T.C

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

II. Danışman

Öğr. Gör. Dr. Görkem DERİN

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUĞU BULUNAN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE EBEVEYN YETERLİLİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. DAN. ENES EVCİ

İSTANBUL, 2023

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUĞU BULUNAN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE EBEVEYN YETERLİLİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Enes EVCİ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü,

Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

II. Danışman: Öğr. Gör. Dr. Görkem DERİN

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anne-babalarda çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algısı arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Çalışmamızın örneklemini Adıyaman İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı özel eğitim uygulama okulları ile rehabilitasyon merkezlerine devam etmekte olan otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan 55 anne ve 40 baba olmak üzere toplam 95 ebeveyn oluşturmaktadır. Yüksek lisans tezimizin verileri, Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Uygulamalar, tüm katılımcılar ile Mart 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması annelerde 18.49, babalarda ise 15.58 olarak tespit edilmiştir. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması 25 ve üzeri toplam 18 kişi (%19.4); Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması 30 ve üzeri ise toplam 11 kişi (%11.8) bulunmaktadır. Katılımcılarımızın

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları; annelerde 47.40 ve babalarda ise 45.73 olarak tespit edilmiştir. Bütün katılımcılarımızın %98.9 (94 kişi)'unun Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı 35 ve üzerindedir. Ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları; annelerde 13.25 ve babalarda ise 10.60'dır. Ebeveynlerde; Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması 0-9 aralığında toplam 38 kişi (%40.0); Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması 10-16 aralığında toplam 35 kişi (%36.8); Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması 17-29 aralığında toplam 18 kişi (%18.9) ve Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması 30-63 aralığında ise toplam 4 kişi (%4.2) bulunmaktadır. Anne ve babaların çocuklarının otizm derecesine göre Beck Depresyon Envanteri, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puanları farklılık göstermemektedir. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması 25 ve üzeri olan ebeveynler daha fazla fiziksel ihmal ve cinsel istismar bildirmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerde çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılar bağımlı değişkenindeki varyansın %14'ünü açıkladığı ve fiziksel ihmalin, dissosiyatif yaşantıların prediktörü olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılarımızın çocukluk çağı travmalarının, depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %15'ini ve ebeveyn yeterliliği bağımlı değişkenindeki varyansın ise %16'sını açıkladığı saptanmıştır. Yüksek lisans tez çalışmamız, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algısı arasındaki ilişkiye odaklanan ilk özgün araştırmadır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerine yönelik doğru çocuk yetiştirme stilleri odaklı eğitimlerin yaygınlaştırılması ve sistemli bir şekilde yürütülmesi, otizmle mücadele süreci adına öncül bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Aile; ebeveyn; aile psikopatolojisi; otizm; çocukluk çağı travmaları; dissosiyatif yaşantılar; depresyon; ebeveyn yeterlik algısı; psikotravmatoloji; dissoanaliz

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND DISSOCIATIVE EXPERIENCES, DEPRESSION LEVELS AND PERCEPTION OF PARENTAL SELF EFFICACY IN PARENTS WITH CHILDREN DIAGNOSED WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Enes EVCİ

Istanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Forensic Sciences and Legal Medicine, Department of Social Sciences, Master Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

II. Supervisor: Öğr. Gör. Dr. Görkem DERİN

ABSTRACT

The main purpose of this study is to examine the relationships between childhood traumas and dissociative experiences, depression levels and parental self efficacy perception of parents with children diagnosed with autism spectrum disorder. The sample of our study consisted of a total of 95 parents, 55 mothers and 40 fathers, who have children diagnosed with autism spectrum disorder attending special education practice schools and rehabilitation centers affiliated to Adıyaman Provincial Directorate of National Education. The data of our master thesis were collected using the Personal Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Beck Depression Inventory and Parental Self Efficacy Scale in Parents whose children diagnosed with Autism Spectrum Disorder. The applications of our research were carried out by face-to-face interviews with the participants between March 2023 and September 2023. The total mean score of the Dissociative Experiences Scale was 18.49 for mothers and 15.58 for fathers. The total mean score of the Dissociative Experiences Scale was 25 and above for 18 participants (19.4%); the total mean score of the Dissociative Experiences Scale was 30 and above for 11 participants (11.8%).

The total scores of our participants on the Childhood Trauma Questionnaire were found to be 47.40 for mothers and 45.73 for fathers. Of all our participants, 98.9% (94 people) had a total score of 35 and above on the Childhood Trauma Questionnaire. In the parents, there were 38 people (40.0%) with a Beck Depression Inventory total mean score between 0-9, 35 people (36.8%) with a Beck Depression Inventory total mean score between 10-16, 18 people (18.9%) with a Beck Depression Inventory total mean score between 17-29, and 4 people (4.2%) with a Beck Depression Inventory total mean score between 30-63. It was determined that the total scores of Beck Depression Inventory, Dissociative Experiences Scale and Parental Self Efficacy Scale in Parents whose children were diagnosed with Autism Spectrum Disorder did not differ according to the degree of autism of their children. It was found that parents with a mean Dissociative Experiences Scale total score of 25 and above reported more physical neglect and sexual abuse. Childhood traumas accounted for 14% of the variance in the dependent variable of dissociative experiences and physical neglect was found to be a predictor of dissociative experiences in parents with children diagnosed with autism spectrum disorder. It was found that childhood traumas explained 15% of the variance in the dependent variable of depression and 16% of the variance in the dependent variable of parental self efficacy. Our master's thesis is the first original study focusing on the relationship between childhood traumas and dissociative experiences, depression levels and parental self efficacy perception of parents with children diagnosed with autism spectrum disorder. The dissemination and systematic implementation of trainings focused on positive child-rearing styles specific to parents of children diagnosed with autism spectrum disorder is of primary importance for the process of fighting autism.

