

## GELİŞİMSEL PSİKOPATOLOJİNİN BAKIŞ AÇISIYLA DİSOSİYASYON

M. Boysan\*, V. Duyan\*\*

### ÖZET

Disosiyasyon bütünlük halindeki bilinç, bellek ve çevrenin algılanması süreçlerinde ayrışma olarak tanımlanmaktadır (APA 1994). Disosiyasyon olgusu klinik uygulamalarda disosiyatif bozukluklar başlığı altında ele alınmasına karşın gelişimsel açıdan çok daha geniş bir nosyonu temsil etmektedir. Psikiyatrik bozuklukların gelişimsel bir süreç izlemesi ve psikiyatrik tanının gelişimsel sürece ilişkin sonuç değişkeni olması nedeniyle, ruhsal rahatsızlıkların altında yatan etiyolojik süreçlerin yeterince anlaşılabilmesi adına, araştırmacı ve klinisyenlerin ilgilerini gelişimsel süreç üzerinde yoğunlaştırmalarına sebep olmuştur. Bu anlamda gelişimsel psikopatoloji nörobiyoloji, psikiyatri, genetik, gelişim psikolojisi ve antropoloji gibi pek çok disiplinden elde edilen bulguları bütünleştirerek psikopatolojiye ilişkin çok boyutlu bir nosyon sunmaktadır. Bu derlemede patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyonun gelişimsel süreçte izlediği değişim çizgisinin keşif ve ayırım noktaları, gelişimdeki süreklilik ve süreksizlikler, ve

\* Araştırma Görevlisi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bölümü.

\*\* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü.

psikopatolojinin altında yatan temel etkenler gelişimsel psikopatolojinin bakış açısıyla irdelenecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Disosiyatif bozukluk, disosiyasyon, gelişim, psikopatoloji, bağlanma

### Dissociation from a Perspective of Developmental Psychopathology

### ABSTRACT

Dissociation is defined as a disruption in the functions of consciousness, memory, identity, and perceptions of one's environment, functions that are usually integrated. (American Psychiatric Association, 1994). Dissociation, in general, is addressed under dissociative disorders in clinical applications although the phenomenon represents a more complex notion from a developmental perspective. Researchers and clinicians put more emphasize on developmental factors in order to understand etiological courses lying under disorders since the onset of psychiatric disorders pursuit a developmental process and disorders as result variables could be defined as poor psychological responses to process. In this context developmental psychopathology presents a multidimensional notion for understanding psychopathology combining miscellaneous disciplines such as

neurobiology, psychiatry, genetics, developmental psychology and cultural studies. In the review, intersection and distinction points of pathological and nonpathological dissociation, continuities and discontinuities, possible mechanisms underlying psychopathology in developmental process would be in our main interest from a perspective of developmental psychopathology.

**Key words:** Dissociative disorders, dissociation, development, psychopathology, attachment

## GİRİŞ

Ruhsal rahatsızlıkların teşhis ve tedavisinde DSM-IV ve ICD-10' un kategorik yaklaşımı klinisyenlerin hastalıklara müdahalesinde pek çok kolaylıklar sağlamasına karşın, patolojiye ilişkin gelişimsel süreçleri öncelikli olarak ele alan gelişimsel patoloji tedavi, hasta takibi ve hastalıkların etiolojik çözümlemesinde derin bir iç görüyü bünyesinde barındırmaktadır. Bu bakış açısıyla gelişimsel psikopatoloji bağlamında ruhsal rahatsızlığın yeniden tanımının yapılabilmesi için (a) gelişime ilişkin disiplinler arası modellerin oluşturulmasını (b) yaşam boyu gelişim sürecinde gelişime ilişkin süreklilik ve süreksizliklerin belirlenmesini (c) normal ve adaptif olmayan veya patolojik olan arasındaki sınırların çizilmesini (d) kişiye özel nitelikler ve çevre arasındaki transaksyonel etkileşimleri vurgulamayı e) risk durumları ve tekrar dengelenimle ilişkili süreçleri ve (f) korunma ve müdahale yollarının sistematikleştirilebilmesi adına ele alınan konuya ilişkin yapılmış araştırmaların en geniş ölçekte incelenip bütünleştirilmesini gerektirmektedir (Cicchetti ve Rogosh 2002). Yapılan çalışmalar sonucunda erken dönem travmatik yaşantılarla disosiyasyon arasındaki yakın ilişkiler genel olarak kabul görür hale gelmiştir. Disosiyasyonun gelişimsel olarak nörobiyolojik mekanizmalarla ilişkisinin daha fazla

vurgulanmaya başlanması ve patolojik disosiyasyonun dışında absorpsiyon ve fantaziye yatkınlığın normal toplumda yaygın olarak rastlanan normal disosiyatif süreçler olması konunun çok boyutlu olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Özellikle disosiyasyonun duygusal düzenleyici olarak gelişimdeki rolü fenomene gelişim odaklı bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyonun sürekliliği ve disosiyatif bozukluğun diğer tanı gruplarından ayırıcı özelliklerini tanımlamak gelişimsel özelliklerin de ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu derlemede genel olarak gelişimsel psikopatoloji yaklaşımının davranış bozukluğuna ilişkin çözümlemelerinde yararlandığı kavramlar bağlamında disosiyasyonun farklı görüngülerini ele alınacaktır.

Disosiyatif belirtiler pek çok psikiyatrik bozuklukta tanı grubunun özgün belirtilerine eşlik edebildiği gibi herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı bireylerde duygusal düzenleyici olarak da işlev gören çok önemli bir savunma mekanizmasıdır (Butler ve ark. 1996, Boysan ve ark. 2009).

Psikopatolojinin ortaya çıkmasında engelleyici ve tampon görevi gören normal disosiyatif süreçler özellikle tip II içinde sınıflanan süreğen travmatik yaşantılar sonucunda patolojik süreçlere dönüşebilmektedir (Terr 1991). Disosiyasyona ilişkin öneriler sınıflamalar dikkate alındığında gelişimsel süreçlerin normal ve patolojik disosiyasyon ayrımında temel rolü üstlendiği görülür. Gelişimsel psikopatoloji ise konuya ilişkin deterministik bakış açılarının ötesinde çok aşamalı çok yönlü açılımları barındıran süreç tanımlarını getirmeyi amaçlamaktadır. Yazının geri kalanında patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyonun gelişimsel süreçte izlediği değişim çizgisinin keşif ve ayırım noktaları, gelişimdeki süreklilik ve süreksizlikler, adaptasyon problemleri, psikopatoloji ve tekrar dengelenmede temel rol

oyun risk ve koruyucu faktörlerin karşılıklı etkileşimleri irdelenecektir.

### Gelişim ve psikopatoloji

Gelişim, organizmanın beraberinde getirmiş olduğu genetik özellikler bağlamında çevreyle etkileşimi sonucu fizyolojik, biyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal açılardan gittikçe daha karmaşık bir hale gelmesi ve bu kompleks oluşumların bütünleştirilmesini ifade etmektedir. Gelişim, biyolojik, sosyal, duygusal, bilişsel, ve linguistik açıdan organizmanın uyumunu en üst düzeyde sağlayabileceği değişim ve hiyerarşik bütünleşmeleri içeren bir özelleşme durumudur. Yaşamın ilk dönemleri yeni doğan için özelleşmemiş ayrık sistemlerin birlikteliğini ifade eder. Bununla beraber, gelişimle birlikte sistemlerin işlevlerinde bir özelleşme ve ayrışma, bunun yanında, bütünleşerek daha üst düzeyde bir yapının oluşumu meydana gelmektedir. Sroufe ve Rutter' e (1984) göre gelişimsel yapıların karmaşıklığına ve davranışsal farklılıklara karşın gelişimsel psikopatolojinin konusu, davranış bozukluğunun bireysel görüngülerinin ve nedenlerinin araştırılması ve açıklanmasıdır. Bu anlamda, ontojenik gelişimi açıklamada konuya normatif (normal gelişim kalıpları) ve ideografik (bireysel farklılıklar) bakış açısıyla yaklaşan gelişim kuramları karşılıklı olarak birbirlerinin öngörülerinden yararlanmaktadır. Farklı paradigmanın teorik karşılaştırmaları, normal gelişim eğrisine ilişkin bilgi vermenin yanında psikopatolojinin etiolojisinde rol oynayan faktörlerin açığa çıkarılmasında araştırmacılara çok değerli bilgiler sunmaktadır. Gottlieb'in (1991) bakış açısına göre, bireyin normal gelişimi, çevre ve organizmanın karşılıklı etkileşimleriyle birlikte, organizmayı oluşturan parçalar arasında yatay ve dikey etkileşimler bağlamında daha kompleks oluşumları ifade etmektedir. Bu model bağlamında yatay etkiler aynı düzeyde ortaya çıkarken (örneğin, gen-gen, hücre-hücre, birey-birey, çevre-çevre vs.), modelin dikey boyutu farklı düzeyler arasındaki geçişliliği (örneğin, hücre-doku, organizma-

