar görmesine ve ek olarak kişide diğer psikolojik bozuklukların görülmesine neden olmaktadır. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun oluşmasında diğer tanılara kıyasla çevresel etkenlerin görülme durumu daha sıktır. Bunun nedeni dissosiyatif bozukluğunun etiyolojisinde özellikle çocukluk çağında yaşanan tekrarlı; sistematik ve yineleyici travmatik deneyimlerin yatmasıdır. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun tarihsel akışına bakıldığında tanısız olarak geç farkedildiği, travma ile olan ilişkisinin ihmal edildiği görülmektedir. Alter kimliklerin varlığının ve dissosiyatif kimlik bozukluğunun zor farkedilmesinin bu duruma etki ettiği düşünülürken, bu durum diğer tanılar ile dissosiyatif kimlik bozukluğu ilişkisinin araştırılmasında da gecikmeye neden olmuştur. Bu nedenle bu çalışmada dissosiyatif kimlik bozukluğunun tarihçesi, tanısız kriterleri, tedavisi ve dissosiyasyon gibi kavramların yanı sıra diğer tanılarla ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Travma, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni, sınırda kişilik bozukluğu, somatizasyon, yeme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi ele alınan diğer tanılar özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu ile arasında kuvvetli ilişkinin bulunduğu tanılardır. Değerlendirilen bu tanıların dissosiyatif kimlik bozukluğu ile ilişkisi ortak belirtiler; eştanı durumu, etiyoloji, epidemiyoloji gibi bağlamlarla ele alınmıştır. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun tanısız ve tedavisel protokollerinin geç tanınması; bu nedenle diğer tanılar ile olan ilişkisinin alanyazında ihmal edilmesi araştırmanın önemini ortaya koymaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Dissosiyatif kimlik bozukluğu, travma, alter kimlik, dissosiyasyon, eştanı

### ABSTRACT

Dissociative identity disorder is the most complex, severe, and chronic condition within the category of dissociative disorders. The core issue in dissociative identity disorder involves significant divisions and discontinuities in an individual's memory, behavior, emotions, consciousness, and identity, which typically function as a cohesive whole. These dissociative experiences lead to impairments in various psychological functions and are often accompanied by other psychological disorders. Compared to other mental health conditions, environmental factors play a more prominent role in the development of dissociative identity disorder. This is primarily because the etiology of dissociative disorders is closely linked to repeated, systematic, and traumatic experiences, particularly during childhood. Historically, dissociative identity disorder has been diagnosed late, and its association with trauma has often been overlooked. The presence of alter identities and the challenges in recognizing dissociative identity disorder have contributed to this oversight, resulting in a delay in exploring the connections between dissociative identity disorder and other diagnoses. This study aims to investigate the history, diagnostic criteria, treatment approaches, and dissociative aspects of dissociative identity disorder, as well as its relationships with other mental health disorders. Notably, dissociative identity disorder has strong associations with conditions such as post-traumatic stress disorder, schizophrenia, borderline personality disorder, somatization, eating disorders, and attention deficit hyperactivity disorder. The interplay between these diagnoses and dissociative identity disorder is examined through the lens of shared symptoms, comorbidity, etiology, and epidemiology. The delayed recognition of the diagnostic and therapeutic protocols for dissociative identity disorder and the consequent neglect of its relationship with other disorders in the literature underscore the significance of this study. By highlighting these connections, we can enhance our understanding and improve the treatment of individuals affected by dissociative identity disorder and its comorbid conditions.

**Keywords:** Dissociative identity disorder, trauma, alter personality, dissociation, comorbidity

## Giriş

Dissosiyasyon, kişide bir bütün halinde olması gereken algı, kimlik, beden temsili, bellek ve bilinç gibi durum ve olgularda ayrışma ve süreksizlik yaşanması anlamına gelmektedir (Ayar ve Celbiş 2023). Dissosiyasyon ile ilgili bilinen ilk çalışmaların Fransa'da 19.yüzyıl'da Pierre Janet tarafından gerçekleştirildiği ve Janet'nin "desagrégation mentale" kavramını kullanması ile dissosiyasyon kavramının oluştuğu bilinmektedir (Şarlak ve Öztürk 2018). Janet, dissosiyasyon kavramıyla kişilerin psikolojik işlevlerindeki bütünlük ve tutarlılığında bozulmalar olduğunu ve bunun sonucunda algıda bölünmeler ve bozulmalar yaşandığını belirtmiştir (Scalabrini ve ark. 2020).

Dissosiyasyon tarihsel bir süreçte ele alınacak olursa ilk kez sistematik olarak inceleyen Pierre Janet'nin öncesinde, Jean-Martin Charcot'un hipnoz ve histeri konusundaki çalışmaları hem dissosiyasyon kavramının gelişmesine katkıda bulunmuş, hem de Sigmund Freud gibi önemli isimlerin kendisinin görüşlerinden etkilenmesine neden olmuştur (Loewenstein 2018). Charcot'un Fransız Bilim Akademisi'nde hipnoz ile ilgili bilimsel savunması hipnozun tanınmasına yol açmış ve hipnoz ile histeri arasındaki ilişkinin anlaşılmasına katkıda bulunmuştur (Walusinski ve Bogousslavsky 2020). Charcot'un çalışmalarından esinlenen Freud ise histerik belirtiler için çocukluk çağı travmalarının gerekliliğine, dissosiyasyonun valığının histeri için temel gereklilik olduğuna değinmiştir (Howell 2016). Fakat ilk etapta travmayı ve Charcot ve Janet'nin yaklaşımlarını destekleyen Freud, sonrasında teorisinde değişiklik yaparak travmayı reddetmiş, psikolojik problemlerin nedeninin ise çocukluk çağı fantezileri olduğunu belirterek dissosiyasyonun değil dürtülerin ve arzuların rol oynadığını belirtmiştir (Öztürk ve Derin 2020).

Dissosiyasyon ile ilgili yapılan güncel çalışmalarda öncü olan Nijenhuis ve Van der Hart (2011) 1980 yılı sonrasında dissosiyasyonun pek çok tanımının yapıldığını belirterek orjinal tanıma en yakın olan dissosiyasyon tanımının 19. Yüzyıl'daki anlayış olduğunu vurgulamışlardır. Bu tanıma göre dissosiyasyon kişilik bütünlüğünün sağlanamaması anlamına gelmektedir ve bu durumu iki ya da daha fazla kişiliğin başarısız bir şekilde bütünlüşmesi takip etmektedir. Nijenhuis ve arkadaşları (2002) bu olguyu kişiliğin yapısal ayrışması olarak tanımlamışlardır.

Dissosiyatif bozukluklar ile ilişkili semptomlar ise pozitif ve negatif semptomlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Geçmişe dönük sahneleri hatırlama ve bilinçlilik durumunun aniden beliren alter kişilik ile kesintiye uğraması gibi durumlar pozitif semptomlar olarak adlandırılmaktadır. Bununla beraber var olan bir durumun yokluğu, eksilmesi olarak belirtilen negatif semptomlar ise kişinin her zamanki bilinçli işleyişinin hafızada ve benlikte kayıplar olması, vücudun bazı kısımlarını ya da kişiliği kontrol etmede zorluklar çekme gibi durumlar olarak ayrılmaktadır (Spiegel ve ark. 2011).

Önceki adıyla 'çoğul kişilik bozukluğu' olarak bilinen dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) dissosiyasyon ile ilişkili rahatsızlıklar arasında en belirgin ve kalıcı olanıdır (Saxena ve ark. 2023). Psikoloji tarihinde diğer psikolojik hastalıklarla yakın semptomlar göstermesi sebebiyle geç adlandırılan ve ihmale uğrayan DKB'nin 1980 senesinde DSM III'te tanı olarak yer almasıyla beraber ilgili çalışmalar da artış göstermeye başlamıştır (Tamam ve ark. 1996, Şar 1998). Carlson (1981) görülen ilk vakanın 1700'lü yıllarda yaşanan vakalar olduğunu belirtmiştir.

Türkiye'de ise dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ile ilgili yapılan ilk sistematik çalışmanın 1993 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'de DKB'nin tanınmasının diğer ülkelere kıyasla geç olduğu görülmektedir (Şarlak ve Öztürk 2018). Türkiye'de yapılan ilk epidemiyolojik çalışmalar vaka sayılarının öngörülenden daha fazla olduğunu göstermiştir. Tutkun ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptığı araştırmalarda Türkiye'de dissosiyatif bozukluk prevalansını %10,2 bulurken DKB prevalansını %5,4 olduğunu belirtmişlerdir (Tutkun ve ark. 1998). Şar ve arkadaşları bu oranın dissosiyatif bozukluklarda %12, DKB'de ise %2 olduğunu vurgulamıştır (Şar ve ark. 2000).

DKB'nin genel epidemiyolojisine bakıldığında ise psikiyatri dünyasında yaygınlığının %1,5 olduğu belirtilse de son yıllarda yapılan çalışmalarda bu oranın artarak psikiyatri hastaları içerisinde %2-5 arasında olduğu belirtilmiştir (Hawayek 2024). Ergenlik çağında olanlarda, acil psikiyatri servislerinde ve genelev çalışanları gibi risk grubunda DKB görülme olasılığı daha fazladır (Şar 2017). Klinik popülasyonda DKB tanısı alanların kadın oranı daha yüksek iken genel popülasyonda kadın erkeğin oranının birbirine yakın olduğu bilinmektedir (Şar 2017).

DKB'nin tanınma kriterlerinin; alter kimliğin, tedavi sürecinin ve eşanı durumunun ele alındığı bu derleme makalenin amacı DKB'nin diğer tanılarla ilişkisinin detaylı şekilde ele alınmasıdır. DKB'de alter kimliklerin varlığı, travmatik geçmiş gibi unsurlar tanınma süreci zorlaştırması kimi zaman yanlış tanı ve yanlış tedavi uygulanmasına neden olmaktadır (Pietkiewicz ve ark. 2021). DKB'nin etiyolojisini ve diğer tanılarla ilişkisini

anlamak hem yanlış tanı ve tedavi sürecinin önüne geçmek için önemli bir adım olabilir. DKB'nin sırasıyla travma, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni, depresyon, sınırda kişilik bozukluğu, somatizasyon, yeme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanıları ile olan ilişkisi ele alınarak kapsamlı bir derleme sunulmak amaçlanmıştır.

## **Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tanı Kriterleri**

Dissosiyatif bozukluklar basit ve karmaşık olarak ikiye ayrılıp basit dissosiyatif bozukluklar; dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ ve depersonalizasyon bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır. Bununla beraber karmaşık dissosiyatif bozukluklar ise akut ve kronik olarak ikiye ayrılıp DKB kronik sınıfa giren tanı olarak geçmektedir (Şar 1998). DKB, dissosiyatif bozukluklar içerisinde temel belirtilerin kimlik ve bellek ile olduğu en kapsamlı, ağır ve kronik olan bir bozukluktur (Şar 2017).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5) DKB tanı kriterleri şu şekilde yer almaktadır (APA 2013):

- A. İki ya da daha fazla alter kimliğinin varlığı olmalıdır (Her alterin kendi benlik yapısı, karakter özellikleri, çevre ve kendisiyle ilgili fikir sahibi olması gerekmektedir. Bu belirtilerin kişinin kendisi ya da çevresindekiler tarafından bildirilmesi gerekmektedir)
- B. Kişinin gündelik hayatı, önemli bilgiler, hatıraları ile ilgili hatırlamada çektiği zorluklar sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekildedir.
- C. Bu belirtiler kişinin günlük yaşamında işlevselliğinin düşmesine sebep olmaktadır.
- D. Bu belirtiler kültürel-dini olaylarla açıklanamaz.
- E. Bu belirtiler madde kullanımı ya da herhangi bir tıbbi neden ile açıklanamaz

DKB'nin bazı semptomları diğer tanımlarla karışabildiği için kimi klinisyenlere göre sadece tanısal kriterlere bakarak karar vermek yanlış tanıya sebep verebilir. Bu nedenle DKB şüphesi görülen kişiye sadece tanı sınıflandırmaları ile değil; klinik gözlem, DKB'ye dair belirlenen ölçekler, kişinin hastalık öyküsü gibi doneler birlikte değerlendirilerek yaklaşılmalıdır (Kluft 2007).