Keywords: Family; parent; family psychopathology; autism; childhood traumas; dissociative experiences; depression; parental efficacy perception; psychotraumatology; dissoanalysis

ÖNSÖZ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır. *''Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon''* paradigmaları ve *''dissoanaliz kuramı''* ekseninde yürütülen bu yüksek lisans tezi, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün başkanlığında bilimsel faaliyetlerin yürütüldüğü *"Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi"nde* gerçekleştirilmiştir.

''Modern psikotravmatoloji", *''aile psikopatolojisi''*, *''dissoanalitik psikotarih''*, *''çocukluk çağı travmaları''*, *"bireysel ve toplumsal travmaları önleme stratejileri"*, *"disfonksiyonel aile modelleri"* ve *''dissoanaliz kuramı"* ile tanışma fırsatı sunan, çalışmamın her alanında mesleki bilgisini aktaran, uzun dönemli akademik ve klinik tecrübesiyle rehberliğini esirgemeyen tez danışmanım İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü ve Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Başkanı Çok Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Erdinç Öztürk'e teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışma sürecinde bütün bilgi birikimini bana aktaran, özveriyle zaman ayıran ve sabırla akademik rehberlik sağlayan ikinci danışmanım Öğr. Gör. Dr. Görkem Derin'e,

Akademik kariyerimi aksatmadan ilerletmemde beni destekleyen Kahta Özel Eğitim Uygulama Okulu 1. ve 2. Kademe Müdürü Orhan Bilgin'e, Mustafa TOPÖZLÜ'ye, Hüseyin BOZKURT'a ve tüm öğretmen arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen annem Fatma EVCİ, babam Ahmet EVCİ ve kardeşlerim Aslı EVCİ ve Rana EVCİ'ye en içten teşekkürlerimle…

Enes EVCİ

İstanbul, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET I

ABSTRACT III

ÖNSÖZ V

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ X

KISALTMALAR XIII

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 11

2.1. Aile ve Çocuk 11

2.1.1. Aile ve Ebeveynlik Kavramları 11

2.1.2. Çocuk ve Çocukluk Kavramları 12

2.1.3. Normal Aile, Disfonksiyonel (Görünürde Normal) Aile ve Patolojik Aile 13

2.1.4. Aile ve Otizm 14

2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu 16

2.2.1. Otizm Spektrum Bozukluğunun Operasyonel Tanımı 16

2.2.2. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tarihçesi 17

2.2.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanı Kriterleri 18

2.2.4. Otizm Spektrum Bozukluğunun Etiyolojisi 21

2.2.5. Otizm Spektrum Bozukluğunun Epidemiyolojisi 24

2.2.6. Otizm Spektrum Bozukluğunun Karakteristik Özellikleri 25

2.2.7. Otizm Spektrum Bozukluğunun Aile Üzerindeki Etkileri 28

2.2.8. Otizm Spektrum Bozuklukları ve Suç 30

2.3. Psikotravmatoloji 31
2.3.1. Modern Psikotravmatoloji: Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları 33
2.3.2. Travma Kavramı 36
2.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları 39
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Risk Faktörleri 50
2.3.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi 52
2.3.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler Arasındaki İlişki 53
2.4. Dissosiyasyon 56
2.4.1. Dissosiyasyon Kavramı 56
2.4.2. Dissoanaliz Kuramı 57
2.4.3. Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı 61
2.4.4. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı 62
2.4.5. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar 63
2.4.6. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi 68
2.4.7. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi 70
2.4.8. Adli Bilimler Perspektifinden Dissosiyatif Bozukluklar 71
2.5. Depresyon 72
2.5.1. Depresyon Kavramı 72
2.5.2. Dissosiyatif Depresyon 73
2.5.3. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları 75
2.5.4. Depresyon Bozukluklarını Açıklayan Bilimsel Yaklaşımlar 83
2.5.5. Depresyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi 89

2.5.6. Otizm Spektrum Bozuklukları ve Depresyon 91
2.5.7. Depresyon Bozukluğu ve Adli Bilimler 92
2.6. Öz-Yeterlilik Kavramı 93
2.6.1. Ebeveyn Öz Yeterliliği 95
2.6.2. Çocuğu Özel Gereksinimli Olan Ebeveynlerde Öz Yeterlilik 96
2.6.3. Ebeveyn Öz Yeterliliğini Etkileyen Faktörler 98
3. GEREÇ VE YÖNTEM 99
3.1. Araştırmanın Modeli 99
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 99
3.3. Veri Toplama Araçları 100
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 100
3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) 101
3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) 102
3.3.4. Beck Depresyon Envanteri 102
3.3.5. Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği 103
3.4. İstatistiksel Yöntem 104
4. BULGULAR 105
5. TARTIŞMA 141
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 163
7. KAYNAKLAR 174
8. EKLER 212

8.1. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 212

8.2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU 213

8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ 220

8.4. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ 222

8.5. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ 228

8.6. ÇOCUĞU OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ EBEVEYNLERDE EBEVEYN YETERLİLİK ÖLÇEĞİ..... 231

9. ÖZGEÇMİŞ 233

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Demografik Özellikleri 105

Tablo II. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile Dinamiklerine İlişkin Özellikler 107