çevre vs.) içermektedir. Piaget' e göre gelişim organizmanın uyum sağlaması ve dolayısıyla hayatta kalmasına hizmet eder. Organizmanın uyum sağlama işlevinde iki mekanizma önemli rol oynamaktadır: uyma (accommodation) ve asimilasyon (assimilation). Bilişsel gelişim kuramı bu mekanizmanın daha sık kullanımını tetikleyecek çevresel uyaranlardaki artış ve çeşitlilikle doğru orantılı olarak, organizmanın karmaşıklık düzeyinin artacağını varsaymaktadır. Bu anlamda gelişim, organizmanın bilişsel yapılarındaki dengenin bozulması ve bir üst düzeyde tekrar uyum sağlanması süreçlerinin bir ifadesidir (Piaget 1951). Her dengelenim bir yeniden yapılanmayı içerir. Her gelişim dönemi, organizmanın daha karmaşık ve üst düzeyde tekrardan yapılanmasını ve bütünleşmesini gerektiren ve bu sürece hizmet eden gelişimsel görevleri içermektedir. Her gelişim evresi bir önceki basamakta elde edilen kazanımları daha ileri götürerek bir şekilde bünyesinde taşır. Bu anlamda aşılması gereken döneme ilişkin engellerin, dönemin getirdiği sosyal, psikolojik, duygusal, biyolojik ve bilişsel olgunlukla uyumlu bir güçlük düzeyi olması ve geçmiş dönemlerdeki gelişimsel görevlerin kazanımlarla sağlıklı bir şekilde sonuçlanması sağlıklı bir sürecin işleminde önemli rol oynar. Gelişim dönemleriyle uyumlu yeterliliklerin kazanılmamış olması, organizmanın alt sistemleri arasındaki bütünleşmeyi, çevreye ve bir sonraki gelişim aşamasına uyum sürecini güçleştirici rol oynayabilir (Erikson 1950, Piaget 1951, Cicchetti ve Cohen 1995). Bu durum kaçınılmaz olmamakla beraber, yüksek bir olasılığı bünyesinde barındırır. Bu anlamda, gelişimsel psikopatolojinin bakış açısıyla ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkış süreci şu özellikleri içermektedir (Cicchetti ve Cohen 1995, Cicchetti ve Rogosh 2002):

a) davranış bozukları altında pek çok etkeni barındırır,

b) davranış bozukluğuna etki eden faktörler kişiden kişiye değişiklik gösterir,

c) belirli bir davranış bozukluğunu gösteren bireyler gözlenen belirtiler açısından heterojenlik gösterir,

d) kişiyi bir şekilde patolojik tepkiye götüren çok sayıda süreç vardır.

Bahsedilen başlıklar bağlamında gelişimsel psikopatolojiye ilişkin açılımlara en önemli katkılardan birisi genel sistem teorisinden gelmektedir. Hücrenin organik bir yapı olarak çevre ve kendi alt sistemleri arasındaki etkileşimlerini açıklayabilmek üzere kuramsallaştırılan sistem yaklaşımının öngörülerinden yararlanan gelişimsel psikopatoloji, davranış bozukluğunun altında yatan gelişim eğrisini açıklayabilmek için iki temel kavramı kullanmaktadır: eş sonluluk (equifinality) ve çok sonluluk (multifinality). Eş sonluluk (equifinality) kavramıyla açıklanmak istenen, bir tanı grubu içinde yer alan psikiyatrik bozuklukların etiolojisinde pek çok farklı etken ve bu duruma bağlı olarak pek çok farklı gelişim çizgisinin yer alabiliyor olması durumudur. Buna karşın, çok sonluluk (multifinality) kavramı aynı unsurun içinde bulunduğu ve işlev gördüğü yapıya ve bağlama göre farklı biçimlerde fonksiyon gösterebileceğini öngörmektedir. Daha özelden ifade edilecek olursa, aynı noktadan başlayan bir seri gelişim süreci farklı dönüşümlerle farklı noktalarda sonuçlanabilir. Dolayısıyla bireylerin benzer özellikler gösterdikleri belirli bir başlangıç noktasından itibaren başlayan değişim gelişimsel süreçte doğrusal değildir ve aynı sonuçları vermeyebilir. Bu durumun ortaya çıkmasında en önemli etken, gelişim boyunca her kişinin risk faktörleri ve korucu faktörler bakımından farklı bir transaksyonel süreci tamamlıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin, güvensiz bağlanan bir çocuk gelişim sürecinde bakım veren kişiyle bağlama biçimine, kişisel yeterliliklerine ve baş etme stratejilerine bağlı olarak karşılaşacağı durumlara sınırsız sayıda tepki sergileyebilir (Rutter ve Sroufe 2000, Cicchetti ve Rogosh 2002).

### **Gelişimsel psikopatoloji ve disosiyasyon**

Çok sonluluk ve eş sonluluk prensipleri psikopatolojinin zemininde yatan süreçlere ilişkin açıklamalarda çok geniş bir perspektif sunmaktadır. Bu anlamda gelişim sürecinde ortaya çıkan durumlar arasında normal ve normal olmayan arasındaki ayrımın etkili bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda öncelikle ortaya çıkan patolojinin, klinik ve subklinik görünümüne ilişkin olabildiğince farklı gelişim dönemlerini kapsayıcı bir tanımlamasının yapılması ve davranışa ilişkin tüm fenomenleri kapsamı içine alan bir çerçevenin oluşturulması gerekmektedir.

DSM-IV' te disosiyasyon bir bütün olarak işlev gören kimlik, bellek ve bilinç fonksiyonlarında bir bozulma veya değişim durumu olarak tanımlanmaktadır. Disosiyatif bozukluklar DSM-IV' de disosiyatif amnezi, disosiyatif füğ, depersonalizasyon, disosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk başlıkları altında tanımlanmıştır (APA 1994). ICD-10 disosiyatif bozuklukları nevroitik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar başlığı altında daha geniş bir spektrum içinde kavramlaştırmaktadır. ICD-10' un disosiyatif patolojiye ilişkin alt tanı başlıklarını, disosiyatif bellek kaybı, disosiyatif füğ, disosiyatif stupor, trans bozuklukları, disosiyatif motor bozukluklar, disosiyatif konvülsiyonlar, disosiyatif anestezi ve duyu kaybı, karışık tip disosiyatif bozukluklar, başka disosiyatif bozukluklar ve disosiyatif bozukluklar belirlenmemiş oluşturmaktadır. Bu yaklaşımda disosiyasyon kavramı ilk başta kavramlaştırıldığı gibi çok geniş bir spektrum bağlamında ele alınmaktadır (ICD-10 1992). Kuzey Amerika' da disosiyatif fenomen daha çok ayrılmış bilişsel süreçlerle tanımlanmaya çalışılırken, Kuzey Avrupa' da vücudun bütünlük içinde işlev görme durumundaki çözümlerle olguya yaklaşılmaktadır. Disosiyasyonun somatik öğelerini öne çıkaran bu yaklaşıma göre somatoform disosiyasyon,