DKB'nin ve dissosiyatif bozuklukların hem bir belirti hem de bir tanı olarak kabul edilme ve deneysel olarak araştırılma sürecinde diğer psikolojik bozukluklar kadar fikir birliği sağlanmamıştır. Bunun en önemli nedenlerinden bir tanesi dissosiyasyonun bir belirti olarak varlığının tartışılmasının başlangıcından bu yana karşı görüşte olan ve dissosiyatif bozuklukları kabul etmeyen görüşlerin bulunmasıdır. Bu durumun ilk örneği Freud'un travmaların gerçek olmadığını; psikolojik sorunların kökeninin çocukluk dönemi fantezileri olduğunu belirtmesinde görülmektedir (Öztürk ve Derin 2020). Akabinde Breuer'in dissosiyatif bozuklukları şizofreni kapsamında değerlendirmesiyle dissosiyatif bozukluklar ve DKB'nin tanınması ve kabul edilmesi ciddi düzeyde ihmale uğramıştır (Öztürk 2018). Bu ihmaller ve görüş ayrılıkları geçmiş çalışmalarda olduğu gibi günümüzde de akademik alanda etkisini sürdürmektedir. Örneğin; travmanın neden olduğu hafıza kayıplarının dissosiyasyonu kabul eden araştırmacılar tarafından dissosiyatif amnezi olarak adlandırılmasına karşın, travmatik deneyim yaşayan kişilerin sahte anı üretme potansiyelinin olduğunu, oluşan problemlerin dissosiyasyon değil; sahte anıların sonucu olduğunu savunulmaktadır (Lynn ve ark. 2022)

## **Alter Kimlikler**

Alter kimlik; organize olmuş davranış ve tecrübe örüntüleriyle giden, temelde birbirine bağlı olan, ayrılaşmış kendilik durumları ve zihinsel işlevlerdir (Şar 1998, Kluft 2006). Bu zihinsel işlevler devamlıdır ve davranışa dökülebilirler, kendi kimlik ve düşünce yapılarına sahiplerdir (Şar 1998). Alter kimlik araştırmacıların yaklaşımlarına göre benlik ve kimlik; etkileşimlerin temsil edilmesi ya da duyguların yansımaları şeklinde farklı olarak da betimlenebilmektedir (Watkins ve Watkins 1997, Kluft 2006).

Alter kişiliklerin zihinde nasıl etkin olduğu ve yer aldığı kimi araştırmacılar ve klinisyenler tarafından farklı görüşlerle ele alınmaktadır. Örneğin Kluft'a göre kişinin alter kişiliklerinin tamamı ve alterlerin etkileşimi DKB tanısı alan kişinin genel karakterini yansıtmaktadır (Kluft 1996). Yine Kluft'a göre DKB tanısı almış kişinin zihni ile ilgili çoğunlukla kabul gören algı, alter kimliklerin ayrı ayrı parçalar olarak değil tamamını hep birlikte yeniden yapılandırılmış zihin olarak kabul edilmesidir (Kluft 1996). Fakat bu yaklaşımın işlevsel olmadığı; her bir alter kişiliği, kişinin zihinsel içerikleri ve işlevlerini harekete geçirebilen bir yapıtım olarak kabul edilmesinin daha uygun olduğunu belirten bir yaklaşımda bulunmaktadır. Farklı bir deyişle alter kişilikleri bir bütün olarak

görmek, DKB'yi kavramak adına yanlış bir adım olacaktır. Alter kişiliklerin her birisinin ayrı karakteristiğini, yaşı, cinsiyeti, biliş kapasitesi, zihin ve bilinci olduğunu kabul etmek gerekmektedir (Kabene ve ark. 2022).

Yanık (2018), bir kere alter kimlik oluşturan zihnin daha sonrasında bu durumu kolaylık olarak görüp ufak ve benzer zorluklarda da yeni kimlik oluşumlarıyla cevap verdiğini belirtmiştir. Ayrıca çoğalan alter kimliklerin zamanla kendi içlerinde gruplaştığı, birbirlerine dair olumlu ya da olumsuz bakış açıları olduğu, hatta bazen de hiyerarşik bir dağılım da sergiledikleri görülmektedir. Bununla beraber alter kimliklerin dayanışma içinde de oldukları, ev sahibi kimlikle uyum içinde ya da çatışma içinde olabildikleri görülmektedir. Ev sahibi kimlik zihindeki alterlerin çatışma ya da dayanışmalarıyla birlikte alter kimliklerin arasında kalma, çatışmayı yönetmekte zorlanma gibi çeşitli zorluklar deneyimleyebilmektedir (Yanık 2018).

Alter kişiliklerin 'ev sahibi' kişilikten ne kadar ayrı ve farklı olduğuna karar vermek için bazı doneler bulunmaktadır. Örneğin bir alter kişilik diğeri öldüğünde hala yaşamaya devam edeceğine inanıyorsa ayrılık gerçekleşmiş demektir. Farklı olma durumunda ise alter kişiliklerin birbirinden ayrı özelliklere sahip olması söz konusudur (Şar 1998). Şar (2018) alter kişiliklerin tekrarlayıcı olarak kendi algıları doğrultusunda denetimi ele aldıklarını belirtmiştir. Hatta bu kişiliklerin bazıları kişinin kendi sahip olduğu ses, görünüş, beden hareketleri, yüz ifadeleri, semptom, gözlük numarası gibi bedensel özelliklerden farklı durumlar da gösterebilir. Fakat bunlara rağmen günün çoğunluğunda alter kişiliklerin varlığıyla zorlayıcı ruh hali içerisinde olan 'ev sahibi' kişilik bedene hâkim olmaktadır.

Alter kimliklerle ilgili özellikleri ele alırken eklenilmesi gereken bir diğer konu da alter kimliklerin, dolayısıyla DKB'nin oluşum sürecidir. Travma ile DKB ilişkisini araştıran çoğu araştırmacının belirttiği üzere, kişileri alter kimlik oluşturmaya yönlendiren sebeplerin anlaşılması oldukça önemlidir. İlerleyen sayfalarda da değinilecek olan travma ve DKB ilişkisi çoğu araştırmacı ve klinisyen tarafından da belirtilmiştir (Dorahy ve ark. 2015, Şar 2018, Yanık 2018). Şar, DKB'nin özellikle çocukluk çağında yaşanan kronik travmalara bağlı olarak gerçekleştiğini belirtmektedir (Şar 2018). DKB tanısı almış kişilerde duygusal, fiziksel, cinsel tacizin görüldüğü; aile tarafından direkt olarak travmaya maruz kalınmasa dahi örtük olarak aileden kaynaklı kötü deneyimler sonucu DKB oluştuğu görülmektedir. Yanık (2018) ise travma sonrası zihnin alter kimlik oluşturma durumunu şu şekilde açıklamaktadır: DKB çocukluk çağı travmalarına karşı tepki olarak oluşmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan travmalar sonucu beyin yapısı şekillenmekte, stres hormonları aktive olmakta ve zihinde kopmalar yaşanmaktadır. Tüm bunların sonucunda dissosiyasyon yaşanmaktadır (Yanık 2018). Bunun dışında gelişimsel yapılar ve teoriler, hayal kurma kapasitesi, bağlanma teorisi ve bazı kişisel süreçler de DKB gelişimine katkı sağlamaktadır (Forrest 2001). Örneğin; kişi travmatik bir deneyim yaşamasa dahi ebeveyniyle sağlıklı bağlanmanın gerçekleşmemesi, özellikle de disorganize bağlanma şeklinin görülmesi yetişkinlikte oluşacak dissosiyasyon üzerinde rol oynamaktadır (Liotti 1999).

## **Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tedavisi**

DKB'nin tedavisinin psikoloji dünyasında tanı olarak kabul edilmesi ve yerleşmesi ile birlikte tedavi yöntemleri de artmaya başlamıştır. Tedavi yöntemleri arasında bireysel psikoterapi, grup terapisi, aile terapisi, sanat terapisi gibi dışavurumcu terapiler; hipnoz, psikoeğitim çeşitleri, ilaç terapileri de bulunmaktadır ve ek olarak hastalığın şiddetine göre hastanede yatış da gerekmektedir (Pais 2009). Hastalığın şiddetine, öyküsüne, durumuna göre tedavi çeşitlerinden biri ya da birkaçı beraber uygulanabilir. Ayrıca psikoterapi DKB için kullanılan en yaygın tedavi çeşitidir. DKB tanısı alan hastaların intihar ve kendine zarar verme eğiliminin yüksek oranda olması da tedavi protokolünün detaylı işlenmesi ve uzun sürmesine neden olmaktadır (Gentile ve ark. 2013).

Alter kimliklerin varlığı ve algılanması, DKB tanısında olduğu gibi tedavisinde de farklı görüşlere neden olmuştur. Tedavi protokolünde alter kimlikleri olan danışanı tek bir kişilik olarak görmek, ya da alter kimlikleri farklı farklı kişilikler olarak kabul edip tedaviye devam etmek tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir. Örneğin, Uluslararası Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları Derneği'ne göre DKB tedavisinde asıl benimsenilmesi gereken algı hastanın farklı kimlikleri paylaşan tek bir beden olduğu değil, günlük hayat sorumluluklarını farklı kişiliklerle beraber yürüten tek bir kişi olarak görmektir (International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2011). Bununla beraber DKB tedavisinde önemli olan nokta varolan alterlerin birleştirilmesi yani hastanın 'bütünleştirilmiş' olmasıdır. Araştırmalara göre 'bütünleştirilmiş' olan danışanlar diğerlerine göre daha çok gelişme göstermektedir. Ayrıca DKB semptomlarının da azaldığı; depresyon, anksiyete, somatik bozukluklar, 1. eksen ve 2. eksen bozukluklarına dair semptomların da daha fazla azaldığı görülmüştür (Brand ve ark. 2009). Tamamıyla bütünleşme sağlayan hastaların oranının ise %16.7'den %33'e kadar değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (Ellason ve Ross 1997).

Kimi klinisyenler ise DKB tedavisinde esas olan kısmın DKB'nin travma kaynaklı bir tanı olduğunun bilincinde olup buna göre kişilik bölünmelerine yol açan travmalara müdahale etmek olduğunu savunmuşlardır (Öztürk 2018, Şar 2018). Örneğin DKB psikoterapisini stabilize etme, travmatik yaşantıların ele alınması ve entegrasyon olarak üç evreye bölen Şar (2018) kişilik ayrışmasına sebep olan travmatik süreci ele almanın öneminden bahsetmiştir. Öztürk (2018) ise DKB tedavisinin bir ruh sağlığı uzmanı tarafından yapılan 'krize müdahale' süreci olduğunu belirtmiştir ve yine Şar gibi üç aşamalı bir protokol olduğundan bahsetmiştir. Bu aşamalar günlük krizleri yatıştırma odaklı 'stabilizasyon', 'travma çalışmaları' ve farklı kişiliklerin entegre edilmesinden oluşan 'birleştirme' den oluşmaktadır.

Şar ve Öztürk gibi DKB tedavisinin üç aşamasından bahseden Yanık (2018), bununla beraber tedavide tek insan vurgusunun öneminden bahsetmiştir. Devamlı olarak farklı özelliklerdeki alter kimliklerle konuşan terapist de alter kimliklerin farklı kişiler değil, tek beden ve zihin ürünü olan ayrılmış parçalar olduğunu sürekli kendine ve danışana hatırlatarak ilerlemelidir.

## **DKB'nin Etiyolojisinde Travma**

Travma ile DKB ilişkisi diğer tanılardan farklı olarak daha yakın ve sebep-sonuç ilişkisinin olduğu görülmektedir. Bunun nedeni DKB tanısı almış ya da derealizasyon, depersonalizasyon belirtileri olan kişilerin büyük çoğunluğunun psikolojik öyküsünde travma geçmişleri olmasıdır. DKB tanımı olarak çocukluk çağı travmasının sebebiyet vermesiyle bilinmektedir ve DKB tanısını alan kişilerin de psikolojik geçmişlerinde en çok çocukluk çağı travmasının yer aldığı bildirilmektedir (Özden 2018, Yanık 2018).

1980 yılından beri DKB'nin etiyolojik tarihinde çocukluk çağında gerçekleşen fiziksel ve cinsel istismarın yer aldığı bilinmektedir. Klüft DKB'nin öncelikle cinsel istismara uğramış kadın hastalığı olduğunu bildirmektedir (Ganaway 1995, Klüft 1991). Bununla beraber diğer travmatik olaylarda depersonalizasyon ve derealizasyon gibi dissosiyatif bozuklukların görülme sıklığı da fazladır. Örneğin; Buffalo depreminden sonra depremedelerde derealizasyon görülme oranı %40 iken, yine depremedelerde depersonalizasyon görülme sıklığı %25 olarak belirtilmiştir (Spiegel 1997).