Tablo III. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Evlilik Problemlerine İlişkin Bulgular 109

Tablo IV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Kendine Zarar Verme Davranışlarına ve İntihar Girişimlerine İlişkin Bulgular 110

Tablo V. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişki Dinamiklerine Dair Bulgular 111

Tablo VI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Suçun Mağduru Olma ve Adli Olaya Karışmalarına İlişkin Bulgular 112

Tablo VII. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu İle İlişkili Özellikleri-I 113

Tablo VIII. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Özellikleri-II 115

Tablo IX. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu İle İlgili Aldıkları Eğitimlere Dair Bulgular 116

Tablo X. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlaç Kullanımlarına Dair Bulgular 117

Tablo XI. Ebeveynlerin Otizm Spektrum Bozukluğu Çocuklarında Eş Tanılara İlişkin Bulgular 118

Tablo XII. Ebeveynlerin Çocuklarının Gelişim Becerilerine İlişkin Bulgular 119

Tablo XIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Psikiyatrik Özellikleri 121

Tablo XIV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları 122
Tablo XV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları .. 123
Tablo XVI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri Toplam Puan Ortalamalarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları 124
Tablo XVII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları 124
Tablo XVIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekansları 126
Tablo XIX. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekansları 127
Tablo XX. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri Kesme Puanlarına Göre Frekansları 128
Tablo XXI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 129
Tablo XXII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 131

Tablo XXIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 133
Tablo XXIV. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Derecesine Göre Beck Depresyon Envanteri, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 135
Tablo XXV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyutları Toplam Puanlarının Mann-Whitney U Testi Sonuçları 137
Tablo XXVI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyatif Yaşantılar Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 138
Tablo XXVII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 139
Tablo XXVIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının Ebeveyn Yeterliliği Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 140

KISALTMALAR

APA: American Psychiatry Association

BDE: Beck Depresyon Envanteri

CİS: Cinsel İstismar

ÇÇT: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DİH: Duygusal İhmal

DİS: Duygusal İstismar

DKB: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders Fifth Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EYÖ: Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği

FİH: Fiziksel İhmal

FİS: Fiziksel İstismar

İİÖ: İşlevsel İletişim Öğretimi

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

TMAMT: Travma Merkezli Alyans Model Terapi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF: United Nations Children's Fund

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun en önemli yapıtaşı olan aileye bir çocuğun katılması, ebeveynler için kendi nesillerinin devamına ve geleceğe dair bir *"psikotoplumsal güven ajanı"* olarak algılanmaktadır (Öztürk, 2020a). Aile içerisinde yer alan her birey, belirli gelişim aşamalarında stres hatta travma yaratan çok sayıda olay ya da durum deneyimleyebilmektedir. Ebeveynlerin özellikle aileye yeni dahil olacak çocuk adına kendi hayatlarını düzenlemeleri gerekmektedir (Dereli & Okur, 2008). Tüm ebeveynler hem çocuklarının sağlıklı bir şekilde doğmalarını hem de sağlıklı bir çocuk ve yetişkin olmalarını isterler. Ancak nörogelişimsel bir bozukluk olarak otizm spektrum bozukluğu tanılı bir çocuğa sahip olmak, aile içerisinde ebeveynler tarafından hassasiyetle yaklaşılması ve profesyonel bir yardım alınması gereken bir durumdur (Kaytez, Durualp & Kadan, 2015). Normal ya da olağan ruhsal karakteristikleri bulunan bir çocuk her aile adına beklenen bir durum iken ve gelecekle ilgili bütün umutlar ve beklentiler anne-babalar tarafından çocuk üzerine yapılandırılırken, ön görülenin aksine farklı psikiyatrik özellikleri olan bir çocuğun dünyaya gelmesi, ailenin hem kendileri hem de çocuklarıyla ilgili hayata dair planlarını yeniden detaylı bir şekilde ele almalarını gerektirmektedir. Otizm spektrum bozukluğu çocuğu olan ebeveynler, evlatlarının kendi hastalıkları ile ilgili deneyimledikleri; psikolojik, duygusal ve sosyal sorunları çözmede kişisel eksende büyük ölçüde yetersiz kalabilmektedirler. Genellikle anneler -özellikle otizm spektrum bozukluğu olanlar- aile içerisinde daha fazla sorumluluk üstlenmekte ve bu süreci yönetmekte zorluk yaşayabilmektedirler (Demirkıran, 2017).

Otizm spektrum bozukluğu olan bir çocuk, ebeveynlerin; psikolojik ve maddi durum ile aile ve sosyal çevreyle ilişkiler gibi alanlarda güçlük yaşamalarına belirli ölçüde neden olabilmektedir. Ebeveynlerin hem aile içindeki hem de çevresiyle kurdukları olağan ilişki dinamikleri üzerinde etkili olan bu durum, anne-babaların normal aile yaşamlarının ve aktüel

sosyal ilişki dinamiklerinin bozulmasına yol açabilmektedir. Anne ve baba otizm spektrum bozukluğu olan evlatlarının, en uygun şekilde bakılması ve yetiştirilmesi konusunda başlıca sorumludurlar; hem evde hem de dışarıda onunla her zaman ilgilenmek durumundadırlar (Doğru, Kayılı, Alabay, Kuşçu, & Sarıkaya, 2013). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynler, evlatlarına yeterince yardımcı olamadıkları ile ilgili hissettikleri başarısızlıkların hiçbir zaman ortadan kalkmayacağı, bu konuda yaşantıladıkları problemleri tamamen çözemeyecekleri ve rasyonel bir gerekçeleri olmadığı halde bir nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklarıyla yoğun bir şekilde uğraşmak durumunda kalmaları üzerine tekrarlı bir düşünce içerisine girerler. Anne-babaların, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarına destek olma sürecinde hissettikleri; çaresizlik, karamsarlık ve suçluluk duyguları sık ve yoğun bir şekilde yaşantılanmaktadır (Akandere, Acar, & Baştuğ, 2009).

Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuğa bu psikiyatrik tanının konulması, aile işle ve aile fonksiyonelliği üzerinde kısa ve uzun dönemli ruhsal bir etki oluşturmaktadır. Bu psikiyatrik tanının konulması sürecinde ebeveynlerin kararı ve göstermiş oldukları çaba oldukça önemlidir ki genellikle klinik psikoloji, psikotravmatoloji, adli psikoloji, rehberlik ve psikolojik danışmanlık disiplinleri perspektiflerinden ele alınan otizm spektrum bozukluğu, dijital iletişim ağlarının ve sosyal medya platformlarının çocuklar tarafından kullanım sıklığının artmasıyla birlikte özellikle son onlu yıllarda ön plana çıkan ve yaygınlığı majör oranda artan ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır. Otizm kelimesi ilk defa 1911 yılında Psikiyatrist Dr. Eugen Bleuer tarafından şizofreni hastalarının kendilerini dünyadan izole etme ve yakın çevrelerine karşı kendilerini kapatmaları ya da uzaklaştırmaları anlamında kullanılmıştır (Akandere, Acar, & Baştuğ, 2009; Kadak & Meral, 2019). 1943 yılında Amerikalı bilim insanı Leo Kanner ise otizm kavramını psikotik özellikler gösteren çocuklar ile ilişkilendirmiştir. Kanner, 11 otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuk ile gerçekleştirdiği boylamsal bir çalışmanın sonucunda bu fenomenin; tekrarlayıcı davranışlar, aktüel hayattaki

rutin eylemlere ve eşyalara aşırı düzeyde bağlılık, iletişim becerilerinde eksiklik ve ekolali gibi psikiyatrik belirtilerle karakterize olduğunu ortaya çıkmıştır (Kanner, 1943).

DSM-5'e göre otizm spektrum bozukluğu; çocukluğun ilk dönemlerinde ortaya çıkan, sosyal iletişimi ve etkileşimi hem başlatmada hem de sürdürmede aksaklıklar, stereotipik davranışlar, rutinlerde ısrar ve bazı nesnelerle aşırı ilgilenme gibi hususlarla eşlenik bir nörogelişimsel bozukluktur. DSM-5'de yer alan bu psikiyatrik belirtilere ek olarak otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuklarda; empati becerisinde zayıflık, göz teması kurmada, kişilerarası ilişkileri sürdürmede, konuşmada ve dikkat becerilerinde ise önemli bozulmalar söz konusudur (American Psychological Assosication [APA], 2013). Otizm spektrum bozukluğunun tedavisinde otizme eşlik eden ruhsal belirtilerde (dikkat eksikliği ve davranış bozuklukları) kullanılan ilaçlar dışında direkt otizme yönelik mevcut bir psikofarmakolojik tedavi bulunmamaktadır. Otizmin psikiyatristler tarafından konulan erken tanısı sonucunda bu bozukluğa özgü sistemli eğitim programlarının çocuk gelişimi uzmanı, psikolog ve psikiyatristi içeren bir ekip tarafından uygulanması, tedavi sürecinde başarı sağlayan en etkili ve en başarılı yöntemler arasında yer almaktadır (Mukaddes & Dursun, 2018). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların sosyal iletişim sürecindeki eksikliklerinin yanında gösterdikleri sınırlı ilgi ve tekrarlayıcı davranışlardan dolayı normal gelişim gösteren çocuklardan farklı olarak rutin eğitim sisteminden tam olarak yararlanamadıkları ve bazı özel eğitsel düzenlemelere ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklara uygun eğitsel düzenlemeler ve yoğun eğitim desteği kullanılarak yardımcı olunması, özel müfredatların kullanılması ve görsel ya da alternatif iletişim yöntemleri ile desteklenmeleri durumunda bu çocukların önemli bir bölümünün gelişim gösterip toplum içerisinde yer alabilecekleri ileri sürülmektedir (Güleç-Aslan, Kırcaali-İftar ve Uzuner, 2009).