bedensel yaşantılarda, tepkilerde ve işlevlerde somatik unsurlar arasındaki bütünlüğün kaybedilmiş olması durumudur (Nijenhuis 2004). Putnam (1997) disosiyatif semptomları iki geniş kategoride ele almaktadır: amneziler ile bellek işlevlerine ilişkin belirtiler ve disosiyatif süreçte işlevlerle ilişkili belirtiler. Amneziler veya hafızaya ilişkin belirtiler, zaman yöneliminin kaybı, temel bilgilerde karmaşa yaratacak ölçüde unutkanlık, otobiyografik hafızada boşluklar, hatırlanan şeylerin kaynağına ilişkin amnezi ve zorlayıcı anılar (disosiyatif/travma sonrası flashbackler, gibi). Disosiyatif süreç belirtileri içinde ele alınan depersonalizasyon, derealizasyon, tepkisizlik, duyuşsal halisünasyonlar, trans durumları, ayrılmış kimlik durumları (çoklu kimlik bozukluğu, gibi) ve kişiye özel bilişsel değişimler disosiyatif bağlam içinde düşünülen düşünce bozukluklarıdır. Bu anlamda DSM-IV' te sınırları çizilen disosiyatif bozukluk tanı kriterleri, disosiyatif spektrumun semptomatik çeşitliliğini tanımlamaktan çok uzak olduğu gerekçesiyle eleştirilmektedir (Putnam 1997).

Klinik olarak gözlenen bir fenomenin kapsamlı bir tanımının yapılabilmesi, olguların normalden ayırımının yapılarak normal olmayan içinde sınıflandırılabilmesine olanak tanıyan kriterlerin belirlenmesiyle yakından ilişkilidir. Bu anlamda normal ve normal olmayanın ayırımı ruhsal rahatsızlığı sınıflandırmaya öncelik veren kategorik yaklaşımın yanı sıra, gelişimsel psikopatolojinin disiplinler arası bakış açısında da önemli rol oynamaktadır. Bu anlamda normal ve normal olmayan arasındaki geçişlerin belirlenmesi, bu iki ayırım arasındaki süreklilik ve süreksizlikler, psikopatolojiye ve gelişimsel süreçte rol oynayan etiyolojik faktörlere ilişkin klinik iç görüyü artırıcı yönde işlev görmektedir. (Cicchetti ve Cohen 1995, Rutter ve Sroufe 2000). Bir davranışın normal olmayan sınıflamasında yer alabilmesi için davranışta tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlikler taşınması nedeniyle normal olandan ayrılmaktadır. Psikopatolojinin sınırları içinde ele alınan davranışın aynı zamanda

sürekli ve yineleyici olması, kişinin iş hayatında ve kişiler arasındaki ilişkilerinde işlevselliğini bozuyor olması gerekmektedir (Öztürk 2001).

Normal ve normal olmayan ayırımının yapılabilmesi için öncelikli bir diğer kriter de patolojinin farklı gelişim dönemlerdeki görüngülerinin yeterince tanımlanmış olması ve gelişim döneminin getirdiği özelliklerden bağımsız olarak değerlendirilmesidir. Disosiyatif bozuklukla ilişkili olarak çocuklar üzerine yapılan araştırmaların sınırlı sayıda oluşu ve yapılan çalışmaların daha çok geriye dönük araştırma deseniyle yetişkin psikiyatrik hastalar ve normal popülasyon üzerinde yapılması, gelişimin erken dönemlerine ilişkin yeterli ve güvenilir bilgi birikiminin elde edilememiş olması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum gelişimin erken dönemlerinde disosiyatif yaşantılarla gelişim dönemlerinin özellikleri arasındaki benzerliklerden de kaynaklanmaktadır (Silberg ve Nemzer 1998). Çocukluk döneminde disosiyasyona yatkınlık, doğal olarak ortaya çıkan durumlarda bilinçte kendiliğinden ortaya çıkan disosiyatif değişimlerin sıklığı ve durağanlığı bağlamında ele alınmalıdır (Putnam 1995). Disosiyatif bozukluk tanısı konulan çocuklarla ilişkili yapılan çalışmalarda bazı belirtilere tipik olarak rastlanmaktadır. Bu çocuklarda, trans veya konfüzyon benzeri davranışlar, depersonalizasyon ve istem dışı davranışlar gözlenmiştir. Kimliğe ilişkin birbirinden farklı özellikler taşıyan kişiliklere ait farklı davranış biçimleri, yaşta spontan gerilemeler, kişilikte ani değişimler bildirilmektedir. Çocuklarda disosiyatif bozukluk tanısına eşlik eden en önemli özellik açıkça gözlenebilen bellek boşluklarıdır. Bu anlamda, günlük yaşantılar ve yakın geçmiş zamana ilişkin hatırlanamayan dönemler veya sonradan başkaları tarafından ifade edilen davranış ve eylemler vardır. Bellekteki boşluklara genellikle şahit olunan bir şeyin algılanmaması, amnezi, dikkat dağınıklığı ile yoğunlaşmama, bilişsel performansta dağınıklık ve dışsal uyaranlara

transa benzeyen davranışsal tepkiler eşlik eder (Horstein 1996).

Disosiyasyon kavramı olgusal olarak geniş bir çerçeveyi kapsamakta, bu anlamda disosiyasyonu farklı düzeyleri arasında süreklilik gösteren bir özellik veya taksonomik bir ayırım içinde değerlendirmeye alan yaklaşımlar önerilmektedir (Putnam 1997). Klinik görüşme formları ve tarama araçları yardımıyla ölçülebilen disosiyasyonun kişilerde gözlenen sürekli veya durumluk bir özellik olarak ele alınabilmesi, disosiyatif fenomenin boyutlarıyla ilişkilidir. Patolojik olmayan disosiyasyon durumsal olarak değişim gösterebilen uyum sağlamaya yönelik bir özellik olmasına karşın, patolojik disosiyasyon kişinin işlevselliğini bozucu yönde etki eden süregelen bir durumdur (Irwin 1999). Patolojik olmayan disosiyasyon dikkatin bir noktada yoğunlaştığı veya belirli bir ilgi merkezi tarafından soğurulduğu, içsel durumlara ve dışarıdaki olaylara ilişkin bilinçli algıda ciddi anlamda bir düşüşün ifadesidir. Yetişkin ve çocuklarda gözlenen patolojik olmayan disosiyasyon iki unsuru bünyesinde barındırmaktadır: Absorbsiyon ve fantezi kurmaya yatkınlık (Eisen ve Lynn 2001).

Absorbsiyon, zihnin bir fanteziyle meşgul olduğu süre içinde kişinin dış dünyadaki gerçekliğe ilişkin farkındalığının geçici olarak kaybolması durumu olarak tanımlanmaktadır (Ray 1996). Fanteziye yatkınlık, uzun süre boyunca derin hayallere dalabilme kapasitesidir. Bir otomatik pilotmuş hissi doğuran ve çok canlı bir şekilde yaşantılanan hayallenmeleri (daydreaming) kapsayan; dış dünyaya ve gerçek bağlamı içinde problemlere ilişkin farkındalığın kaybolduğu hayal kurma ve imajinatif etkinlikler, disosiyasyon fenomeninin alt boyutları içinde ele alınmaktadır (Eisen ve Lynn, 2001). Bununla beraber patolojik disosiyasyon, etkileri çok daha uzun süren normalden ciddi düzeydeki sapmaları temsil etmektedir. Patolojik disosiyasyon depersonalizasyon, amnezi, kimlik dağınıklığı ve derealizasyon gibi adaptif olmayan

savunmaları içermektedir. Otobiyografik hafızada amneziler, otomatizma (automatization), ayrışma (compartmentalization), bilişsel süreçler ve duygu durumunda ortaya çıkan ani değişimler (switching behavior) patolojik disosiyasyonun klinik boyutunda ele alınan disosiyatif bozukluklarda tipiktir (Putnam, 1995, 1997).