Dissosiyasyonun etiyolojisini inceleyen pek çok çalışma travmanın dissosiyasyon ile ayrılmaz bir ilişkisi olduğunu bildirmektedir (Howell 2011). DKB'nin temelde çocukluk çağı travması kaynaklı olduğunu belirten Yanık (2018) üç farklı travma tipinin dissosiyatif bozukluklara yol açtığını belirtmiştir. İlk olarak belirtilen travma tipinde çocuğun bizzat kendisinin hedef alınması, ihmal veya istismar gerçekleşmesi söz konusudur. İkinci tip travmada çocuk bizzat hedef değildir fakat aile içi şiddet, boşanma gibi durumlarla travmaya şahit olarak olumsuz durum ve ortamdan etkilenmektedir. Üçüncü travma tipinde ise çocuk direkt ya da dolaylı yoldan hedef değildir. Hastalık, felaket, savaş gibi çocuğun ve çevresinin kontrol edemediği durumlar sonucu oluşmaktadır.

Travma ve dissosiyasyon ilişkisini gözetirken önemli olan nokta en çok çocukluk döneminde yaşanan travmalara odaklanmaktır. Şar'ın (2000) belirttiğine göre çocukluk döneminde dissosiyasyona yatkınlık çok daha fazladır ve bu yatkınlık yaş ilerledikçe azalmaktadır. Dissosiyatif oluşum ilk etapta çocuk tarafından travma ile baş etmek için kullanılır. Bu durum sonradan yetişkinlikte patolojik olarak ilerler ve alter kimliklerin oluşumuna neden olur. Yaşadığı travmaların ağırlığı sonucunda çocuk yaşadıklarının kendisi değil başkası tarafından yaşandığına inanmak ister ve ilk etapta işlevsel ve faydalı olan bu durum zamanla hayali kimliğin alter kimlik olarak yer edinmesiyle sonuçlanır (Yanık 2018).

Travmanın çocukluk ve ergenlik dönemi gibi çocukluk dönemi ve travmalarının dissosiyasyona olan etkilerinin incelendiği araştırmalarda ebeveyn yaklaşımlarının da bir diğer risk faktörü olduğu ele alınmıştır. Spiegel'in yaklaşımına göre dissosiyatif kişilerin çocukluklarında ebeveynin agresif, baskıcı ve otoriter yönetimi sonucunda kendisini çaresiz hisseden çocuk öyküsüne sıklıkla rastlanmaktadır (Spiegel 1984). Chu ve DePrince (2006) ise meseleye başka açıdan bakarak çocuklukta ihmal ve istismara uğrayan kadınların daha agresif ve sert yapıda ebeveyn olduklarını, bu nedenle de kendi çocuklarına da ihmal ve istismarda bulunabileceklerini vurgulamışlardır.

DKB tanısı almış kişiler üzerine yapılan bir araştırmada katılımcıların %38.7'sinin annesinin bilinçli ebeveyn olup çocuklara yönelik davranışlarında istismar örüntüsünün olmadığı; %45.3'ünün bilinçsizce davranışlarda bulunarak duygusal ihmal ve istismar gerçekleştirdiği, %16'sının da çocuğuna istismar uyguladığı görülmüştür (Klüft 1987b). Ayrıca çocukken istismara uğrayan ve aynı zamanda kendi çocuklarına istismarda bulunan annelerin dissosiyatif semptom oranlarının, çocukken istismara uğrayıp kendi çocuklarına karşı istismar uygulamayan annelerden daha fazla olduğu görülmüştür (Egeland ve Susman-Stillman 1996).

Tüm bu bilgiler ışığında travma etkisiyle oluşmasının yanı sıra ebeveynlerin yaklaşımı, çocuk yetiştirme stilleri, yetiştirme öyküsünde ihmal ve istismarın varlığının da DKB oluşumuna katkıda bulunan unsurlar olduğu sonucuna varılmaktadır. Ek olarak, bahsedildiği şekilde gelişimin kritik sayıldığı ergenlik ve çocukluk döneminde yaşanan tekrarlayıcı ve uzun süreli travmanın, özellikle de bakım veren kişi tarafından istismar ya da ihmal yoluyla yaşatılmış olması gelişimsel travma olarak adlandırılmaktadır (Herman 1992, Fırat ve Baskak 2020). Travma konusunda önde gelen araştırmacılardan birisi olan Van der Kolk (2009) gelişimsel travmanın önemini klinik alanda çocukluk ve ergenlik döneminde sistematik bir şekilde kişilerarası travmaya maruz kalan kişiler için travma sonrası stres bozukluğu tanısının yetersiz kalması nedeniyle vurgulamıştır.

Travma geçmişi olan kişiler üzerine yapılmış nörobiyolojik araştırmalar, beyin yapısında da birtakım değişiklikler oluşması sonucunda hafıza bozuklukları görüldüğünü ve dissosiyatif belirtilerin de bu değişikliklerden kaynaklanabileceğini ortaya koymuşlardır. Örneğin travmatize olmuş kişilerde hipokampal işlevin yavaşladığı ve bunun sonucunda da hafıza ile ilgili problemler görüldüğü bilinmektedir (Spiegel 1997). Hipokampüsün hafızada bilgi kaydedilmesi ve depolanmasında görev aldığı göz önünde bulundurulduğunda travma sonrası stres bozukluğu sonrası görülen hafıza sorunları ve dissosiyatif amnezi anlaşılır hale gelmektedir. Dolayısıyla travma sonrasında hipokampüste azalan işlevselliğin amneziye ve dissosiyasyona yol açması DKB'de görülen amneziyi de açıklanabilir hale getirmektedir.

Hipokampüs ve travma ilişkisi, travmanın nörobiyolojik etkileri konusunda pek çok araştırma tarafından desteklenen konulardan olmuştur (Stein ve ark. 1997; Vermetten 2006). Bu konu ile ilgili en çok belirtilen verilerden bir tanesi travma geçmişi olan kişilerin hipokampüsünün beyinde kapladığı alanın travma geçmişi olmayan kişilere göre daha az olmasıdır (Chalavi ve ark. 2015). Ayrıca hipokampüste görülen bu yapısal bozulmanın travmanın şiddetine göre de değişiklik gösterdiği, özellikle de travmanın dissosiyatif bozuklukla beraber görüldüğü vakalarda daha sıklıkla rastlanıldığı bilinmektedir (Chalavi ve ark. 2015).

Travma ile beyin işlevinin incelendiği diğer araştırmalardan birinde travmatik örüntüden amigdalanın da etkilendiğini göstermiştir. Amigdalanın afektif uyarılmalar sonucunda hafıza yapısını da güçlendirdiği, uyarılma ve hafıza arasında paralel bir ilişki oluşturduğu görülmüştür (Christianson ve Loftus 1987). Fakat yaşanan travma sonrasında dissosiyatif mekanizmaların afektif uyarılmalarda hissizliğe ve uyuşmaya yol açması sonucunda amigdalanın işlevinde düzensizlik görülmektedir (Spiegel 1997). Travma, dissosiyasyon ve hafıza bozukluğunun amigdala ile ilişkisi bu şekilde açıklanmaktadır.

Amigdala ve hipokampüsle beraber korpus kallozumun da dissosiyatif süreçte etkisi olduğu görülmüştür. Korpus kallozumun işlev yürütmesinde problem yaşanması iki serebral yarımkürede iletişim eksikliğine sebep olmakta ve hafızada bozulmalar meydana gelmektedir. Korpus kallozumun travma sonrası küçüldüğü, sağlıklı kişilere göre beyinde daha az yer kapladığı belirtilenler arasındadır (De Bellis ve ark. 1999, Christensen 2022). Bununla beraber, korpus kallozumun büyüklüğünün cinsel istismar geçmişi olan ve olmayan kişilerde karşılaştırıldığı bir araştırmada iki grup arasında fark görülmediğini belirtmiştir (Kitayama ve ark. 2007).

Travmanın beyin yapısına ve işleyişine olan etkisinin hafıza bozukluklarına nasıl etki ettiği yukarıda bahsedilen araştırmalar dahil pek çok araştırma tarafından desteklenmiştir. Dolayısıyla dissosiyasyonun psikolojik öykü ile beraber beyin fonksiyonlarındaki değişim ile de ilgili olduğu bilinenler arasındadır. Ek olarak, hipnoz kavramının da travma ve dissosiyasyon semptomlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. DKB tanısı alan ya da semptomlarını taşıyan kişilerin hipnoza yatkınlığı olduğu, kolay hipnotize oldukları belirtilmektedir (Cleveland ve ark. 2020, Ganaway 1995). Bu örüntünün altında travma sonrası kişinin yaşadığı yoğun travmaya cevap olarak anılardan kaçınmaya ve bastırmaya başvurması yatmaktadır (Spiegel ve ark.1988). Fakat bu durum aynı zamanda dissosiyasyon deneyimleyen kişinin bastırıldığı travmatik anıların da hipnoz yoluyla açığa çıkmasını ve hipnoz tedavisinden fayda görmesini sağlamıştır (Cleveland ve ark. 2020). Yanı sıra, DKB'de hipnoz tedavisinin iatrojenik; yani tedavi sırasında transa girme durumundan kaynaklanan istenmeyen etkilerinin de oluşabileceği; bu etkinin sonrasında da devam edebileceği ve iatrojenik etkinin alter kimlik sayısını arttırabileceği de belirtilen olumsuz yönleri arasındadır (Powell ve ark. 1999).

Nörobiyoloji ve travma öyküsü ile ilgili yapılan araştırmaların yanı sıra, dissosiyasyona daha geniş perspektiften bakan yaklaşımlar da vardır. Dissosiyasyonu ve DKB'nin etiolojisini sadece travma geçmişine ve beyin fonksiyonlarına dayandırmayan bütüncül yaklaşımlara örneklerden bir tanesi Shalev'in üç bileşenli yaklaşımıdır. Aşamaların bileşenlerinden birincisi yüksek uyarılma ve uyarıcı ayrıştırmasıyla sonuçlanan ve kalıcı bir değişim olan nörobiyolojik bir süreç; ikincisi travma ile ilişkili uyarılara karşı korku tepkisi göstererek koşullanma ve son olarak travmatik deneyim ve kişinin sahip olduğu dünya görüşünün uyumsuzluğu sonucu oluşan zihinsel şemalar ve sosyal kaygıdır. Bu biyopsikososyal yaklaşımda bileşenlerden bir tanesinde oluşan bozulma ve noksanlık, kişinin diğer bileşenlerde de iyileştirme mekanizmalarında söz sahibi olmasına engel olmaktadır (Shalev 1996).

Dissosiyatif semptomlara tek neden ile değil; biyolojik, zihinsel, hatta sosyal psikolojik açıların tümünü ele alarak bütüncül bir şekilde yaklaşmak daha işlevsel olacaktır (Kluft 2000). Şar ve arkadaşlarının da belirttiği üzere (2017) DKB'ye sadece tek bir bakış açısıyla değil; gelişimsel travmatizasyon, aile ve sosyokültürel özellikler, bilişsel işleyiş, nörobiyolojik etkiler göz önünde bulundurularak ele alınmalıdır.

## **Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda Eştanılar**

DKB'de alter kimliklerin varlığı, kimliklerin farklı karakteristiklerinden ötürü tanısal süreci zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla DKB'de eştanı oranını dikkate almadan önce hastanın kendi semptomları mı yoksa alter kimlikten kaynaklanan semptomlar mı olduğu konusunu dikkatle incelemek gerekmektedir. Örneğin ev sahibi kimliği zor duruma sokan alter kimlik panik atak yaşamasına sebep olabilir, kendini kirli hissedenden bir alter kimlik obsesif kompulsif belirtilere neden olabilir, hep aç olan bir alter kimliğin sürekli yemek yemesi yeme bozukluğu olarak anlaşılmaktadır (Şar 2017).

İnanç ve Semiz (2017) DKB'ye eşlik eden tanıların psikotik bozukluklar, somatizasyon bozuklukları, bipolar bozukluk, major depresyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu gibi tanıları olduğunu belirtmiştir. DKB'de eş tanı olarak yer alan konversiyon bozukluğunun bayılma şeklinde gerçekleşebildiği, bunun yanı sıra alter kimliklerden kaynaklanan iç kontrolün ele alınmasına dair gerçekleştirilen mücadele sonucu meydana geldiği belirtilenler arasındadır (Öztürk ve Şar 2016, Akcan ve Öztürk 2018). Ek olarak DKB tanısı almış hastalarda anksiyete, duygudurum ve diğer kişilik bozukluğu tanıları da sıklıkla görülmektedir (Johnson ve ark. 2006).