Otizm spektrum bozukluklarının prevalansıyla ilgili yapılan ilk araştırmalarda 4/10.000 bir oran karşımıza çıkarken geçmişten günümüze bu hastalığın yaygınlığının majör

oranda artmakta olduğu dikkat çekmektedir (Karakoç-Demirkaya, 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde 11 farklı eyalette 8 yaşındaki otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarla otizmin prevalansını belirlemeye yönelik Amerikan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi tarafından yapılan geniş kapsamlı çalışmanın verilerinde bu psikopatolojinin yaygınlığı 2000 yılında 1/150; 2014 yılında 1/59, 2016 yılında ise 1/54 olarak tespit edilmiştir. 2018 yılında otizm spektrum bozukluğunun prevalansı 1/44 iken 2020 yılında ise Amerikan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi Otizm ve Gelişimsel Bozuklukları İzleme Topluluğu, bu oranın 1/36'ya yükseldiğini bildirmiştir (Maenner ve ark., 2020). Otizm spektrum bozukluğu tanısının yaygınlığı, ülkeden ülkeye belirli oranda değişim gösterse de bu psikiyatrik hastalığın tüm dünyada genel bir artış eğiliminde olduğu vurgulanmaktadır (Karaaslan & Karaaslan, 2016). Yıllara göre otizm spektrum bozukluğunun prevalansındaki majör oranda artışın ortaya çıkartılması sürecinde; psikiyatrik hastalıkların sınıflandırması ile ilişkili gerçekleştirilen revizyonların ve otizm spektrum bozukluğuna dair farkındalığın gelişmesinin önemli bir rolü bulunmaktadır (Kadak & Meral, 2019).

Otizm spektrum bozukluğu tanısı, sadece bu psikiyatrik hastalığı olan kişilerde değil, bu kişilerin ailelerinde ve özellikle ebevenlerinde de travmatik yaşantılara yol açabilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanısı ebeveynlerin; çocuklarının sahip olduğu nörogelişimsel hastalığa sınırlı düzeyde destek olabilmelerine yol açmakta ve anne-babalar, evlatları ile psikopatolojilerinin adeta izin verdiği ölçüde ilgilenebilmektedir. Aynı zamanda otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların ebeveynleri, çocuklarıyla fiziksel açıdan da yoğun bir şekilde ilgilenmekte ve zamanlarının çoğunu evlatlarıyla geçirmektedir. Psikopatolojiyle sürekli ve yakın ilişki içerisinde olan anne-babalar, bu süreci travmatik bir yaşantı olarak deneyimleyebilmektedirler (Güleç-Aslan, Kırcaali-İftar & Uzuner, 2009). Bu çalışmada otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantları, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algıları *"Öztürk'ün Dissoanaliz*

Kuramı" ve modern psikotravmatoloji ilkeleri ekseninde ele alınacaktır. Disfonksiyonel aile dinamikleri ve aile psikopatolojisi ile yakın ilişki dinamikleri bulunan dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji paradigmaları, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin travmatik yaşantılarını ve dissosiyatif reaksiyonlarını açıklamaya yönelik güncel bir bilimsel perspektif sunmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b).

Modern psikotravmatoloji; disfonksiyonel aile dinamiklerinin, aile psikopatolojisinin, yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ve olumsuz yaşam deneyimlerinin kısa ve uzun dönemli psikopatolojik yansımaları ile bu örseleyici deneyimlerle ilişkili psikopatolojilerin sağaltımına yönelik kapsamlı çalışmaların gerçekleştirildiği bir psikoloji alanıdır (Öztürk, 2022a; 2022b). Bir modern psikotravmatoloji teorisi olarak ulusal ve uluslararası bilimsel platformlarda ruh sağlığı uzmanlarına öncül bir rehberlik sağlayan ve Öztürk tarafından yapılandırılan *"Dissoanaliz Kuramı"*na göre travmatize bireylerin ve toplumların örseleyici yaşam deneyimlerinin dissoanalizleri gerçekleştirilmediği sürece hiçbir birey, hiçbir aile ve hiçbir toplum sağlıklı, entegre ve fonksiyonel bir yapıya ulaşamaz ki bu kuram, öz bir tanımla psikotoplumsal terapinin ta kendisidir. Dissoanaliz kuramı, aile içinde ortaya çıkan erken yaşta başlayan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları sonucunda gelişen dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların nötralize edilmesini amaçlamaktadır (Öztürk, 2022a; 2022c).

Dissoanaliz kuramının ve modern psikotravmatoloji ilkelerinin ana çalışma odakları arasında yer alan çocukluk çağı travmaları, çocuklukta ve erişkinlik öncesi dönemde doğrudan ya da dolayı maruz kalınan fiziksel, duygusal, cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal gibi örseleyici yaşantıların kendisidir (Demirkapı, 2013; Öztürk, 2022a; 2022b). Dünya Sağlık Örgütü (2014) çocuk ihmalini ve istismarı, "*çocuğun, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan davranışlar*" olarak tanımlamıştır. Erken çocukluk döneminde

deneyimlenen kronik, kompleks ve kümülatif travmatik yaşantıların özneler üzerindeki kısa ve uzun dönemli etkilerinin kişilik yapısında ve psikopatolojilerin oluşumunda etken bir faktör olduğu ifade edilmektedir. Çocukluk çağı travmaları, bireylerin aktüel hayata olan uyum kapasitesini bozmakta, bilinç, bellek ve çevreyi algılama işlevlerinde kesintilere yol açmaktadır (Öztürk, 2020a). Erken yaşta başlayan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları karşısında özneler tarafından verilen en olağan ve en doğal savunma mekanizmalarının başında dissosiyasyon gelmektedir. Dissosiyatif reaksiyonlar, bireylere travmatik yaşantılar ile ilgili suçluluk hissinden uzaklaşmayı olanaklı kılmaktadır ki otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynler de evlatlarına yeterli desteği gerçekleştiremediklerine dair suçluluk hissedebilmektedirler (Butler, 2004; Spiegel, 1988).