DSM-IV amnezileri beş başlık altında sınıflandırmaktadır: sınırlı bir zaman dilimini kapsayan lokal amneziler, geçmişe ilişkin belirli bir olayın anımsanamadığı selektif amneziler, geçmişin tamamen kaybolduğu genel amnezi, geçmişteki belirli bir zaman diliminden itibaren bellek sistemlerinde kodlama ve çağrışımların yapılamadığı süregelen amneziler ve belirli özellikleri taşıyan olayların hatırlanamadığı sistematik amneziler (APA, 1994). Dissosiyatif amneziler ise dört özelliği ile diğer amnezilerden ayrılmaktadır. Birincisi disosiyatif amneziler tek bir olaya ilişkin olmaktan çok geniş bir grup anının hatırlanamaması ile belirgindir. İkinci olarak, hatırlanamayan bilgiler günlük yaşamdaki bilinç farkındalığına ilişkin sıradan bir olay olarak kabul edilir. Üçüncü olarak, yeni bilgileri belleğe alma, çağırma ve kullanma fonksiyonları, normal bilişsel fonksiyonlarla ve dil kapasitesiyle birlikte bir bütün olarak işlev görmeye devam eder. Son olarak, normal bellek içinde ayrılmış olan bellek kayıtları ve bilgiler şekil değiştirmiş bir biçimde sembolik formlar olarak ortaya çıkarlar (örneğin, somatoform belirtiler gibi) (Putnam, 1995).

Günlük yaşantıda normal disosiyasyonun sağladığı önemli avantajlardan biri, dikkatin birden fazla bilinç akımı içinde bölerek, aynı anda birden fazla zihinsel sürecin yerine getirilebilmesine olanak sağlamasıdır. Bu durum otomatik dikkat davranışı veya otomatizma olarak tanımlanmaktadır. Disosiyatif otomatizma davranışı ise, bilinçli olarak kontrol edilemeyen otomatik davranış epizodlarını içerir. Dissosiyasyonda görülen ayrışma (compartmentalization) anılar, bilgiler, deneyimler, edimler ve duygularda birbirinden



farklılaşmış bilinç durumlarını ifade eder. Bu durum özellikle çoklu kimlik bozukluğunda patolojinin çekirdeğini oluşturur (Putnam 1997).

Dissosiyasyonda travma modeli, bozukluğun etiolojisinde kabul gören bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, travma sonrası ortaya çıkan belirtiler semptomlar da disosiyasyon spektrumunda kabul edilmektedir (Putnam 1997, Van Der Kolk 1998, Van Der Kolk ve Van Der Hart 1998, Nijenhuis, 2000). Bu anlamda, disosiyasyon spektrumunda ele alınan, travma sonrası semptomlar, olay anında korku, çaresizlik ve dehşet duygularının yoğun olarak yaşandığı, tekrar yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerini içermektedir. DSM-IV yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda travma sırasında disosiyatif ve ajite belirtilerin yoğunluğuyla belirli bir farklılığı öngörmektedir. (APA 1994). Scheeringa ve arkadaşları (1995, 2001) erken çocukluk döneminde ortaya çıkan travmayla ilişkili semptomların değerlendirilmesinde, dönemle uyumlu gelişimsel özelliklerine uygun olarak çocukların kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri ve bu dönemde gözlenen semptomların özelliklerine göre travma sonrası bozukluğun tanı kriterlerinde bir alternatif düzenleme önermektedirler. Bu yeni düzenlemeye göre çocuklardan travma karşısında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını ifade etmeleri beklenmemelidir. Travmanın tekrar yaşanmasıyla ilgili travmanın tekrar canlandırıldığı oyun, oyununun tekrarlanarak oynanıyor olması, tekrarlayan çağrışımlar, kabuslar, psikiyatrik olarak tanımlandığı biçimiyle disosiyasyon veya flashbackler veya olayı çağrıştıracak uyarılarla karşılaşıldığında stres reaksiyonu olmak üzere yalnızca bir tanesinin varlığı yeterlidir. Aynı zamanda kaçınma/çekilme semptomlarından üç tanesinin yerine, oyunlardan sıkılma, göreceli olarak sosyal çekilme, duygusal kısıtlılık ve kazanılmış gelişimsel becerilerin kaybı gibi bir grup semptomdan yalnızca birinin eşlik ediyor olması gerekmektedir. Bunun yanında, uyku

terörü, karanlık veya kabus görme korkusundan kaynaklanmayan uykuya dalma güçlükleri, kabus veya uyku teröründen kaynaklanmayan gece uyanmaları, dikkati toplayamama, hipervijilans ve abartılı irkilme tepkilerini kapsayan aşırı uyarılma semptomlarından yalnızca birinin varlığı yeterli görülmektedir. Scheeringa ve arkadaşları (1995, 2001) erken çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik olaylar karşısında çocuklarda gözlenen travma sonrası reaksiyonların daha yeterli bir tanımının yapılabilmesi için, öncesinde aynı tepkiyi vermediği halde, irritabilite, ayrılık anksiyetesi, tuvalete yalnız gitmekten korkma, karanlıktan korkma, travmayla doğrudan ilişkili olmayan durumlara veya nesnelere korku tepkisi verme gibi yeni bir grup semptom sınıfının tanı kriterlerine eklenmesini önermektedirler. Travmaya maruz kalan ergenlerde ise, tekrarlayıcı imajinasyonlar, aşırı hareketlilik ve öfke, uykuya dalma güçlüğü ve konsantrasyon bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Diğer sık karşılaşılan semptomlar öncesinde eğlenceli bulunan etkinliklere ilgi kaybı, aile ve arkadaş grubuyla olan ilişkisinde çekilme belirtileri, yaşama ilişkin tutumlarda önemli değişimleri içermektedir (Amaya-Jackson ve March 1995). Uzun süreli travmaya maruz kalmış olan ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının kronikleştiği ergenlerde, yoğun olarak disosiyatif semptomlar, duyarsızlaşma, üzüntü, duygusal kısıtlılık, benlikte ayrışma, kendine zarar verme, madde kullanımı ve öfke patlamaları gözlenmektedir (Terr 1991, Famularo ve ark. 1991, Famularo ve ark. 1996).

### **Gelişim ve disosiyasyon**

Gelişim normal akışı içinde daha kompleks bir hale gelme ve bu kompleks yapının süreç içinde daha da bütünleşmesini içerirken, disosiyasyon bütünlük taşımayan bir karmaşıklık ve özelleşmeyi kapsar. Okul öncesi çocuklarında disosiyatif savunma mekanizmalarını kullanmaya eğilim ve disosiyasyonun gelişimsel süreçte geçirdiği

değişim sürecini incelemeye yönelik çalışmalar, okul öncesi dönemde disosiyasyona yatkınlığın tipik olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, Piaget' in işlem öncesi evrede yer alan sembolik ve sezgisel dönemin özellikleriyle binışen disosiyasyonun, normal gelişim döneminin niteliklerinden ayırt edilmiş bir şekilde tanımlanabilmesi metodolojik problemleri beraberinde taşımaktadır. Yapılan sınırlı sayıda çalışmanın sonuçları, hipnoza yatkınlıkla paralel bir değişim çizgisi gösteren disosiyatif eğilimin çocukluk ve ergenlik boyunca yüksek olduğu, 9-10 yaşlarında zirveye ulaştığı ve sonraki süreçte ise azaldığı bildirilmektedir. Bununla beraber, bakım verenlerden çocuğa yansıyan aile içi cinsel, fiziksel istismar ve ihmal davranışına bağlı olarak disosiyatif gelişim sürecinde özellikle patolojik disosiyasyonun ergenlikten sonra da artarak devam ettiği, kötü muameleye maruz kalan çocuk ve ergenlerin benlik gelişiminde bütünleşmeden daha ziyade, disosiyasyonun eşlik ettiği bir ayrışma sürecinin gelişime eşlik ettiği gözlenmiştir (Putnam 1995, Ogawa ve ark. 1997, Macfie ve ark. 2001). Çoklu kimlik bozukluğu tanısı alan hastalar geçmişe yönelik bildirimlerinden, patolojik ayrılmış kişiliklerin okul öncesi dönemde, 5-6 yaşlarından önce ortaya çıktığı anlaşılmaktadır (Peterson 1990, Putnam 1993). Cinsiyetlere göre psikopatolojinin altında yatan risk faktörleri ve dengeleme mekanizmaları, takip ettiği süreç ve ortaya çıkış biçimleri bakımından da farklılıklar gösterebilmektedir. Disosiyasyonun çocukluk döneminde cinsiyetlere göre dağılımı farklılık göstermediği belirtilmektedir (Kluft 1996). Normal ve psikiyatrik hastaları içine alan geniş ölçekli bir tarama çalışmasında da patolojik, patolojik olmayan ve toplam DES puanlarına göre cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Spitzer ve ark. 2003).