DKB'nin tanısal olarak literatürde yer edinmesi ve psikoloji biliminde tanınması ihmale uğramıştır ve DKB diğer kişilik bozukluklarından geç fark edilmiştir. Bu nedenle tanısal açıdan daha hassas bir süreç gerektiren DKB'nin diğer tanıları ile ilişkisinin bilinmesinin ve incelenmesinin; eştanıların saptanmasının ve tedavi planını buna göre şekillendirmenin ayrı bir önem taşıdığı bilinmektedir (Aydın ve Laçın 2022, Mitra ve Jain 2023). Öncelikle DKB'nin ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülen travmayı da ele alarak en çok karıştırıldığı tanıları ve ilişkisi olduğu tanıların anlatıldığı bu derleme, DKB'nin literatürde en çok ilişkilendirildiği diğer tanıları ile olan ilişkisinin çalışıldığı ilk Türkçe kaynak olması itibarı ile önem taşımaktadır. Araştırmanın önemi ayrıca DKB'nin sadece bir tanı olarak değil; diğer tanıları ile ilişkisini risk faktörü, etiyoloji, belirti, psikopatoloji gibi durumlar üzerinden değerlendirilmesi olarak belirtilebilir.

## **Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), DSM-5'te Travma ve Stres ile İlişki Bozukluklar kısmında yer alan ve zihin; duygudurum, uyarılma ve tepkisellik gibi işlevlerde kaçınma ve zorlanma belirtilerinin görüldüğü bir bozukluktur (APA 2013). TSSB ve DKB arasında ortak belirtilerin olması ve etiyolojisinde travmanın olması gibi nedenlerle diğer tanıları kıyasla daha güçlü bir ilişki vardır (Atchley ve Bedford 2021). TSSB'nin tanı kriterleri arasında derealizasyon ve depersonalizasyonun yer alması bu ortak noktalara verilecek örneklerden bir tanesidir (APA 2013).

Dissosiyatif belirtilerin travmatik olaylara yoğun bir şekilde maruz kalma sonucu oluştuğu ve kişinin stresörden kaçma girişiminin bir göstergesi olduğu kabul edilmektedir (Dalenberg ve Carlson 2012). Van der Kolk (1995) ise dissosiyasyonun TSSB belirtilerini azaltmaya yönelik katkı sağladığını; travma ile ilişkili acı verici duyguları ve algıları azalttığını öne sürmüştür. TSSB ve DKB'nin komorbidite oranının yüksek olması nedeniyle tedavi protokolünde de TSSB belirtilerine yönelik tedavi uygulanmasının gerekliliği vurgulanarak başarılı tedavi sonucunda DKB belirtilerinin de işlevinin azaldığı belirtilmiştir (Minnen ve Tibben 2021).

Van der Hart ve Nijenhuis (2005) dissosiyasyonun yapısal teorisinde Karmaşık TSSB tanısı alan kişilerin kişilik yapılanmasında bölünmeler olduğunu; bu teoriye göre dissosiyasyonun yoğunluğunun TSSB, Karmaşık TSSB ve DKB'ye doğru artış göstereceğini belirtmişlerdir. Nitekim sonrasında yapılan araştırmalarda karmaşık olmayan TSSB'de karmaşık olan TSSB'ye kıyasla daha az dissosiyasyon oranı olduğu görülmüştür (Hyland ve ark. 2020). Bütün bunların yanı sıra dissosiyasyonu TSSB'nin alt tipi olduğunu öneren yaklaşıma DSM-5'te yer verilerek iki tanı arasındaki ilişkiye yeni bir bakış açısı geliştirilmiştir (APA 2018). Yapılan nörobiyolojik ve klinik araştırmalarda da TSSB'nin tekrar deneyimleyici tip ve dissosiyatif tip olmak üzere iki ana alt türünün olduğunu desteklemektedir (Lanius ve ark. 2010, Swart ve ark. 2020).

## **Şizofreni**

Birbirinden çok farklı tanıları olsa da şizofreni ve DKB semptomlarının benzerliği iki tanının zaman zaman karıştırılmasına, yanlış tanı konulmasına ve yetersiz tedavi uygulanmasına neden olmaktadır (Foote ve Park

2008). Aralarındaki farklardan en belirginini DKB'nin çevresel faktörlerden, ağır ve uzun süreli travmalardan, çocukluk çağına yaşanan istismar ve ihmalden kaynaklanması ve en etkili tedavi yönteminin terapi olmasıdır (Foote ve Park 2008). Şizofrenide ise genetik temelli, çevresel faktörlerin az ölçüde etki ettiği ve tedavisinin ise farmakoterapi yoluyla sağlandığı bir tablo söz konusudur (Moskowitz 2011).

Bu farklılıklara rağmen DKB ve şizofreninin etiyojisinde bir takım ortak özellikler bulunmaktadır (Kompella ve Kaushal 2024). Örneğin; çocukluk çağı travma, istismar ve ihmalinin ileriki yaşlarda psikotik semptomlara ve aynı zamanda da dissosiyatif bozukluklara neden olduğu bilinmektedir (Read ve ark. 2008, Nesbit ve ark. 2022). Yapılan araştırmalarda katılımcıların büyük çoğunluğunun psikotik bozuklukların önemli risk faktörlerinden biri olarak çocuk ihmal ve istismarı bulunmuştur (Read ve ark. 2008). Dissosiyasyon ve travma arasındaki temel ilişki göz önünde bulundurulduğunda, şizofreni ve DKB'nin bir ortak noktasının da çocukluk çağı istismarının her iki tanıyı alan kişilerde de sıklıkla görülmesi olarak belirtilebilir.

DKB hastalarının %80'den fazla oranda işitsel varsanı gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda bu belirtinin alter kimlik kaynaklı olup olmadığı karmaşası oluşmaktadır (Ross ve ark. 1990). DKB'de alter kimliklerden kaynaklanan işitsel varsanların yanı sıra görsel varsanlar, hatta yine alter kimliklerin neden olduğu kişinin hareketlerine şekil veren emir varsanlar da görülmektedir. Fakat DSM'de dahil olmak üzere diğer tanısall sınıflandırmalarda da DKB'nin psikotik bir tanı olarak konumlandırılmamasıyla beraber değerlendirme sürecinde çoğu DKB hastası psikotik bir tanı ile karşılaşmaktadır (Foote ve Park 2008). Bir yandan, DKB ve şizofreninin ortak birçok semptomu bulunurken iki tanıyı aynı anda alan hastaların oranı %1 kadar olup, verilerde her iki tanıyı da alan kişilerin varlığına neredeyse hiç rastlanmamaktadır (Kluft 1996).

Ross ve Keyes 60 kişilik şizofreni hastası katılımcı ile yaptıkları araştırmada dissosiyatif bozukluk ve şizofreni arasında kayda değer bir araştırma ortaya koymuşlardır (Ross ve Keyes 2004). Şizofreni hastalarına aynı zamanda DKB ile ilgili ölçekleri uygulayan araştırmacılar sonuç olarak katılımcıların %60'ının aynı zamanda yüksek oranda dissosiyasyon semptomu taşıdıklarını ve ek olarak çocukluklarında istismar geçmişleri olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla beraber katılımcıların %44'ünün DKB tanı kriterlerini tam olarak karşıladığı görülmüştür. Bu sonuç sonrasında Ross ve Keyes Şizofreni tanısı alan kişiler içinde aslında 'DKB' tanısını da alan alt grup olduğu yorumunu yapmışlardır. Ek olarak dissosiyatif bozukluklar ve şizofreni arasında direkt ilişki bulunan vakalar; dissosiyatif olmayan şizofrenik vakalar, şizo-dissosiyatif vakalar ve salt dissosiyatif vakalar olmak üzere çeşitli vakaların da bulunduğu bilinmektedir (Şar ve ark. 2010).

Şar ve Öztürk (2010) şizofreni hastaları üzerinde DKB ölçeklerini uygulayarak şizofreni, DKB ve çocukluk travması gibi tanıların ilişkilerini incelemişlerdir. Sonuç olarak çocukluk çağı travma yaşantısı ile dissosiyatif semptomlar arasında paralel bir ilişki bulunurken, şizofreninin temel semptomları arasında bir ilişki bulunmadığı, bu iki durumun farklı olduğu bildirilmiştir. Katılımcılar arasında 'dissosiyatif alt-grup' bulunup, bu grubun DKB, Schneider sanrıları, somatik bozukluklar gibi psikiyatrik eştanı alma oranının da diğer gruptan fazla olduğu görülmüştür.

Şizofreni ve dissosiyatif bozuklukların ortak semptomları üzerine yapılan araştırmaların yanı sıra aslında ayırt edilebilir olduklarını vurgulayan araştırmalar da mevcuttur (Steinberg ve ark. 1994). Steinberg ve arkadaşlarının (1994) şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastalar üzerine yaptıkları çalışmada DKB hastalarının Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) (SCID) değerlendirmesinden şizofreni hastalarına kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ek olarak, DKB hastalarının dissosiyatif semptomları şiddetli düzeydeyken, şizofreni hastalarının dissosiyatif semptomları düşük düzeydedir. Steinberg ve arkadaşları (1994), DKB ve şizofreni ayırımında SCID kullanımının oldukça etkili olduğunu belirtmiştir. Çin'de Yu ve arkadaşları, yine şizofreni tanısı koyulan kişiler üzerine DKB ile ilgili tanısall görüşme yapmışlardır (Yu ve ark. 2010). Bu çalışmaya göre de dissosiyatif semptomları olan katılımcıların, semptomu olmayanlara kıyasla iki kat ölçüde fazla çocukluk dönemi istismarı yaşadıkları belirtilmiştir.

Şizofreni ve DKB'nin karıştırılmasına sebep olan ortak semptomlar sonrasında Schneider sanrıları olarak isimlendirilmiştir (Şar 1998). Şizofreninin birinci sınıf semptomları olarak bilinen Schneider sanrıları işitsel ve görsel halüsinasyonları ifade etmektedir. Schneider sanrılarına örnekler şu şekilde belirtilmektedir: İşitsel düşünceler, zihinde tartışan sesler, bir başkasının hareketlerini yorumlayan sesler, düşüncelerin kaybolması ve düşünceyle ilgili diğer problemler, düşüncelerin difüzyonu, sanrısall algılar, dürtüler, başkalarının davranışlarından etkilenecek hareket etme (Kendler ve Mishara 2019, Kluft 1987a). Bu semptomlar esasen şizofreni semptomları olarak belirtilmesine rağmen DKB tanısı almış kişilerin, en az şizofreni tanısı almış kişiler kadar Schneider sanrıları yaşadıkları bilinmektedir (Ross ve ark. 1990).

Schneider sanrılarının ortak semptom olarak gözükmeleri psikotik semptom yaşamayan, asıl tanısı DKB olan kişilerin psikotik tedavi görmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla böyle bir durumda alınması gereken



önlemlerden bir tanesi ayırıcı tanıyı daha nitelikli yapmak amacıyla yüzeysel tanısal görüşmenin yanı sıra daha dikkatli bir süreç izleyerek Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Dissosiyatif Bozukluklar için Görüşme Çizelgesi (DDIS) gibi ek ölçekler kullanılmaktadır (Ross ve ark. 1990). Bununla beraber klinisyenin yapacağı detaylı tanısal görüşmede ve psikolojik yükünün alınmasında DKB’de bulunan ama şizofreni tanısı içerisinde yer almayan semptomların da gözden geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hipnoz yöntemi de şizofreni-DKB ayrımı için kullanılabilir. DKB tanısı alan kişilerin hipnoza olan yatkınlığı ve DKB tedavisinde hipnozun ayrıca yöntem olarak kullanılması, şizofreniden ayırtıcı bir belirti olarak ele alınabilir (Ross ve ark. 1990).

Moskowitz’e göre DKB ve şizofreni yıllardan beri evli bir çift gibi iç içe semptomlar göstermektedir ve bu nedenle yüz yıl önceki kaynaklarda da birbirlerinden ayırtılamamaktadır (Moskowitz 2011, Ross ve Keyes 2004). Ayrıca şizofreni ve DKB nörobiyolojik olarak da ortak özellikler taşımaktadırlar. Şizofreni hastalarında da tıpkı DKB hastalarında olduğu gibi hipokampal işlevin azaldığı görülmektedir (Nelson ve ark. 1998). Dolayısıyla DKB ve şizofreni ilişkisi değerlendirilirken hem psikolojik hem de fizyolojik ortak özelliklerinin bulunduğunu göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

## Depresyon

DKB hastalarında aynı zamanda görülen tanılardan bir tanesi de depresyondur (İnanç ve Semiz 2017). DKB ve depresyon ilişkisi esasında çok net olarak belirse de tanımlanmamış komorbidite şartları bu ilişkinin tam olarak araştırılmasına engel olmaktadır (Şar ve ark. 2013). Her ne kadar depresyon ve DKB ilişkisi araştırmacılar tarafından fazlasıyla ele alınan bir konu olmasa da DKB’ye çocukluk dönemi travmatik yaşantıları ya da herhangi bir travma tecrübesinin oluşturduğu etki düşünüldüğünde, depresyon ile olan ilişkisi de daha anlaşılır hale gelmektedir. Depresyon DKB ile şizofreni ve travma gibi direkt ilişkilendirilen bir konu olmasa da travmatik öykü aracılığı ile göz önünde bulundurulmalıdır (Şar ve ark. 2013).