Travmayla baş etme ve örseleyici deneyimleri proses etme amaçlı ortaya çıkan subklinik dissosiyatif reaksiyonlar, olumsuz yaşam olaylarının tekrarlanması sonucunda patolojik hale gelmektedir (Öztürk & Şar, 2016). Şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile ilişkili olan dissosiyasyon, travmatik yaşantılar sonucu bölünmüş olan bilinç, bellek ve kimliğin yoğun bir şekilde entegre olma çabasıdır. Aktüel yaşamda hafif düzeyli örseleyici etkiye sahip olaylar sonucunda ortaya çıkan dissosiyatif doğalı reaksiyonlar ya da erken yaşlarda maruz kalınan travmatik deneyimler sonucu meydana gelen dissosiyatif bozukluklar, insanlık tarihi boyunca varlanışlarını sürdürmüştür (Öztürk, 2022b). Çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif reaksiyonlar ile birlikte eş zamanlı görülebilen psikiyatrik fenomenlerden birisi de depresyon bozukluklarıdır (Bakırcıoğlu, 2012). Düşünce, duygu, davranış ve fizyolojik belirtilerle ortaya çıkan depresyon, bireyin ruhsal durumunda çökkünlük, fiziksel aktivitelerde belirgin azalma ve bedensel yakınmalarla karakterize olan bir duygudurum bozukluğudur (Ebrinç, 2013). Kişiliğe dair olumsuz duygu ve düşünceler, isteksizlik, mutsuzluk, kötümser düşünceler, yaşamına son verme eğilimi, intihar düşünceleri ve yalnız hissetme gibi

psikiyatrik semptomlarla karakterize olan depresyon bozukluklarında halsizlik ve yorgunluk gibi fizyolojik belirtiler de bulunmaktadır (Evren & Ögel, 2003).

Klinik adli psikoloji, psikiyatri ile rehberlik ve psikolojik danışmanlık açısından çocuklarına otizm spektrum bozukluğu tanısının konulması, anne ve babalar için travmatik etkilere ve disfonksiyonel ilişki dinamiklerine sebep olabilmekte ve bunun sonucunda ebeveynlerde psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkma ihtimali de artış göstermektedir (Öztürk, 2020a; 2021a). Çocuğunun otizm spektrum bozukluğu tanısı almasıyla birlikte aileler için uyku düzeni, iş ve sosyal hayat gibi birçok temel dinamik değişmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan anne ve babalarda bu değişimler sonucunda şiddetli depresyon bozukluğu belirtileri görülebilmektedir (Özkubat, Özdemir, Gürel Selimoğlu & Töret, 2014). Aydın Atılgan ve Kolburan'ın (2019) otizmli çocuğa sahip anneler üzerinde yaptığı bir çalışmada otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip annelerin normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelere kıyasla daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür. İlgili çalışmada depresyonun sebepleri arasında, çocuğun ömür boyu bakım alması gerektiği, yakın çevreden gelen olumsuz tutumlar, eğitim-öğretim sürecinde karşılaşılan aksaklıklar, çocuğun geleceği için kaygı duyulması ve düşük öz-yeterlilik algısı gibi hususların olduğu ortaya çıkmıştır.

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerde öz-yeterlilik genellikle, evlatlarının tedavi sürecine verecekleri sınırlı düzeyde desteğin bulunması nedeniyle yüksek seviyede deneyimlenmemektedir. Öz-yeterlilik, hayatın içinde karşılaşılan olayları ve durumları, öznelerin kontrol etmelerine yönelik mevcut olan inançlardır (Bandura, 1994; Telef, 2013). Ebeveyn öz yeterliliği ise anne-babalık rollerini yerine getirebilme gücüne ilişkin sahip olunan bireysel algı şeklinde tanımlanmaktadır (Guimond, Wilcox & Lamorey, 2008). Ebeveyn öz-yeterliliğine dair algı düzeyi kişiden kişiye farklılık göstermekte ve bireylerin deneyimlediği travmatik olaylara göre değişim gösterebilmektedir (Bandura, 1989; Vural, 2021). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları olan anne-babalar, ebeveyn öz-

yeterliliğini olumsuz yönde etkileyebilecek ve çocuklarının tedavisini sekteye uğratabilecek nitelikte baş edilmesi güç zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Vural, 2021). Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklara ebeveynlik yapmak, genellikle anne ve babaların aile ilişkileri, evlilik birlikleri ve kardeşler üzerinde negatif yönde etkilere sebep olabilen oldukça zor bir sorumluluktur. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinin stres, kaygı ve depresyon düzeyleri genellikle daha yüksektir. Ayrıca, bu çocukların uyumsuz davranışları, iletişim aksaklıkları, duygularını ifade etme sürecindeki eksiklikleri ve sosyal etkileşime girmede güçlük çekmeleri gibi otizm spektrum bozukluğu ile karakterize özellikleri, ebeveyn-çocuk ilişkisinde kısa ya da uzun dönemli ilişkisel sorunlara yol açabilmektedir (Guimond, Wilcox & Lamorey, 2008; Öztürk, 2020a; Töret ve ark., 2014).