Dönemlere göre gelişim sürecinde normal ve patolojik davranışın yeterli bir değerlendirmesinin yapılabilmesi için davranışlarda gözlenen süreklilik ve

süreksizliklerin tanımlanması gereklidir. Bu anlamda Kagan tarafından tanımlanan iki çekirdek kavram önem taşımaktadır. Sergilenen bir davranışın altında yatan aynı nedensel sürecin farklı gelişim dönemlerinde karakteristik bir davranışta ifadesini bulması durumuna **homotipik süreklilik (homotypic continuity)** denilmektedir ki normal ve patolojik davranışların gelişiminde nadiren karşılaşılan bir durumdur. Homotipik süreklilik belirli davranış kalıplarının gelişim dönemleri boyunca benzer nedenlerle aynı biçimde sergilenmesidir. Örneğin, bebeklik döneminde beklenmeyen durumlar karşısında verilen korku tepkisi aynı nedenle geç çocukluk döneminde de görülebilir. Bununla beraber, **heterotipik süreklilik (heterotypic continuity)** davranışın zemininde aynı nedensel süreci barındırmasına karşın, farklı gelişim dönemlerinde farklı davranışsal tepkilerin ortaya çıkmasıdır. Örneğin, zor mizacı olan bebeklerde dışsallaştırma problemleri olması beklenir. Ancak dışsallaştırma probleminin ortaya çıkma biçimleri erken çocuklukta ve ergenlikte farklı biçimlerde gözlenir (Cicchetti ve Rogosh 2002). Bu anlamda, gelişimsel psikopatolojinin bakış açısıyla, klinik ve normal popülasyonda yaygın olarak çok geniş bir spektrum içinde gözlenebilen patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyon, gelişim sürecinde bir sonuç değişkeni olarak takip ettikleri mecralar ve sebep değişkenleri açısından kendi içinde süreksizlik göstermektedir. Absorbsiyon, otayol hipnozu ve fantezi kurmaya yatkınlık gibi fenomenleri barındıran normal disosiyasyonun etiolojisi bakımından genetik ve normal gelişimsel özelliklerle daha fazla ilişkili ve daha çok durumluk niteliği taşıyan bir düzeyi ifade etmekte olduğu halde, patolojik disosiyasyonun travmayla ilişkili olduğu, gelişimsel olarak farklı bir yol takip ettiği ve süregelen bir özellik olduğu görülmektedir (Putnam 1997, Ogawa ve ark. 1997, Irwin 1999).

Disosiyasyon geçmişte yaşanmış travmalardan bağımsız olarak duygu durum



düzenleyici olarak tampon görevi gören bir savunma mekanizmasıdır (Boysan ve ark. 2009). Normal sınırlar içinde olduğu kabul edilen disosiyasyondan farklı olarak, patolojik disosiyasyon pek çok ruhsal rahatsızlığa komorbid olarak eşlik etmektedir. Disosiyatif bozukluk tanısı alan 105 kişinin katıldığı bir araştırmada, denek grubunda en sık gözlenen kişilik yapılarının kaçınan kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve pasif-agresif kişilik bozukluğu olduğu gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada denekler disosiyatif bozukluk tanısına ek olarak eksen I sınıfında yer alan bozukluklardan majör depresyon (%97), panik bozukluğu (%74) ve obsesif kompulsif bozukluk (%68) tanısı almışlardır (Ellason, Ross ve Fuchs 1996). Somatoform bozukluk (Nijenhuis ve ark. 2003, Guz ve ark. 2004), konversiyon bozukluğu (Tezcan ve ark 2003; Guz ve ark..2004), yeme bozukluğu (Demitreack ve ark. 1990, Mccallum ve ark. 1992, Everill, Waller ve McDonald 1995), borderline kişilik bozukluğu (Paris ve Zweig 1997, Goodman ve ark. 2000), alkol kötüye kullanımı (Whiffen ve Macintosh, 2005) komorbid olarak patolojik disosiyasyonun en sık gözleendiği rahatsızlıklardır. Bunun yanında, patolojik disosiyasyonun somatizasyon eğilimiyle doğrudan ilişkisinden dolayı Kuzey Avrupa yaklaşımı disosiyasyonun bedensel ayrışma olarak tanımlanmaktadır (Nijenhuis 2004). Konuyla ilişkili ışık tutan bir araştırmada ruhsal rahatsızlıklarda gözlenen yüksek düzeydeki patolojik disosiyasyonla, diğer rahatsızlıklardan ayrı olarak tanı alan disosiyatif bozukluk hastalarındaki patolojik disosiyasyon düzeyleri arasında süreksizlik olduğu bildirilmiştir. Normal populasyon ve 11 kategori olarak ele alınan patolojik grup içinde başta çoklu kimlik bozukluğu olmak üzere, disosiyatif bozukluğun diğer tanı başlıkları içinde değerlendirilen hastaların disosiyasyon düzeyleri bakımından patolojik sınıflandırmalar içinde farklı bir grubu temsil ettiği belirtilmektedir (Putnam ve ark., 1996).

### Gelişimsel modeller ve disosiyasyon

Gelişimsel açıdan disosiyasyona ilişkin bilgi verici önemli bir çalışma alanını hipnozla ilgili araştırmalar oluşturmaktadır. Disosiyasyonla hipnoz arasında bağ kurulmasının sebebi üç olgusal başlık altında özetlenebilir. Bunlardan ilki disosiyatif bozukluk tanısı alan hastaların önemli ölçüde hipnoza yatkın olmalarıdır. Disosiyatif savunma mekanizmalarını patolojik tanı kapsamına girecek ölçüde, yoğun olarak kullanan hastaların hipnoza yatkın olmalarına karşın, hipnoza yatkın kişilerin klinik olarak disosiyatif olmadıkları görülmektedir (Kluft, 1996). İkinci olarak, hipnoz seanslarında çoklu kimlik bozukluğunda klinik olarak gözlenebilen amneziler, füğ, konversiyon semptomları, pozitif ve negatif halusinasyonlar gibi pek çok fenomen ortaya çıkarılabilmektedir. Üçüncü olarak hipnoz çoklu kimlik bozukluğunun tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (Whalen ve Nash 1996).