Firoozabadi ve arkadaşları (2019) İran’da 229 depresif semptom sergileyen katılımcı ile yaptıkları çalışmada katılımcıların dissosiyatif belirtilerini incelemişlerdir. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların üçte birinde orta-ağır derecede dissosiyatif semptomlar olduğu sonucunu bulunmuştur. Bu sonucu Firoozabadi (2019), çocukluk çağı travması olan kişilerin dissosiyasyonu bir savunma mekanizması olarak kullanmaları şeklinde yorumlayarak tedavilerinde özellikle depresif semptomlara odaklanılmasının hastalığın seyrine olumlu katkı sağlayacağını belirtmiştir.

Türkiye’de 628 kadın katılımcı ile yaptıkları çalışmada Şar ve arkadaşları (2013) katılımcıların dissosiyatif ve depresif semptomlarını incelemişlerdir. Sonuç olarak katılımcıların %10’unun majör depresyon tanısını karşıladıklarını, bu kişilerin de %40’ının aynı zamanda DKB tanısı aldıklarını bulmuşlardır. Hem depresyon hem de dissosiyasyon belirtileri gösteren kişilerin ortak özellikleri arasında intihar düşünceleri, suçluluk ve değersizlik hisleri gibi bilişsel çarpıtmalar, konsantrasyon problemi, kararsızlık gibi belirtiler bulunmaktadır. Ayrıca belirtmek gerekir ki katılımcılar arasından DKB ve depresyon tanısını beraber alanların, sadece depresyon tanısı alanlara kıyasla depresif semptomları çok daha yüksek oranda taşıdıkları görülmüştür. Bu çalışmanın özelliklerinden biri literatürde ilk defa ‘dissosiyatif depresyon’ kavramının kullanılmasıdır (Şar ve ark. 2013). Şar tarafından üretilen bu kavramda ifade edilen ve savunulan düşünce, ağır seyreden depresyonda ve kronik dissosiyatif bozukluklarda çocukluk çağı istismar ve travmasının ortak olarak görülmesidir (Şar 2015). Araştırmacının belirttiğine göre dissosiyatif depresyon diğer depresyon türlerine göre daha kronik ve düzensiz depresif semptomlarla seyretmektedir. Ayrıca depresyon hastalarına göre dissosiyatif depresyon hastalarının yaşının daha genç olmasıyla birlikte, semptomların ilk görülme yaşı da erken dönem olup bazen çocukluk çağında başlamaktadır (Şar 2015).

Bazı depresif vakaların çok dirençli olduğu, sadece medikal tedavinin fayda sağlamadığı, hatta bu vakalarda medikal tedavi ve terapi beraber kullanıldığında da çok etki etmediği görülmüştür (Şar 2011). Şar’a (2011) göre dirençli olmasının yanı sıra çözümlenemeyen somatik belirtilerin de bulunduğu bu ağır depresyon vakaları aslında temelinde genelde çocukluk travmasının ve uzun süreli stres yaşantılarının olduğu dissosiyatif depresyon vakaları olabilir.

Dissosiyatif semptomların olduğu depresyon vakaları, tanıyı geciktirip tedaviyi medikal sürece odaklanmaya sevk edebilir. Fakat travmanın sebep olduğu depresyon ve dissosiyasyon vakalarında asıl odaklanılması gereken nokta travmanın tedavisidir (Öztürk 2018). DKB’nin tedavisinin önemli üç parçasından biri olan travma çalışması; öncesinde yaşanan travmayı açığa çıkarmak ve ona yoğunlaşmaktır. Aynı zamanda dissosiyatif depresyon için de geçerli olan bu tedavi, bazı depresyon vakalarında dissosiyasyon göz ardı edildiğinde aksamaktadır. Bu nedenle terapist, semptomlar her ne olursa olsun travmayı ele almayı gözden kaçırmamalıdır (Öztürk 2018).

Soffer-Dudek (2014), DKB ve depresyon ilişkisi hakkında ilk etapta kısıtlı sayıda araştırma olduğunu aktarırken daha sonrasında aralarındaki ilişkinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği-Takson (DES-T) ve ölçekteki ayrıştırıcı sorular ile desteklendiğini belirtmiştir. Fakat Soffer-Dudek'e (2014) göre araştırmacılar, dissosiyasyon ve DKB ilişkisini gözetirken genelde alt ölçeklere odaklanıp geniş kapsamlı bakmamaktadırlar. Bu nedenle, iki tanı arasındaki semptomlardan kaynaklanan ilişkiyi göz ardı etmektedirler. Örneğin; uyku, yeme, uyarılmada bozulma gibi işlevselliği düşüren depresif semptomlar stres aracılığı ile dissosiyasyona sebep olmaktadır. Yazarın oluşturduğu ilişki modelde dissosiyasyon depresyondaki duygusal semptomları; uyku bozukluğu gibi bedensel semptomlar dissosiyatif amneziyi ve depersonalizasyonu, travmatik yaşantı ve stres hem depresyonu hem de dissosiyatif bozuklukları tetiklemektedir.

DKB ve depresyonda ele alınması gereken önemli noktalardan bir tanesi de ortak semptomlarının yanı sıra ortak nörobiyolojik özellikleridir. Depresyon tanısı almış katılımcılar üzerine yapılan bir araştırmada, katılımcıların hipokampal işlevinde ciddi düzeyde bozulmalar görülmüştür (Bob ve ark. 2008). Aynı zamanda dissosiyasyon belirtilerine sebep olan hipokampal alanın zarar görmesi ve depresyon hastalarında da aynı belirtilere rastlanması, iki tanının ortak nörolojik özelliklerinin de bulunduğunu göstermiştir. Araştırmacıya göre, dissosiyasyonun sebep olduğu hormonal değişiklikler strese ve depresyona yakınlığı artırabilir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda stres, depresif semptomlar, dissosiyatif semptomlar yine hep beraber değerlendirilmelidir.

### **Sınırdaki Kişilik Bozukluğu**

Sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB) tıpkı DKB gibi çocukluk çağı travmaları ile yakından ilişkilidir. SKB hastalarının %30-90 aralığı oranında çocukluk çağında bir istismar ya da travma geçmişi olduğu belirtilmektedir (Ball ve Links 2009). SKB semptomları ise DKB'den farklı olarak dürtüsellik, fazla olma, benlik sorgulamaları, kişilerarası ilişkilerde problemler, kişinin duygu durumunda düzensizlik, boşluktan ve yalnızlıktan yakınma gibi genel anlamda duygusal-davranışsal-bilişsel örüntü tutarsızlıkları ile ilişkilidir (İlk ve Bilge 2020).

DKB ve SKB'nin çocukluk çağı travmaları ile arasında güçlü ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle aralarındaki psikopatolojik semptomlarda da benzerlikler bulunmaktadır (Derin ve Öztürk 2018). Özellikle de kişinin çocukluk çağı travmasının aileden kaynaklı ve şiddetli olması dissosiyasyon ve amnezi görülme olasılığını da artırmaktadır. Bu tablo daha sonrasında SKB oluşma riskine de yol açmaktadır (Derin ve Öztürk 2018).

Şar ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada psikiyatri hastanesinden elde ettikleri 240 katılımcının DKB ve SKB'nin komorbidite oranını incelemişlerdir. Analiz sonucunda katılımcıların %10.4'ünün SKB, %13.8'inin ise DKB tanısı aldıkları; aynı zamanda SKB tanısı alanların %64'ünün de DKB tanısı aldıkları görülmüştür. Her iki tanıyı da karşılayan katılımcıların aynı zamanda ağır bir klinik tablo sergiledikleri; şiddetli çocukluk çağı travma ve istismarı geçmişleri olduğu, diğer eş zamanlı tanılar aldıkları, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri bulunduğu belirtilmiştir. DKB'nin tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların aynı zamanda SKB tanı kriterlerini de karşıladığı ve bu oranın yüksek olduğu başka araştırmalar tarafından da desteklenmiştir (Ellason ve ark. 1996, Yargıç ve ark. 1998).

Her iki tanının komorbidite düzeyinin fazla olması Şar'a ve arkadaşlarına göre (2013) çocukluk çağı travmasının temelde yatmasının yanı sıra biyolojik faktörler, genetik yakınlık, mizaç gibi özelliklerle de açıklanabilmektedir (Şar 2017). DKB ve SKB komorbiditesi bir araştırmada her iki tanıyı alanlarda çocukluk çağı travması oranının %100 olduğu şeklinde belirtilmiştir (Ross ve ark. 2013). Ayrıca sadece DKB tanısı alan ve sadece SKB tanısı alanlara kıyasla her iki tanıyı birden alan katılımcıların travma, dissosiyasyon, depresyon, somatizasyon, intihar girişimi oranlarının çok daha yüksek olduğu görülmüştür.

DKB ve SKB'nin nörobiyolojik alt yapısına bakıldığında ise yine bazı ortak özellikler öne çıkmaktadır. Dissosiyasyon esnasında değişen beyin aktivitelerinin nöro-psikolojik işlemleri, bilişsel yapılanmayı ve bu aracılık ile de duygusal düzenlemeleri de etkilediği görülmüştür (Schulze ve ark. 2016). Dissosiyasyonun beyin yapılanmasında ve bilişsel aktivitelerde oluşturduğu değişiklik, dissosiyatif bozukluklar ve SKB ilişkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. İki tanı arasındaki ilişkiyi semptomları kategorize ederek modelleyen Krause-Utz ve arkadaşları (2017), dissosiyatif belirtiler ve duygusal hafıza-işleme arasında amigdala, hipokampus, orta temporal lob gibi beyin yapıları aracılığı ile bir bağlantı bulunduğunu belirtmişlerdir.

Laddis ve arkadaşlarının (2016) DKB ve SKB ilişkisine yaklaşımı ise diğer araştırmacılar farklı olarak DSM'nin kriterlerine göre her iki tanının beraber alınmayacağı yönündedir. DSM-IV kriterlerine göre, kişilik bozukluğu tanısı alan birinin semptomları başka bir bozuklukla açıklanamayacağından ötürü her iki tanı arasındaki güçlü ilişki iki şekilde açıklanabilir. İlk olarak gerçekten DKB tanısı alacak olan kişiler yanlış tanı konulması sonucu SKB tanısı almaktadırlar, ikinci olarak ise DSM'nin tanısal kriterleri DKB'deki alter durumunu göz ardı ederek

belirlenmiştir. Zira DKB'deki alter değişimleri, alterler arasındaki davranış farkları, aslında alterlerin gösterdiği SKB semptomları tanısal yanılmalara sebep olabilmektedir.

Yaptığı araştırmada DKB ve SKB komorbidite oranının yüksek olduğu sonucuna varan Ross'a (2007) göre de bu oranın yüksek olmasının ana sebeplerinden bir tanesi yine DSM-IV komitesinin DKB ve SKB ilişkisini tam olarak ele almamasıdır. DSM-IV'te DKB ile ilgili bölümde SKB ayırıcı tanısına dair herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle her iki tanının ayırımının daha nitelikli yapılması adına DKB'de SKB'ye ait alt grup oluşturmalı ya da ayırıcı tanı betimlemesi yapılmalıdır. SKB'nin yapısının diğer kişilik bozukluklarına kıyasla daha karmaşık ve fazla kategorili olması DSM'nin versiyonlarında da tartışmalara neden olmuş ve DSM 5'te özellikle DSM-IV'te vurgulanmayan kişilikte meydana gelen bozulmaların, patolojik kişilik özelliklerinin gerekliliği belirtilmiştir (APA 2013). DSM IV'te ise SKB tanı kriterleri belirtilen dokuz maddeden en az beşinin varlığı şeklinde belirtilerek bu tanının alınmasında 256 farklı kombinasyona yol açarak SKB tanısı alan kişilerde ciddi bir heterojenliğe yol açmaktaydı (Gunderson 2010).