Alice Miller (1985), Lloyd deMause (1982) ve Prof. Dr. Erdinç Öztürk (2022a)'e göre ebeveynlerin benimsedikleri çocuk yetiştirme stilleri ve çocukluk çağı travmaları arasındaki fonksiyon geçişleri aydınlatılmadığı ve anne-babaların çocuklarıyla olan ilişki dinamikleri göz ardı edildiği sürece başta kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları olmak üzere aile içinde yaşantılanan bireysel travmalar sonlanmayacaktır. Bu doğrultuda Öztürk (2021a) tarafından geliştirilen *"Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"*, ebeveynlerin çocuklarının gelişim dönemlerine en uygun şekilde yetiştirilmelerini sağlamak adına anne-babalara kapsamlı bir çereve sunmaktadır. Otizm spektrum bozuklukları gibi nörogelişimsel bir bozukluğu veya bir psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan tüm çocuklar, empati odaklı ve ilişkisel karşılıklılığın mutlak suretle kurulmasını imkanlı kılan *"Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"* temel alınarak yetiştirilmelidir (Öztürk, 2022a). Otizm spektrum bozukluklarınının henüz kesinleşmiş bir tedavisinin bulunmaması, bu psikopatolojiye sahip çocukların ve yetişkinlerin, başta ebeveynler olmak üzere yakın çevresinde bulunan kişiler tarafından desteklenmelerini zorunlu hale getirmektedir. Aile psikopatolojisi ile yakın ilişki dinamikleri bulunan otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklar, ebeveynleri tarafından doğru çocuk yetiştirme stilleri

uygulanarak yetiştirilmeli ve bu süreçte anne-babalar, otizm spekrum bozukluğu belirtilerinin azaltılmasına yönelik profesyonel yardım alarak evlatlarının gelişimlerine destek olmalıdırlar.

Otizm spektrum bozukluğu; çocuğun davranışsal, duygusal ve ruhsal gelişimini negatif yönde etkileyen yaygın ve yaşam boyu süren bir psikiyatrik tanıdır (Töret ve ark., 2014; Vural, 2021). Dissoanalitik açıdan otizm spektrum bozuklukları temelde suç ile direkt ilişkili bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmemektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları, gençleri ya da yetişkinleri suça iten başkıca etken ajanlar, disfonksiyonel aile dinamikleri ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisine saklanan çocukluk çağı travmaları ile olumsuz ya da örseleyici çevre koşullarıdır. Bu doğrultuda çalışmamızda otizm spektum bozukluğu tanılı çocuklar ile suç arasındaki ilişkiye odaklanmak yerine, otizmli çocukları bulunan ebeveynler, aile psikopatolojisi ekseninde detaylı bir şekilde ele alınmıştır (Öztürk, 2022a). Yüksek lisans tez çalışmamızın temel amacı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algısı arasındaki ilişkilerin aile psikopatolojisi, dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji paradigmaları perspektiflerinden incelenmesidir. Bir diğer ifade ile otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynlerin aile psikopatolojilerinin değerlendirilmesi yüksek lisans tez çalışmamızın ana hedefini oluşturmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu odaklı literatürde; otizmli çocuğa sahip anne babaların yaşam doyumları ile depresyon ve kaygı yönelimli çok sayıda araştırmanın gerçekleştirildiği ancak çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantıların ve depresyonun birlikte değerlendirilmediği görülmektedir. Bu olgular ışığında dissoanalitik açıdan çalışmamızın temel amacı doğrultusunda hazırlanan hipotezler aşağıdaki yer almaktadır:

1- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

2- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

3- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

4- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanlarından istatiksel açıdan daha yüksektir.

5- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, babaların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir.

6- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması, babaların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir.

7- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması, babaların Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir.

8- Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı ruhsal travmaları, dissosiyatif yaşantıları, depresyonu ve ebeveyn yeterlilik algısını istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yordamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile ve Çocuk

2.1.1. Aile ve Ebeveynlik Kavramları

Aile; bilginin, deneyimin, merhametin, adaletin, sağduyunun, geleneğin, empatinin ve travmatik yaşantılarla baş edebilme stratejilerinin anne-babadan çocuğa aktarıldığı toplumun en önemli ve en değerli ajanıdır (Öztürk, 2021a). İnsanlık tarihinin başından itibaren çeşitli yapısal ya da kültürel değişimlere uğrasa da günümüze kadar varlığını sürdüren aile, insanların içinde yaşamlarını sürdürdükleri ve onları topluma hazırlayan ilk sosyal çevre olarak tanımlanmaktadır (Turğut, 2017). Ülkemizde modern psikotravmatolojinin ve aile psikopatolojisinin en önemli temsilcisi ve dissoanalitik ekolün kurucusu olan Öztürk (2021a) operasyonel olarak aile kavramını, *"bir ulusun entegrasyonunun, dinamizminin ya da durağanlığının hem ana özelliğini hem de varlık biçimini belirleyen hatta o çağdaki kitlesel ruhla eşlenik olan toplumsal süreçlerin her hareketinden sorumlu en küçük ve en eksiksiz bütünün ta kendisi!"* şeklinde tanımlamaktadır. Aile, insan türünün devamlılığını sağlayan, aynı hane içerisinde yaşayarak aynı geliri paylaşan, eşler, anne-babalar ve çocuklar arasında güven verici, içten ilişkilerin kurulduğu, içinde yaşadıkları kültürü ve aile dinamiklerini kuşaktan kuşağa aktaran toplumsal bir yapı olarak da tanımlanmaktadır (Güler, Uzun, Boztaş, & Aydoğan, 2002). Bir başka tanıma göre ise *"Evlilik ve kan bağına dayanan, eş, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik"* olarak tanımlanan *"aile"* bireylerin kimlik oluşumlarında ve topluma hazırlanmalarında büyük öneme sahip bir yapıdır (Özyürek, Tezel-Şahin, & Gündüz, 2018). Aileye dair pek çok tanım yapılsa da genel olarak ailenin, iki veya daha fazla bireyden oluşan, sevgi ve aidiyet gibi kişilerararası duygusal bağları içeren ve öznelerin bazı temel rolleri üstlendiği bir yapı olduğu konusunda hemfikir olunmaktadır (Hallaç & Öz, 2014).