Disosiyasyon kontrolsüz bir otohipnoz durumudur (Butler ve ark. 1996). Hipnoza yatkınlık, disosiyasyonun yanında iki unsuru daha içerir: absorpsiyon ve telkine yatkınlık (Spiegel ve ark. 1995; Eisen ve Carlson 1998). Çocukluk yıllarında süregelen bir biçimde travmatik durumlara maruz kalan kişilerden doğuştan hipnoza yatkın olanların, karşılaştıkları stres durumlarında disosiyatif savunmaları bir baş etme stratejisi olarak benimsedikleri görülmektedir. Bu kişilerde görülen bedensel anestezi, vücut algısındaki değişimler ve amnezi yaygın olarak bildiren durumlardır. Süregelen biçimde yaşanan travmatik durumlara karşı gelişen disosiyatif savunma mekanizmalarının, kaçınılması güç görülen travmatik durumlar karşısında acıya dayanmayı sağladığı, olayın psikolojik etkilerini ve yaşanan durumdan dolayı hissedilen utancı azaltmaya hizmet ettiği düşünülmektedir. Hipnoza yatkınlıkla ilişkili olduğu bilinen disosiyatif savunma mekanizmalarının yaygın olarak kullanılması sonucu, disosiyatif spektrumda gözlenen en ciddi psikiyatrik

rahatsızlık, disosiyatif kimlik bozukluğudur (Terr 1991, Butler ve ark. 1996).

Kluft (1984, 1996) disosiyatif kimlik bozukluğunun etyolojisine ilişkin çok boyutlu bir gelişimsel bir model önermektedir. Modele göre disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı alan kişilerde patolojinin ortaya çıkışında 4 faktör birlikte etkin rol oynamaktadır:

1) Disosiyatif bozukluk tanısı alan hastalar disosiyatif savunma mekanizmalarına biyolojik yatkınlık gösterirler. Bu durum hipnozda gözlenen yüksek eğindirim (suggestibility) ve hipnotik telkine yatkınlıktan (proneness to hypnotic induction) bağımsızdır.

2) Bu hastaların geçmişlerinde örseleyici travmatik yaşantılar bulunmaktadır. Bu gruptaki travmatik yaşantılar kişinin dengeleyebileceği düzeyin çok üstünde olmakla beraber, çevreye uyumu bozucu disosiyatif savunma mekanizmaları dışındaki diğer uyuma yönelik savunma mekanizmalarını zafiyete uğratmıştır.

3) Patolojiyi şekillendirici etkiler ve altta yatan yatkınlık karşılıklı etkileşim içinde disosiyatif savunma mekanizmalarının ortaya çıkış biçimini ve düzeyini belirler. Burada vurgulanmaya çalışılan, disosiyatif süreçlerde yer alan pek çok unsurun, kişiye özel bir bileşim olarak intrapsişik yapı ve dinamikler ile çevresel etkilerin karma etkileşimlerine bağlı olarak ortaya çıkması durumudur. Bu unsurlar kalıtsal etkilerin yanı sıra 1. ve 2. maddelerde belirtilen özelliklerin var olması halinde, yalnızca disosiyasyon için, otopnoz, biliş ve bellek süreçleri içine alan çok boyutlu sistemin yapılanma biçimi, ego durumları fenomeni, duygu durumuna bağlı bellek, psikoanalitik literatürde öngörülen pek çok gelişim eğrisi, içe alma süreçleri, içselleştirme ve özdeşim, duygudum özellikleri ve daha pek çok olguyu kapsar.

4) Disosiyatif bozukluk tanısı alan hastaların ve özellikle patolojik disosiyatif savunmalara yatkınlığı olan kişilerin geçmiş yaşantılarında, güven verici ve psişik yapıları

onarıcı deneyimlerin eksikliği dikkat çekmektedir. Özellikle çocuklarda, maruz kaldıkları olumsuz koşulların değiştirilmesi sonucu bir kısmında gelişmeye başlayan disosiyatif bozukluk vakalarının kendiliğinden remisyona girdiği, diğerlerinin ise törepatik yaklaşımlara büyük oranda ve çok hızlı bir şekilde olumlu tepki verdiği gözlenmiştir.

Bowlby' e (1988) göre bağlanma davranışı primatlarda evrim süreciyle birlikte kazanılmış, yeni doğanı tehlikelerden koruyan bir davranış biçimidir. Bebekler beklemedikleri bir durumla karşılaştıklarında, kendini koruyabilecek olan bağlanma nesnesine yakınlık gösterirler, onu güvenli bir dayanak olarak kullanırlar ve ona sığınır. Bakım verenin yakın, kabul edici, empatik ve çocuğun tepkileriyle uyumlu davranışları, çocukta sevgiye değer ve bakım verilebilecek kadar kıymetli olduğuna ilişkin bir iç görünüm gelişmesiyle sonuçlanır. Olumlu bir benlik imajı ve bağlanma nesnesine ilişkin güven dolu bir içsel temsil oluşur. Bowlby (1988) bu durumu güvenli bağlanma olarak adlandırmaktadır. Buna karşın bakım verenin reddedici, ilgisiz ve aşırı endişeli tutumları çocukta değersizlik hissi ve bağlanma nesnesinin olumsuz içsel tasvirleriyle sonuçlanır. Bu durum ise güvensiz bağlanma olarak tanımlanmaktadır. Bağlanma biçimi çocuğun sonraki yaşamında da kendisi için stres yapıcı durumlarda ve genel anlamda kişiler arası ilişkilerinde verdiği tepkilerin temelini oluşturur. Bağlanma tipleri üç başlık altında sınıflandırılmaktadır: bakım verenle ayrı kalma durumu sonrasında sevgi ve özlemle bir yeniden birliktelik durumuna kolayca geçebilen güvenli bağlananlar; anneye olan tepkilerini bir türlü bastıramayan ve çok zor sakinleşen kaygılı/ambivalent bağlananlar ve anneye olan kızgınlığı belli olduğu halde hiçbir tepki vermeyen kaygılı/kaçıngan bağlananlar (Svanberg 1998).

Main ve Solomon (1986) yaptıkları çalışmada bu üç grubun içinde sınıflanamayacak, farklı ve hatta tuhaf özellikler taşıyan, güvensiz/dezorganize tip

olarak tanımladıkları bir dördüncü grubun varlığına işaret etmektedirler. Dezorganize tip olarak adlandırılan bu dördüncü bağlanma tipindeki çocukların gösterdiği davranışlar Main ve Solomon' un (1986) çalışmasında şu şekilde sıralanmaktadır:

(a) ardı ardına gelen veya birlikte gözlenen çelişkili davranışsal yapılar,

(b) yönelimi bozuk, belirsiz, tamamlanmayan ve aniden kesilen hareketler ve ifadeler,

(c) garip hareketler ve postürler, asimetric ve yersiz hareket biçimleri,

(d) donma, hareketsiz kalma ve su altındaymış gibi yavaşlamış hareket ve ifadeler,

(e) aileden birini gördüğünde açık bir şekilde korkuya kapılma emareleri,

(f) dezorganize davranış ve yönelim bozukluğuna ilişkin belirgin emareler.

Liotti (1992) güvensiz/dezorganize bağlanma tipinin karakteristik davranış özelliklerinin disosiyasyona çok benzediğini ve bu bebeklerin sonrasında disosiyatif bozukluk tanısı alma olasılığının yüksek olduğunu öne sürmüştür. Dezorganize bağlanma tipinin özellikleriyle ilişkili olarak sıraladıkları başlıkların, disosiyatif semptomotolojiyi çağrıştıran yönleri açıkça görülmektedir. Bağlanma tipilerine ilişkin çalışmalarda düşük risk grubundaki ailelerin çocuklarında dezorganize bağlanma tipinin görülme sıklığı %13-%14 civarında değişmesine karşın, ailede kötü davranışa maruz kalmış çocuklar arasında bu oranın çok daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Konuyla ilgili araştırmaları kapsayan bir meta analizde, genel olarak, güvensiz/dezorganize bağlanma tipinin gözlemlendiği çocukların annelerinin korkulu ve disosiyatif davranış patternleri sergiledikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada dezorganize bağlanan çocukların aile içinde çok yaygın biçimde kötü muameleyle karşılaştıkları pek

çok çalışmanın sonucunda görülmektedir (Van Ijzendoorn ve ark., 1999, Cassidy ve Mohr, 2001).