## **Somatizasyon**

DKB tanısı alan kişilerde fazlasıyla somatik semptomlar görülmesi DKB ve somatizasyon arasındaki ilişkinin temelini oluşturmaktadır. Bu iki tanı arasında travma, şizofreni, sınırda kişilik bozukluğu, depresyon gibi tanılarda olduğu gibi çift yönlü bir ilişkiden ziyade somatizasyonun DKB'nin alt grubu olarak yer almasıyla beraber tek yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Nijenhuis 2001). DKB hastalarında görülen somatik semptomlar baş ağrısı, kronik pelvik ağrıları, mide ağrıları, konversiyon, kalp ve ciğerlerle ilişkili rahatsızlıklar olarak belirtilmektedir (Saxe ve ark. 1994). Fakat bir yaklaşıma göre DKB'de konversiyon görülme sıklığı somatizasyon görülme sıklığından çok daha fazladır (Esprito-Santo ve Pio-Abreu 2009). Dolayısıyla DKB ve somatizasyon ilişkisinin yanı sıra DKB ve konversiyon ilişkisi gözlemlenmelidir.

Konversiyon ve somatizasyon arasındaki ilişkinin kendisi de belirsizdir. Konversiyon ve somatizasyon tanısı alan 98 hastanın 4 sene boyunca takip edildiği bir çalışmada, tanısı konversiyon bozukluğu olan hastaların 32'sinin tanılarının dört yıllık süre sonunda aynı tanıyı karşılamadıkları; 6 kişinin aldığı tanının ise somatizasyon bozukluğuna dönüştüğü görülmüştür (Kent ve ark. 1995). Araştırmacılar bu durumu konversiyon bozukluğunun epifenomenik; yani direkt değil dolaylı yoldan etkili bir bozukluk olduğu, tanısal konuda ise pek çok belirsizlik taşıdığı şeklinde yorumlamışlardır (Kent ve ark. 1995). Dissosiyatif semptomların konversiyon bozukluğunda görülme sıklığının daha fazla olmasıyla beraber, somatizasyon bozukluğu tanısı alanlarla da görülme sıklığı %5-%42 arasında değişmektedir (Saxe ve ark. 1994). Konversiyon ve somatizasyon arasındaki tanısal belirtilerin esnekliğinden dolayı, DKB ile ilişkilerine ve tanılarının belirsizliğine dair de yorumlar bulunmaktadır (Güz ve ark. 2004). Bununla beraber üç tanıyı da birbiriyle ilişkili görüp, konversiyon bozukluğunun da somatizasyonun alt grubu olarak görmek en doğru yaklaşım olabilir.

Somatizasyon ile DKB'nin ortak özellikleri bulunsun da iki tanı arasındaki ilişkinin diğer tanılardan farkı DKB'nin somatizasyon ile ilgili alt grubunun bulunması ve 'Somataform Dissosiyasyon' ölçeği ile tespit edilmesidir (Nijenhuis ve ark. 1996). 20 sorudan oluşan ve pozitif negatif semptomlara dair sorular içeren bu ölçek ile somataform dissosiyasyonunun şiddeti de belirlenmektedir. Bu sorular genel olarak vücudunu hissetmeme, vücudunun belirli kısmında uyuşukluklar meydana gelme, konuşamama, felçli kalma gibi dissosiyasyonun somatik, bedenle ilgili belirtilerini açığa çıkarmayı hedeflemektedir (Nilsson ve ark. 2020, Nijenhuis 2001). Bu belirtilerin değerlendirilmesi, somatizasyon ve dissosiyasyon ilişkisinden de öte travmanın ve dissosiyasyonun beden üzerindeki etkilerinin önemini açığa çıkaracaktır.

## **Yeme Bozuklukları**

Yeme bozuklukları ve dissosiyatif belirtilerin arasındaki ilişkiye dair araştırmalar dissosiyatif belirtileri olan bazı kişilerde aynı zamanda yeme bozukluğunun da olduğunu fark edilmesiyle beraber yapılmaya başlanmıştır (Demitrack ve ark. 1990). Everill ve arkadaşlarının (1995) araştırmasına göre yüksek düzeyde dissosiyasyonun tıknırcasına yemek, kendini kusturmak, laksatif yöntemler kullanmak, kendini aşırı aç bırakma, vücut algısında problemler gibi yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olduğu görülmüştür (Nilsson ve ark. 2020). Yeme bozukluğu tanısı alan kişilerin de dissosiyasyon düzeylerinin ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir; iki hastalık arasındaki ilişkinin süreci, eksen bir ve iki hastalıklarıyla ortak belirtileri ve araçlarına dair incelemeler yapılmıştır (Gleaves ve Eberenz 1995).

Vanderlinden ve Vandereycken'in (1997) bu alanda sundukları çok faktörlü modeline göre travmatik anı ve dissosiyasyon arasında süregiden, birbirini besleyen, bütünleyici bir dinamik ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin sonuçları da yeme bozukluklarındaki dissosiyatif semptomlarda kişilerin kendi bedenlerini değerlendirme, kabul

etme, deneyimleme gibi bir takım aracı rollere bağlıdır. Yeme bozukluğu oluşum sürecinde özsaygının ve kişinin kendi beden algısının, olumsuz algı ile baş etmenin önemi bu gibi çalışmalarda vurgulanmaktadır.

118 yeme bozukluğu olan katılımcıyla yaptıkları araştırmasında Beato ve arkadaşları (2003), katılımcıların %30'unda özellikle de bulimia tanısı alanlarda dissosiyatif belirti olduğunu, yeme bozukluğunun altında yatan nedenin dissosiyasyon olabileceğini belirtmiştir. Bulimia ve dissosiyasyon arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiyi vurgulayan; bu ilişkiyi ve yeme bozukluğunu besleyen bir de dürtü kontrol probleminin bulunduğunu belirten Hallings-Potts ve arkadaşları (2005), tedavi sürecinde dissosiyasyon ve travmanın ele alınması gerektiğini de eklemiştir. Bununla beraber çocukluk çağı travması ve yeme bozukluğu ve DKB arasında ilişki bulunabileceği, bulimia tanısı alan kişilerin zor bir çocukluk çağı deneyimledikleri, cinsel istismar geçmişlerinin olma olasılığının diğer yeme bozukluğu olan kişilere göre daha yüksek olduğu vurgulananlar arasındadır (Schmidt ve ark. 1993).

Diğer bir araştırmaya göre, yeme bozukluğu olan kişiler bu davranışlarına gerekçe olarak içlerinden gelen bir 'ses'i gösterirler ve kendi yeme, kilo, beden algısı gibi durumlarında bu sesin etkili olduğunu bildirirler (Pugh ve ark. 2018). Pugh ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bu araştırmaya göre; yeme bozukluğunun şiddeti kişinin çocukluğunda yaşadığı travmalarla ve bu travmalarla ilişkili olan dissosiyasyona bağlıdır. Bu araştırmanın sonuçları La Mela ve arkadaşlarının (2010) gerçekleştirdiği çalışma ile de örtüşmektedir. La Mela ve arkadaşları (2010) yeme bozukluğu tanısı almış kişileri ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdığı deneysel desen araştırmasında yeme bozukluğu olan kişilerin dissosiyasyon seviyesini sağlıklı gruba göre daha yüksek bularak özellikle kontrolsüz aşırı yeme ile dissosiyatif deneyimler arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (La Mela ve ark. 2010).

Vanderlinden ve Vandereycken'in (1997) travma, dissosiyasyon ve yeme bozukluğunun arasındaki ilişkiye dair yazdıkları kitaplarında yeme bozukluğu olan kişilerde anoreksiya nervoza karışık tip, bulimia nervoza, atipik yeme bozukluğu tanısı alanların travma geçmişi oranının sırasıyla %25, %37, %58 olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kişilerin travma geçmişinin de cinsel istismar, istismar şiddetinin ağır olması, travmanın yol açtığı dissosiyasyon ile ilişkilerinin bulunabileceğini vurgulamışlardır. Araştırmacılar travma geçmişinde özellikle cinsel istismar bulunan katılımcıların yeme bozukluğu tanısı alma ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildirerek bu bulguları travmanın şiddetinin yeme bozukluğu çeşidiyle ilişkili olduğu şeklinde yorumlamışlardır. Bu durumda travma ile ilişkili olan dissosiyasyonun yeme bozukluğu için de önemli rol oynadığı yorumu yapılmaktadır.

### **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri çocukluk döneminde başlayıp ergenlik ve yetişkinlik döneminde de süregelen; dikkat ve odak problemleri, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize olmuş bir nörogelişimsel bozukluktur (Coşkun ve ark. 2020). DEHB'nin epidemiyolojisine bakıldığında DEHB belirtilerinin stres ile yakından ilişkili olduğu ve dissosiyatif belirtilerin de DEHB tanısı almış kişilerde açıkça görüldüğü belirtilmektedir (Bob ve Konicarova 2018). Ek olarak DEHB tanısı almış kişilerde kişinin kendisine ve çevresine yabancılaşma şeklinde görülen dissosiyatif belirtilerin görülme olasılığının da yüksek olduğu bildirilmiştir (Green 2023).

DEHB ve DKB'nin ortak özelliklerinden bir tanesi de çocukluk çağı travmasının her iki tanının etiolojisinde de görülmesidir. DKB'nin temelinde çocukluk çağı travmalarının yattığı bilinirken, DEHB tanısı alan kişilerde de travma geçmişinin bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Kandeğer ve ark. 2022, Sissons 2023). Çocukluk çağı istismarı gibi travmaların yol açtığı travma sonrası stres bozukluğu belirtileri DEHB belirtileriyle benzerlik göstermektedir ve bu iki tanının eşzamanlı görülme olasılığı yüksek olup ayırıcı tanıyı yapmak zorlaşmaktadır (Weinstein ve ark. 2000). DEHB ve TSSB'nin ortak özellikleri arasında uykusuzluk, iritabilite, odaklanmada güçlük, aşırı uyarılmışlık gibi belirtiler bulunmaktadır (Weinstein ve ark. 2000). Bu bağlamda DEHB ve DKB tanıları için her iki hastalığın etiolojisinde travmanın bulunup ve dissosiyasyonun DEHB ve DKB arasında aracı rol oynadığı belirtilmektedir (Matsumoto ve Imamura 2007).

DEHB ve DKB komorbiditesi bulunan 799 yetişkinde yapılan araştırmanın sonucunda katılımcıların %33'ünde çocukluk çağı travmasının bulunması dissosiyasyonun aracı rolünü destekler niteliktedir (Matsumoto ve Imamura 2007). DEHB ve DKB'nin komorbiditesinin araştırıldığı bir diğer araştırmada istismar geçmişi bulunan DEHB'li katılımcıların üçte birinin aynı zamanda dissosiyatif bozukluk tanısı aldığı belirtilmiştir (Endo ve ark. 2006). Harrison ve Wilson (2005) yaptıkları araştırmada DEHB ve DKB'nin dikkat ve odağın sürdürülmesinde güçlük, konsantrasyon problemleri, unutkanlık, bir çalışmada talimatları takip etmek, gibi pek çok belirtisinin ciddi oranda örtüştüğünü bildirmişlerdir.

Kandeğer ve arkadaşlarının (2022) belirttiği yaklaşıma göre travmatik yaşantılar ve dissosiyatif deneyimler DEHB'in oluşmasına zemin hazırlayan tanıötesi faktörlerdir. Motor işlev bozuklukları, duygu düzenlemede güçlük, odaklanma problemleri gibi travma ile ilişkili belirtiler DEHB'i oluşturan belirtileri tetikleyebilir ve ortaya çıkarabilir. Usta ve Karas (2021) ise yaptıkları çalışmada DEHB'in DKB belirtileri üzerinde rol oynadığını ve DEHB tanısı almış kişilerin çocukluk çağında yaşadıkları travmanın DKB belirtilerini ortaya çıkarabildiğini belirterek travmanın neden olduğu duygu düzenleme güçlüğüne ise hem DKB hem DEHB belirtilerinde aracı rol oynadığı bulgusuna erişmişlerdir.

## Tartışma

Bu araştırmanın asıl amacı DKB'nin en çok ilişkilendirildiği ve komorbidite oranının da yüksek olduğu tanıların araştırılması ve derlemesinin yapılmasıdır. Sırasıyla travma, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni, depresyon, sınırda kişilik bozukluğu, somatizasyon, yeme bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun DKB ile ilişkisinin ele alındığı bu derlemenin önemi literatürdeki çalışmalardan farklı olarak içerisinde DKB'nin belirtilen tanımlarla olan ilişkisinin genel olarak ele alınmayıp tek tek ele alınmasıdır.

DKB geç fark edilen, geç tanımlanan ve literatürde tanımsal sınıflandırılması geç yapılan bir psikolojik bozukluktur (Tamam ve ark. 1996, Şar 1998). Bunun temelinde DKB'de alter kimliklerin ve amnezilerin olmasıyla beraber klinisyenleri diğer psikopatolojik semptomlarla karıştırmaya yönlendirmesidir (Şar 2017). Özellikle de alter kimliklerin yıllar boyunca halüsinasyonlarla karıştırılması ve dolayısıyla psikotik bozukluklarla ilişkilendirilmesi, gerçekte DKB hastası olan kişilerin de tedavisinin aksamasına ve yanlış yönlendirilmelerine neden olmuştur. Diğer dissosiyatif bozukluklarla beraber DKB de hem geçmişte hem günümüzde bazı araştırmacılar tarafından varlığına şüpheyle yaklaşılacak bozukluklardan olmuştur. Bunun temel nedeni hem DKB'nin geç tanınması hem de deneysel olarak hafıza ve bileşenleri ile beraber çalışmaya başlanmasına geç kalınmasıdır. Günümüzde hala DKB'den kaynaklanan amnezi ve hafıza kayıplarının dissosiyasyon değil; travmanın neden olduğu sahte anılar olduğunu savunan araştırmacılar bulunmaktadır.

Esasında çocukluk çağı travmasından kaynaklanan DKB'nin tedavisinin de hastada stabilizasyonu sağladıktan sonra travmaya odaklanarak alterlerin birleştirilmesi şeklinde gerçekleşmesi gerekmektedir (Öztürk 2018, Yanık 2018). Fakat bu noktada mühim olan temeldeki çocukluk çağı travması, istismar ya da ihmalinin ele alınmasıdır.

Travma, DKB'nin temelinde yatıp, şiddetiyle beraber kişideki DKB belirtilerini de şiddetlendirerek tedavisini de güçleştirmektedir (Kluft 1991, Özden 2018). Dolayısıyla travma ve DKB ilişkisi en çok araştırılan konulardandır ve diğer tanımlardan farklı olarak daha ilişkisel ve nedensel bir altyapı oluşturmaktadır. Travma ve DKB ilişkisini hem etiyolojik hem de nörolojik olarak destekleyen araştırmalar bulunmaktadır. Özellikle de çocukluk çağında yaşanan kronik ve şiddetli travmanın beyin yapısını şekillendirdiği; değişen nörobiyolojik etkinin de amnezi ve dissosiyasyona neden olduğu yorumu yapılmaktadır (Christianson ve Loftus 1987, Stein ve ark. 1997, Vermetten ve ark. 2006, Spiegel 2007, Chalavi ve ark. 2015).

Şizofreni ve DKB ilişkisi nedensellik barındırmamakla birlikte daha çok semptomların ve tanıların karıştırılmasına dayalı bir örüntü sergilemektedir (Ross ve ark. 1990, Kluft 1996, Foote ve Park 2008). Her ne kadar çocukluk çağı travmaları şizofreni görülmesi adına risk faktörü olarak görülse de şizofreninin temelinde genetik ve biyolojik faktörlerin bulunması, tedavisinin ilaçlar yoluyla yapılması DKB ile tamamen farklı tanımlar olduğunu göstermektedir (Moskowitz 2011, Read ve ark. 2018).

Depresyon ve DKB ilişkisi kimi hastalarda görülen dirençli depresyonun dissosiyatif semptomlar ile bağlantılı olabileceğini düşündürmüştür (Şar 2011). Ayrıca ağır depresyon vakalarında görülen dissosiyatif belirtiler de 'dissosiyatif depresyon' kavramının oluşumuna yol açmıştır (Şar ve ark. 2013). DKB ve depresyonda da nörolojik özellikler, semptomlar ve etiyoloji açısından ortak özellikler bulunsun da aslında DKB hastası olan kişilerin yanlış tanı sonucu depresyon tedavisi görmesi süreci uzatmaktadır (Öztürk 2018).

Sınırda kişilik bozukluğu tıpkı DKB gibi temelinde çoğunlukla çocukluk çağı travmasının, ihmalinin veya istismarının görüldüğü bir tanıdır (Ball ve Links 2009, Ross ve ark. 2013, Derin ve Öztürk 2018). Fakat sınırda kişilik bozukluğunda dürtüsellik, kişisel ve kişilerarası problemler olması gibi belirtiler iki tanıyı ayırmaktadır (İlk ve Bilge 2020). Fakat semptomların farklılıklarına rağmen SKB ve DKB arasında komorbidite oranının çok yüksek olması, araştırmacıları DSM komitesinin ayırıcı tanı konusunda ek kriterler getirmesini belirtmesine neden olmuştur (Şar ve ark. 2003).

Dissosiyatif bozukluklar ve somatizasyon ilişkisi, daha çok somatizasyonun DKB'de belirti ve alt grup olarak yer alması şeklindedir (Saxe 1994, Güz ve ark. 2004). DKB tanısı alan kişilerde somatik belirtilerin de fazlasıyla bulunması 'somataform dissosiyasyon' kavramının oluşmasına ve aralarındaki ayırıcı tanıya da böylelikle yer

verilmesine yol açmıştır (Nijenhuis 2001). Kimi araştırmacılara göre ise konversiyon ve somatizasyon arasında çok az bir fark olup dissosiyasyonla asıl ilişkisi bulunan tanı somatizasyon değil konversiyon bozukluğudur (Espirito-Santo ve Pio-Abreu 2009).

DKB ve DEHB arasındaki ilişki, her iki tanının temelinde bulunan çocukluk çağı travmasının risk faktörü oluşturması ve travmanın her iki tanının görülme olasılığını artırması nedeniyle kuvvet kazanmaktadır. İki tanının dikkat ve konsantrasyon problemleri, uyarılmışlık hali, işlev bozuklukları gibi ortak belirtilerinin fazla olması DKB ve DEHB arasındaki ilişkinin araştırıldığı araştırmalarda sıklıkla belirtilmiştir.

## Sonuç

Travma, DKB ve ilgili ruh sağlığı bozukluklarının gelişiminde merkezi bir rol oynamakta, bu da onu nedenselliklerini anlamada kilit bir faktör haline getirmektedir. BKB ve şizofreni, DKB'den dikkatle ayırt edilmesi gereken farklı tanılar olsa da, depresyon ve somatizasyon genellikle DKB'nin daha geniş çerçevesi içinde birlikte ortaya çıkan durumlar veya alt kümeler olarak görülmektedir. Bu örtüşme, travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkisinin karmaşıklığını vurgulamaktadır; birden fazla bozukluk ortak özellikleri paylaşabilir ancak tanı ve tedavi için farklı yaklaşımlar gerektirebilir. DKB ile tartışılan beş tanı arasındaki ilişkiyi özetlemek gerekirse: travma, tüm bu durumları birleştiren bir faktördür. DKB giderek travmayla ilişkili bozukluk spektrumunun bir parçası olarak görülmekte ve erken dönemde tekrarlanan travmanın kimlik ve benlik algısı üzerindeki derin psikolojik etkisini vurgulamaktadır. Depresyon ve somatizasyon travmayla ilişkili semptomlar olarak DKB ile sıklıkla bir arada görülürken, BPD ve şizofreni kendine has özellikleri olan ayrı klinik varlıklar olarak kabul edilmektedir. Bu durumların ayırt edilmesi, her bir bozukluğun kendine özgü ihtiyaçlarını ele alan özel bir terapötik yaklaşımı mümkün kıldığından, doğru teşhis ve etkili tedavi için esastır. Sonuç olarak, travma ve bu çeşitli ruh sağlığı tanılarını arasındaki etkileşim, hem tanı hem de müdahale stratejilerinde travmaya duyarlı bakımın önemini vurgulamaktadır.

## Kaynaklar

- Akcan G, Öztürk E (2018) Dissosiyatif temel belirtiler ve terapötik yaklaşımlar Türkiye Klinikleri Psikoloji Özel Dergisi, 2018; 3(3):20-30.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Atchley R, Bedford C (2021) Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Trauma Dissociation*, 22:69-88.
- Ayar E, Celbiş O (2023) Savaş, terör, travma ve dissosiyasyon. In *Savaş Psikolojisi* (Ed. E Öztürk):104-112. Ankara, Türkiye Klinikleri.
- Aydın EF, Laçın TK (2022). A case of dissociative identity disorder and attention deficit hyperactivity disorder comorbidity. *Eur Psychiatry*, 65(Suppl 1):S471-
- Balcıoğlu YH, Balcıoğlu İ (2018) Dissosiyatif bozuklukların tanımı ve tanı ölçütleri. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Özel Dergisi*, 3(3):8-13.
- Ball J, Links P (2009) Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep*, 11:63-68.
- Beato L, Cano T, Belmonte A (2003) Relationship of dissociative experiences to body shape concerns in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 11:38-45.
- Bob P, Fedor-Freybergh P, Jasova D, Bizik G, Susta M, Pavlat J et al. (2008) Dissociative symptoms and neuroendocrine dysregulation in depression. *Med Sci Monit*, 14:CR499-CR504.
- Bob P, Konicaroja J (2018) ADHD, Stress and Development. Cham, Springer.
- Brand B, Classen C, Lanins R, Loewenstein R (2009) A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychol Trauma*, 1:153-171.
- Carlson ET (1981) The history of multiple personality in the United States: I: The beginnings. *Am J Psychiatry*, 38:666-668.
- Chalavi S, Vissia M, Giesen E, Nijenhuis E, James ND, Cole JH et al. (2015) Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Hum Brain Mapp*, 36:1692-1704.
- Christensen MA (2022) Structural differences in brain structure after trauma (Masters thesis). Tromsø, Norway, UiT The Arctic University of Norway.
- Christianson S, Loftus E (1987) Memory for traumatic events. *Appl Cogn Psychol*, 1:225-239.
- Chu A, DePrince A (2006) Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. *J Trauma Dissociation*, 7:75-89.

- Cleveland J, Reuther BT, Gold SN (2020) The varied relationship between hypnosis and dissociative phenomena: Implications for traumatology. *Am J Clin Hypn*, 63:139-149.
- Coşkun F, Tamam L, Demirkol ME (2020) Erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda kronotip ve klinik özellikler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47:312-323.
- Dalenberg C, Carlson EB (2012) Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. *Psychol Trauma*, 4:551-559.
- De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM et al. (1999) Developmental traumatology: II. Brain development. *Biol Psychiatry*, 45:1271-1284.
- Demitrack MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA, Gold PW (1990) Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *Am J Psychiatry*, 147:1184-1188.
- Derin G, Öztürk E (2018) Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3):29-42.
- Dorahy M, Middleton W, Seager L, McGurrin P, Williams M, Chambers R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *J Affect Disord*, 172:195-203.
- Egeland B, Susman-Stillman A (1996) Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse Negl*, 20:1123-1132.
- Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL (1996) Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59:255-266.
- Ellason JW, Ross CA (1997) Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 154:632-639.
- Endo T, Sugiyama T, Someya T (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60:434-438.
- Esprito-Santo H, Pio-Abreu J (2009) Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Austr NZJ Psychiatry*, 43:270-276.
- Everill J, Waller G, Macdonald W (1995) Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *Int J Eat Disord*, 17:127-134.
- Fırat S, Baskak B (2020) Gelişimsel travmanın uzun dönem etkileri ve bunlara aracılık eden nörobiyolojik mekanizmalar. *Kriz Dergisi*, 20:25-41.
- Firoozabadi A, Golshani S, Razeghian L, Rahimi S, Sepehry A, Farnia V et al. (2019) Dissociative experiences in iranian depressed patients. *J Trauma Dissociation*, 20:445-456.
- Foote B, Park J (2008) Dissociative identity disorder and schizophrenia: Differential diagnosis and theoretical issues. *Curr Psychiatry Rep*, 10:217-222.
- Forrest KA (2001) Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Conscious Cogn*, 10:259-293.
- Ganaway G (1995) Hypnosis, childhood trauma, and dissociative identity disorder: Toward an integrative theory, *Int J Clin Exp Hypn*, 43:127-144
- Gentile J, Dillon K, Gilli P (2013) Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innov Clin Neurosci*, 10(2):22-29.
- Gleaves D, Eberenz K (1995) Correlates of dissociative symptoms among women with eating disorders. *J Psychiatr Res*, 29:417-426.
- Green R (2023) Dissociation in ADHD. <https://www.verywellmind.com/adhd-symptom-spotlight-dissociation-5270278#> (Accessed 04.03.2024).
- Gunderson JG (2010) Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord*, 24:694-708.
- Güz H, Doğanay Z, Özkan A, Çolak E, Tomaç A, Sarısoy G (2004) Conversion and somatization disorders dissociative symptoms and other characteristics. *J Psychosom Res*, 56:287-291.
- Hallings-Pott C, Waller G, Watson D, Scragg P (2005) State dissociation in blumic eating disorders: An experimental study. *Int J Eat Disord*, 38:37-41.
- Harrison AG, Wilson JB (2005) Inattention and dissociation: overlapping constructs? *ADHD Rep*, 13:9-11.
- Hawayek J (2024) Epidemiology of dissociative identity disorder. In *Dissociative Identity Disorder: Treatment and Management* (Eds. H Tohid, IH Rutkofsky):49-52. Springer, Cham.
- Herman JL (1992) *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.
- Howell E (2011) *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York, Routledge.
- Howell E (2016) Models of dissociation in Freud's work: Outcomes dissociation of trauma in theory and practice. In *The Dissociative Mind in Psychoanalysis: Understanding and Working With Trauma* (Eds. E Howell, S Itzkowitz):73-85. New York, Routledge.
- Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Cloitre M, Karatzias T (2020) The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *J Trauma Dissociation*, 21:62-72.