Güvenli bağlanan grupta yer alan kişilerin, özellikle travmatik durumlar karşısında duygusal düzenleme mekanizmaları sağlıklı bir şekilde işlediği için daha dirençli ve daha çabuk dengeye kavuşarak baş etme stratejilerini uyuma yönelik bir şekilde kullandıkları görülmektedir. Buna karşın kaygılı/ambivalent ve kaygılı/kaçınan grupta yer alan kişilerin patolojik olduğunu ifade etmek yanlıştır. Bu kişiler karşılaştıkları stres doğurucu yaşam olayları karşısında duygusal dengelerine daha geç ulaşmakta ve güvenli bağlanana oranla çok daha fazla çaba sarf etmeleri gerekmektedir. Yine de bu iki bağlanma tipinde yer alan kişilerin yaşam streslerine karşı yerleşik baş etme stratejilerinin olduğu görülmektedir. Bu anlamda düşük benlik saygısı, anksiyeteye yatkınlık ve sosyal ilişkilerde güçlüklerle ilişkili olduğu gözlenen kaygılı/ambivalent ve kaygılı/kaçınan bağlanma tiplerinin doğrudan psikopatolojik olduğu söylenemez. Ancak güvensiz bağlanan gruptakiler arasında güvensiz/dezorganize bağlanma tipi hepsinden farklı olarak stres verici durumlara karşı yerleşik bir baş etme stratejisi oluşturamamış bir gruptur. Bu anlamda özellikle travmalar karşısında psikopatolojiye en yatkın grup olarak bu bağlanma tipi en yüksek riski taşıyan gruptur (Cassidy ve Mohr 2001, Svanberg 1998, George ve West 1999).

Andreson ve Alexander'ın (1996) ABD' de geçmişte aile içinde enjekte maruz kalmış kadınlarla yaptıkları çalışmada, disosiyatif yaşantı ölçeğinden en yüksek puanların, terminolojik sınıflamada dezorganize tip bağlanmaya karşılık gelen korkulu/kaçınan bağlananlar tarafından alındığı görülmüştür. Schuengel ve arkadaşlarının (1998) Hollanda'da 78 anne ile yapmış oldukları yapısal analiz sonucunda, geçmişinde yaşanan çözümlenmemiş travmatik yaşantıların (yakın birinin kaybı gibi) annelerin disosiyatif

yaşantılarıyla yakından ilişkili olduğunu bulunmuştur. Güvensiz bağlanan ve dezorganize grupta yer alan ebeveynler yoluyla travmanın kuşaktan kuşağa aktarıldığı, çocukların bağlanma davranışına olumsuz etkileri sonucu olası travmatik durumlara karşı kişiyi dirençsiz kıldığı ve disosiyatif semptomlara yatkın hale getirdiği ifade edilmektedir (Armsworth ve Stronck 1999, Yates 2004, Burk ve Burkhart, 2003).

Disosiyasyonun gelişimsel olarak takip ettiği sürece ilişkin çalışmalarda klinik yetişkin grubun çalışmaya dâhil edildiği, araştırma desenlerinin ise geriye yönelik ve sınırlı sayıda patolojik ve psikolojik veriyi kapsadığı görülmektedir. Disosiyasyon konusunda hızla artan bilgi birikiminin ağırlıklı olarak öngörülen araştırma desenlerine uyan metotlarla elde edilmesi araştırma sonuçlarına ilişkin bir grup problemi beraberinde barındırmaktadır. Çalışmaların ağırlıklı olarak psikiyatri kliniklerine başvuran yetişkin hastalar üzerinde yapılmış olması, disosiyatif fenomenin daha erken gelişim dönemlerindeki görünüşleri ve barındırdığı unsurlar bakımından disosiyasyonda patolojik ve normatif gelişimi ayırt edici yönde tanımlamaların yapılabilmesi konusunda sıkıntılara neden olmaktadır. Yine disosiyatif yaşantıların bilinç ve hafıza işlevlerinde sebep olduğu değişimler, denekler tarafından bildirilen erken dönem travmalarının gerçekteki varlığına ilişkin şüpheler oluşturmaktadır (Merkelbach ve Peter, 2001). Araştırmalar sonucu elde edilen bilginin disosiyatif bozukluğun gelişimsel etiolojisini yeterince güvenilir bir biçimde açıklıyor olabilmesi için ileriye dönük, boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Konuya ilişkin en kapsamlı ve en uzun süren boylamsal çalışmada, Ogawa ve arkadaşları (1997) yüksek risk taşıyan grupta aşağıdaki sonuçları bildirmektedirler. Bu çalışmanın sonuçları özetlenecek olursa, travmanın süreğenliği, şiddeti ve maruz kalınan yaş bakımından geriye gidildikçe, dissosiyasyon düzeyinde artış olduğu

görülmektedir. Endişeli/güvensiz ve dezorganize/güvensiz tipteki bağlanmaların her ikisi de disosiyasyonun güçlü belirleyicisidirler. Bu anlamda bulgular Liotti (1992)'nin teorik açımı ve pek çok çalışmayla uyumludur. Ancak endişeli/güvensiz bağlanmanın disosiyasyonla arasındaki ilişki ilk defa ortaya konulmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuzluklar ve stresle baş etme yöntemi olarak disosiyasyon uyum sağlamaya yönelik normatif bir tepki olmasına karşın, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde disosiyatif savunmalar psikopatolojinin önemli bir belirleyicisidir. Sonraki yaşam dönemlerinde karşılaşılan travma sonucu disosiyatif bozukluk gelişme ihtimali erken dönemde kazanılan dezorganize bağlanma tipiyle yakından ilişkilidir. Son olarak da patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyona atfedilen, normal ve normal olmayan ayrımlarını teyit eder bir şekilde, arasındaki gelişim dönemleri sürecinde birbirinden ayrı bir çizgiyi takip etmektedirler. Öyle anlaşılıyor ki, patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyon kendi arasında süreksizlik göstermektedir. Bunun yanı sıra, genetik yatkınlığın disosiyatif belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rolü olsa da patolojik disosiyasyonun gelişimsel süreçte yaşanan travmatik yaşantılarla olan ilişkisine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Disosiyasyonun gelişimsel süreçle yakın ilişkisi, çok boyutlu bir özellik olması ve pek çok psikolojik yapıyla etkileşim göstermesi konunun normal ve patolojik süreçlerin açıklanmasındaki önemini daha da artırmaktadır. Bu anlamda disosiyasyonun farklı tanımlamalarının gelişimsel süreçler içinde oynadığı role ilişkin derinlemesine incelemeler, patolojinin ortaya çıkmasında etken olan mekanizmaların açıklanmasında olduğu kadar normal gelişime ilişkin önemli bilgilerin de elde edilmesinde zengin bir perspektif sunması bakımından önemlidir.