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *J Trauma Dissociation*, 12:115-187.
- İlk G, Bilge Y (2020) Borderline kişilik bozukluğu ve duygu düzenleme güçlüğü. *Turkish Studies*, 15:2991-3012.
- İnanç L, Semiz Ü (2017) Dissosiyatif bozukluklar ve psikiyatrik eşan. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 10:209-216.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S (2006) Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res*, 40:131-140.
- Kabene SM, Neftçi NB, Papatzikis E (2022) Dissociative identity disorder and the law: Guilty or not guilty? *Front Psychol*, 13:891941.
- Kandeğer A, Boysan M, Karaoğlan G, Tekdemir R, Şen B, Tan Ö el al. (2022) Heterogeneity of associations between dissociation and attention deficit symptoms. *Curr Psychol*, doi: 10.1007/s12144-022-03836-y.
- Kendler KS, Mishara A (2019) The prehistory of Schneider's first-rank symptoms: Texts From 1810 to 1932. *Schizophr Bull*, 45:971-990.
- Kent DA, Tomason K, Coryell W (1995) Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four-year follow-up. *Psychosomatics*, 36:138-144.
- Kitayama N, Brummer M, Hertz L, Quinn S, Kim Y, Bremner J (2007) Morphologic alterations in the corpus callosum in abuse-related posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, 195:1027-1029
- Kluft R (1987a) First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry*, 114: 293-298.
- Kluft R (1987b) The parental fitness of mothers with multiple personality disorder: A preliminary study. *Child Abuse Negl*, 11:273-280.
- Kluft R (1991) Clinical presentations of multiple personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 14:605-629.
- Kluft R (1996) Dissociative Identity Disorder. In *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (Eds. LK Mitchelson, WJ Ray):337-366. New York, Plenum Press.
- Kluft R (2000) The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. *Psychoanal Inq*, 20:259-286.
- Kluft R (2006) Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychiatr Clin North Am*, 29:281-304.
- Kluft R (2007) Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of dissociative identity disorder. In *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment* (Eds. E Vermetten, M Dorahy, D Spiegel):311-317. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Kompella S, Kaushal S (2023) Dissociative identity disorder and schizophrenia. In *Dissociative Identity Disorder: Treatment and Management* (Eds H Tohid, IH Rutkofsky):93-100. Cham, Springer.
- Krause-Utz A, Frost R, Winter D, Elzinga B (2017) Dissociation and alterations in brain function and structure: Implications for borderline personality disorder. *Curr Psychiatr Rep*, 19:6.
- La Mela C, Maglietta M, Castellini G, Amoroso L, Lucarelli S. (2010) Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Compr Psychiatry*, 51:393-400.
- Laddis A, Fell P, Korzekwa M (2016) Comparing the symptoms and mechanisms of "Dissociation" in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *J Trauma Dissociation*, 18:139-173.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD et al. (2010) Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*, 167:640-647.
- Liotti G (1999) Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanal Inq*, 19:757-783.
- Loewenstein RJ (2018) Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues Clin Neurosci*, 20:229-242.
- Lynn SJ, Polizzi C, Merckelbach H, Chiu C, Maxwell R, van Heugten D et al. (2022) Dissociation and dissociative disorders reconsidered: Beyond sociocognitive and trauma models toward a transtheoretical framework. *Annu Rev Clin Psychol*, 18:259-289.
- Madden S (2015) Depersonalization/ derealization disorder: A neglected disease in psychiatry. *The Undergraduate Journal of Psychology*, 8:24-33.
- Matsumoto T, Imamura F (2007) Association between childhood attention-deficit-hyperactivity symptoms and adulthood dissociation in male inmates: Preliminary report. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61:444-446.
- Mitra P, Jain A (2023) *Dissociative Identity Disorder*. Treasure Island, FL, StatPearls.
- Moskowitz A (2011) Schizophrenia, trauma, dissociation, and scientific revolutions. *J Trauma Dissociation*, 12:347-357.
- Nelson MD, Saykin AJ, Flashman LA, Riordan HJ (1998) Hippocampal volume reduction in schizophrenia as assessed by magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry*, 55:433-440.
- Nesbit A, Dorahy MJ, Palmer R, Middleton W, Seager L, Hanna D (2022) Dissociation as a mediator between childhood abuse and hallucinations: An exploratory investigation using dissociative identity disorder and schizophrenia spectrum disorders. *J Trauma Dissociation*, 23:521-538.
- Nilsson D, Ljonclou A, Holmqvist J (2020) Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nord J Psychiatry*, 74:1-8.
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J (1996) The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis*, 184:688-694.



- Nijenhuis ERS, Van der Hart O (2011) Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulation. *J Trauma Dissociation*, 12:416-445.
- Nijenhuis ERS (2001) Somataform dissociation. *J Trauma Dissociation*, 1:7-12.
- Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Steele K (2002) The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In *Biological Psychiatry* (Eds H. D'haenen, JA den Boer, P Willner ):1079-1098. Hoboken, NJ, Wiley.
- Özden MŞ (2018) Travma ve dissosiyatif bozukluklar: Genel bir bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3:71-76.
- Öztürk E (2018) Travma merkezli alyans model terapi: Dissosiyatif kimlik bozukluğu'nun psikoterapisi. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Özel Dergisi*, 3(3):31-38.
- Öztürk E, Derin G (2020) Psikotraumatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*,6:181-214.
- Öztürk E, Şar V (2016) The Trauma-self and its resistances in psychotherapy. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 6: 00386.
- Pais S (2009) A systemic approach to the treatment of dissociative identity disorder. *J Fam Psychother*, 20:72-88.
- Pietkiewicz IJ, Nowak AB, Tomalski R, Boon S (2021) Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. *Front Psychol*, 12:637929.
- Powell RA, Gee TL (1999) The effects of hypnosis on dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Can J Psychiatry*, 44:914-916.
- Pugh M, Waller G, Esposito M (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse Negl*, 86:196-205.
- Read J, Fink PJ, Rudegeair T, Felitti V, Whitfield CL (2008) Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 2:235-254.
- Ross CA, Miller SD, Reagor P (1990) Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 31:111-118.
- Ross C, Keyes B (2004) Dissociation and schizophrenia. *J Trauma Dissociation*, 5:69-83
- Ross C (2007) Borderline personality disorder and dissociation. *J Trauma Dissociation*, 8:71-80.
- Ross C, Ferrel L, Schroeder E (2013) Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *J Trauma Dissociation*, 15:79-90.
- Saxe G, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J et al. (1994) Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry*, 151:1329-1334.
- Saxena M, Tote S, Sapkale B (2023) Multiple personality disorder or dissociative identity disorder: Etiology, diagnosis, and management. *Cureus*, 15:e49057.
- Scalabrini A, Mucci C, Esposito R, Damiani S, Northoff G (2020) Dissociation as a disorder of integration: On the footsteps of Pierre Janet. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 101:109928..
- Schmidt U, Tiller J, Treasure J (1993) Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *Int Rev Psychiatry*, 5:51-59.
- Schulze L, Schmahl C, Niedtfeld I (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biol Psychiatry*, 79:97-106.
- Sierra M, Hunter EC, David AS (2004) The epidemiology of depersonalization and derealization A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:9-18.
- Sissons B (2023) What is dissociation in people with ADHD? [www.medicalnewstoday.com/articles/adhd-dissociation](http://www.medicalnewstoday.com/articles/adhd-dissociation) (Accessed 05.03.2024).
- Shalev AY (1996) Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (Eds BA Van der Kolk, AC McFarlane, L Weisaeth):77-101. New York, Guilford Press.
- Soffer-Dudek N (2014) Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework. *Psychol Conscious*, 1:243-270.
- Spiegel D (1984) Multiple personality as post traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 7:101-110.
- Spiegel D, Hunt D, Dondershine H (1988) Dissociation and hypnotizability in post traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*,453:301-304.
- Spiegel D (1997) Trauma, dissociation and memory. In *Psychobiology of Post Traumatic Stress Disorder* (Eds R Yehuda, AC McFarlane):225-237. New York, New York Academy of Sciences.
- Spiegel D, Loewenstein R, Lewis-Fernandez R, Şar V, Simeon D, Vermetten E et al. (2011) Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*, 28:17-18.
- Stein MM, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B (1997) Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med*, 27:951-959.
- Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, Rakfeldt J, Rounsaville B (1994) Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *J Nerv Ment Dis*, 182:495-502.
- Swart S, Wildschut M, Draijer N, Langeland W, Smit JH (2020) Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative disorders: Comparative evaluation of clinical profiles. *Psychol Trauma*, 12:38-45.

- Şar V (1998) Dissosiyatif kimlik bozukluğu: tanı ve nozolojik sorunlar. *Klinik Psikiatri Dergisi*, 1:13-21.
- Şar V (2000) Çoğul kişilik kavramı ve dissosiyatif bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 4:7-11.
- Şar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakım B, Baral I (2000) Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr Psychiatry*, 14:216-222.
- Şar V, Taycan O, Bolat N, Özmen M, Duran A, Öztürk E et al. (2010) Childhood trauma and dissociation. *Psychopathology*, 43:33-40.
- Şar V (2011) Dissociative depression: a common cause of treatment resistance. In *Female Turkish Migrants with Recurrent Depression* (Ed W Rennder):112-124. Innsbruck, Studia.
- Şar V, Akyüz G, Öztürk E (2013) Dissociative depression among woman in the community. *J Trauma Dissociation*, 14:423-438.
- Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, Yargıç İL, Tutkun H, Bakım B et al. (2003) The Axis-I Dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation*, 4:119-136.
- Şar V (2015) Dissociative depression is resistant to treatment-as-usual. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 3:00128.
- Şar V (2017) Dissosiyatif bozukluklar. In *Psikiyatri* (Eds R Tükel, S Çakır):65-72. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevi.
- Şar V, Dorahy M, Krüger C (2017) Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychol Res Behav Manag*, 10:137-146.
- Şar V (2018) Dissosiyatif Bozukluklar. In *Temel ve Klinik Psikiyatri* (Ed O. Karamustafaloğlu):1-8. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevi.
- Şarlak D, Öztürk E (2018) Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Özel Dergisi*, 3(3):14-19.
- Tamam L, Özpoyraz N, Ünal M (1996) Çoğul kişilik bozukluğu (Dissosiyatif kimlik bozukluğu): Bir gözden geçirme. *3P Dergisi*, 4:45-55.
- Tutkun H, Sar V, Yargıç LI, Özpulat, T, Yanık M, Kızıltan E (1998) Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry*, 155:800-805.
- Usta ZB, Karas H (2021) The effect of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms on somatization and dissociation: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11:277-283.
- Van Der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2005) Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 18:413-423.
- Van der Kol BA (2009) Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Prax Kinderpsychol und Kinderpsychiatr*, 58:572-586.
- Van der Kolk BA, Fisler R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *J Trauma Stress*, 8:505-525.
- Van Minnen A, Tibben M (2021) A brief cognitive-behavioural treatment approach for PTSD and Dissociative Identity Disorder, a case report. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 72:101655.
- Vanderlinden J, Vandereycken W (1997) *The Link Between Trauma and Dissociation: Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Pennsylvania, Brunner Mazel.
- Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD (2006) Hippocampal and amygdala volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 163:630-636.
- Walusinski O, Bogousslavsky J (2020) Charcot, Janet and French models of psychopathology. *Eur Neurol*, 83:333-340.
- Watkins J, Watkins H (1997) *Ego States: Theory and Therapy*. New York, Norton.
- Weinstein D, Staffebach D, Biaggio M (2000) Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev*, 20:359-378.
- Yanık M (2018) Bölünmüş Zihinler: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tanı ve Tedavisi. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Yargıç LI, Sar V, Tutkun H, Alyanak B (1998) Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Compr Psychiatry*, 39:345-351.
- Yu J, Ross C, Keyes B, Li Y, Dai Y, Zhang T et al. (2010) Dissociative disorders among Chinese inpatients diagnosed with schizophrenia. *J Trauma Dissociation*, 11:358-372.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.