**KAYNAKLAR**

- Amaya-Jackson L, March JS (1995) Post Traumatic Stress Disorder in Adolescents: Risk Factors, Diagnosis, and Intervention. *Adolesc Med* 6(3): 251-269.
- Amerikan Psikiyatri Birliđi (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Korođlu E (Çev.)*, Amerikan Psikiyatri Birliđi, Washington. Hekimler Yayın Birliđi, Ankara.
- Anderson CL, Alexander PC (1996) The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59(3): 240-246.
- Armsworth MW, Stronck K (1999) Intergenerational effects of incest on parenting: skills, abilities, and attitudes, *J Couns Dev*, 77, (3): 303-325.
- Bowlby J (1988). *A Secure Base*. Basic Books, London.
- Boysan M, Goldsmith RE, Cavus H, Kayri M, Keskin S (2009) Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The Influence of Abuse Subtype. *J Trauma Dissociation*, 10:83-101.
- Burk LR, Burkhart BR (2003) Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance: developmental experience and the motivation for sexual offending. *Aggress Violent Behav*, 8 (5): 487-511.
- Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Kopman C, Spiegel D (1996). Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *Am J Psychiatry*, 153 (7): 42-63.
- Cassidy J, Mohr JJ (2001) Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 8(3): 275-298.
- Cicchetti D, Manly JT (2001) Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Dev Psychopathol*, 13: 755-757.
- Cicchetti D, Cohen DJ (1995) Perspectives on developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology: Theory and Methods* Cicchetti D, Cohen DJ (Ed) New York, John Wiley & Sons, Inc. syf. 3-21.
- Cicchetti D, Rogosh FA (2002) A Developmental Psychopathology Perspective on Adolescence. *J Consult Clin Psychol*, 70(1): 6-20.
- Darves-Bornoz J-M (1997) Rape-related psychotraumatic syndromes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 71(1): 59-65.
- Demitreck MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA, Gold PW (1990) Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders, *Am J Psychiatry*, 147(9): 1184-1188.
- Eisen ML, Lynn SJ (2001) Dissociation, memory and suggestibility in adults and children. *Appl Cogn Psychol*, 15: 49-73.
- Eisen ML, Carlson EB (1998) Individual differences in suggestibility: Examining the effects of dissociation, absorption and a history of child abuse. *Appl Cogn Psychol*, 12: 47-61.
- Ellason WJ, Ross CA, Fuchs DL (1996) Lifetime axis I and axis II comorbidity and childhood trauma history in dissociative personality disorders. *Psychiatry*, 59(3): 255-266.
- Erikson E H (1950/1963). *Child And Society*. W.W. Norton Company Inc., New York.
- Everill JT, Waller G, Macdonald W (1995) Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal Of Eating Disorders*, 17: 127-134.
- Fairbrother N, Rachman S (2006) PTSD in victims of sexual assault: Test of a major component of the Ehlers-Clark theory. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 37(2):74-93.
- Famularo R, Fenton T, Kinscherff R, Augustyn M (1996) Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse Negl*, 20(10): 953-961.



Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1991) Posttraumatic Stress Disorder among Children Clinically diagnosed as Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 179: 428-431.

George C, West M (1999) Developmental vs. Social personality models of adult attachment and mental ill health. *Br J Med Psychol*, 72: 285-303.

Goodman M, Mitropoulou V, New AS, Sprung L, Siever LJ (2000) Pathological dissociation in borderline personality disorder-the role of childhood trauma and serotonergic genes. *Biol Psychiatry*, 47(8): 133-134.

Gottlieb G (1991) Experimental canalization of behavioral development: theory. *Dev Psychol*, 21(1): 4-13.

Grossman AW, Churchill J D, McKinney B C., Kodish IM, Otte SL, Greenough WT (2003) Experience effects on brain development: Possible contributions to psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 44(1): 33-63.

Guz H, Doganay Z, Ozkan A, Colak E, Tomac A, Sarısoy G (2004) Conversion and somatization disorders. Dissociative symptoms and other characteristics, *J Psychosom Res*, 56(3): 287-291.

Horstein N (1996) Dissociative disorders in children and adolescence. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical And Clinical Perspectives*, L K Michelson, WJ Ray (Eds.), Plenum Press, New York, syf. 139-161.

ICD-10 (1992) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu, Öztürk M O, Uluğ B (Ed.) Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.

Irwin HJ (1999) Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *J Psychol*, 133(2): 157-164.

Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL (2003) Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From

the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 71(4): 692-700.

Kluft RP (1984) An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 19-24.

Kluft RP (1996) Dissociative identity disorder. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* LK Michelson, WJ Ray (Eds.) New York, Plenum Press, syf. 337- 366.

Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J (2002) A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academical problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156 (8): 824-831.

Liotti G (1992) Disorganised/disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation*, 4: 196-204.

Macfie J, Cicchetti D, Toth SL (2001) The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev Psychopathol*, 13: 233-254.

Main M, Solomon J (1986) Discovery of an insecure disorganized / disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behaviour. *Affective development in infancy*, M.W. Yogman, T.B. Brazelton, Norwood, NJ: Ablex, syf. 95-124.

Mair K (1999) Multiple personality and child abuse. *Psychologist*, 12 (2): 76-80.

Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D (2001) Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Dev Psychopathol*, 13, 759-782.

Mccallum KE, Lock J, Kulla M, Rorty M, Wetzel RD (1992) Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5: 227-235.

Merkelbach H, Peter M (2001) The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behav Res Ther*, 39: 245-254.

Nijenhuis ERS (2000) Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders, *J Trauma Dissociation*, 1(4): 7-32.

Nijenhuis ERS (2004) Somatoform dissociation: phenomena, measurement and theoretical issues, New York, WW Norton & Company.

Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Kuile MM, Mourits MJE (2003) Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24(2): 87-99.

Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B (1997) Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol*, 9: 855–879.

Öztürk MO (2001) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (8. Basım), Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.

Paris J, Zweig-Frank H (1997) Dissociation in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154: 137-139.

Peterson G. (1990) Diagnosis of childhood multiple personality disorder. *Dissociation*, 3: 3-9.

Piaget J (1951). *The Child' s Conception Of The World*. Maryland: Humanities Press.

Putnam F.W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse Negl*, 17, 39-45.

Putnam FW (1995). Development of dissociative disorders. *Developmental Psychopathology: Vol. 2: Risk, Disorders, and Adaptation*, D Cicchetti, DJ Cohen (Eds.). New York: John Wiley & Sons. syf. 581-608.

Putnam FW (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*, The Guilford Press, New York.

Putnam FW, Carlson EB, Ross CA ve ark (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis*, 184(11): 673–679.

Pynoos RS, Steinberg AM, Wraith R (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. *Developmental Psychopathology Vol. 2*, Cicchetti D. & Cohen D.J. (Ed.) John Wiley & Sons, Inc.

Ray W. J. (1996). Dissociation in Normal Population. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*, L K Michelson, W J Ray (Eds.), New York: Plenum Press, syf. 51-68.

Rogosch F A., Cicchetti D (2004). Child maltreatment and emergent personality organization: Perspectives from the five-factor model. *J Abnorm Child Psychol*, 32(2): 123–145.

Rusch MD (1998) Psychological response to trauma. *Plast Surg Nurs*, 18(3): 147-157.

Rutter M, Sroufe LA (2000) Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol*, 12, 265–296.

Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH (2001), Toward establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:52–60.

Scheeringa, MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA (1995) Two approaches to diagnosing posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 191-200.

Schuengel C, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Blom M (1998) Frightening maternal behaviour, unresolved loss, and disorganized infant attachment: a pilot study. *J Reprod Infant Psychol*, 16(4): 277-284.

Silbergl JL, Nemzer ED (1998) Dissociative Symptoms in Children. *Am J Psychiatry*; 155(5): 708-709.

Spiegel H, Greenleaf M, Spiegel D (1995) Hypnosis. In "Comprehensive Textbook Of Psychiatry" Editors, RM Kaplan, B Sadock, (7th Edition), Lippincott William And Witkins, New York.

Spitzer C, Klauer T, Grabe H, Lucht M, Stieglitz R, Schneider W, Freyberger H (2003).

Gender differences in dissociation a dimensional approach. *Psychopathology*; 36(2): 65-70.

Sroufe LA, Rutter M (1984) The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55: 17-29.

Svanberg POG (1998) Attachment, resilience and prevention. *J Ment Health*, 7(6): 543-579.

Terr LC (1991) Childhood traumas: An outline and overview. *Am Jour Psych*, 148(1): 10-20.

Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyukbayram A, Tutkun H (2003) Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry*. 44(4): 324-330.

Van Der Kolk BA (1998) Trauma and memory. *J Psychiatry Neurosci*, 52, 5, 97-109.

Van Der Kolk BA, van Der Hart O (1998) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*, 146(12): 1530-1540.

Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ (1999) Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol*, 11: 225-249.

Whalen JE, Nash MR (1996) Hypnosis and dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical And Clinical Perspectives*, L. K. Michelson ve W. J. Ray (Eds.), Plenum Press, New York.

Whiffen VE, Macintosh HB (2005) Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse*. 6(1): 24-39.

Yates TM (2004) The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*, 24(1): 35-74.