Günümüzde çocuğa verilen değerin artması, çocukluk kavramının ortaya çıkması, ailelerin çocuk yetiştirme stillerinde belirgin değişim ve dönüşümlerin gerçekleşmesini olanaklı kılmıştır. Bu durum ebeveynlik kavramının önemini de ortaya çıkarmıştır. Yetişkinlik yaşamındaki temel bir aşama olarak tanımlanan ebeveynlik, insan türünün devamlılığının sağlanabilmesi ve sağlıklı çocuklar yetiştirilebilmesi adına anahtar bir role sahiptir (İnan-Kaya & Kaya, 2018). Savunmasız bir şekilde dünyaya gelen bebeğin uzun bir süre kendisine bakabilmesi mümkün olmamaktadır. Bu nedenle ebeveynlerinin koruması ve desteği olmaksızın çocukların özellikle orta çocukluk dönemine kadar hayatta kalma olasılıkları oldukça düşüktür. Ayrıca kişilik gelişiminin temellerinin atıldığı çocukluk döneminde de kişiliğin pozitif bir şekilde oluşması ve topluma entegrasyonunun sağlanabilmesi için ebeveynler, çocuklarının birincil rol modelleridirler (Avcı & Şatır, 2020). Mellier ve Graton (2015), ebeveynliğin sadece sosyal ve yasal boyutlarının değil kişisel ve ekonomik boyutlarının olduğu görüşünü öne sürmektedir. Çocukların hayata dair ilk eğitimlerini aldıkları yer olan ailede ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutum ve davranışları yani çocuk yetiştirme stilleri çocukların kişiliğini, toplumla olan entegrasyon seviyelerini ve kendi çocuklarını nasıl yetiştireceklerini belirlemektedir. Ruhsal açıdan sağlıklı nesiller yetiştirebilmenin yolu fonksiyonel ailelerin entegratif iletişim dinamikleriyle karakterize gelişim ve empati odaklı doğru çocuk yetiştirme stillerinden geçmektedir (Öztürk, 2021a).

2.1.2. Çocuk ve Çocukluk Kavramları

İnsan yaşamının bebeklikle ergenlik dönemleri arasında bulunan ve toplumsal gelişim açısından önemli bir yere sahip olan çocukluk kavramı günümüzde hayatın önemli bir halkası olarak görülmesine rağmen tarihin farklı dönemlerinde, farklı toplumlarda hatta aynı toplum içerisindeki farklı kesimlerde değişen tanımlara sahip olduğundan aslında sosyokültürel bir kavramdır. Bu nedenle uluslardaki psikotoplumsal gelişmeler, çocukluğa bakış açısının ve çocukluk tanımının da farklılaşım göstermesini sağlamıştır (Özcan, 2017; Öztürk, 2020a).

Çocuk, gözlem yapıp sürekli sorular sorarak çevresini anlamlandırmaya çalışan, masum ve eşsiz bir varlık olarak tanımlamaktadır (Dede, 2021). Çocukluk tanımının ve algısının, antik çağlarda üzerinde mutlak hakimiyetin söz konusu olduğu çocuk anlayışından günümüzde çocuk odaklılık anlayışına evrildiği görülmektedir. Çocukluk insanın, aile, okul ve geniş bir sosyal çevre aracılığıyla tamamen yetişkin olmayı öğrendiği bir sosyalleşme zamanı olarak ifade edilmektedir (Holloway & Valentine, 2013). Çocukluk döneminin insanlar üzerindeki etkileriyle ilgili yapılan çalışmalar arttıkça toplumun geleceğinin çocukluk döneminin ne kadar sağlıklı geçirildiğiyle ilgili olduğu gerçeğinin yadsınamaz bir hale geldiği görülmektedir (Gültekin & Baran, 2005). Ruhsal, bedensel ve zihinsel açıdan sağlıklı olmanın yanı sıra başarılı, kendine ve topluma hem yararlı hem de ahlaklı olmak da geçirilen çocukluk dönemiyle yakından ilişkilidir. Bu nedenle çocukların eğitimi, fiziksel ve ruhsal sağlığı ile sosyal haklarının korunması gibi konular son yüzyılda özellikle önem kazanmıştır ve sosyoekonomik açıdan gelişmiş toplumlarda devletler, politikalarını oluştururken bu konular üzerinde önemli çalışmalar yapmaya başlamıştır (Güçlü, 2016).

2.1.3. Normal Aile, Disfonksiyonel (Görünürde Normal) Aile ve Patolojik Aile

Aileler bir toplumu oluşturan ve gelecekteki toplumun oluşmasını sağlayacak yeni nesilleri yetiştiren yapılardır. Geçmişten günümüze normallikten psikopatolojiye kadar birçok aile tipi mevcut olmuştur. Bu doğrultuda aile dinamiklerini yorumlayabilmek için *"normal aile"*, *"disfonksiyonel (görünürde normal) aile"* ve *"patolojik aile"* kavramları yapılandırılmıştır. Normal aile kavramı; aile içerisinde herhangi bir kimsede psikopatoloji saptanmamış, ruhsal ve sosyal açıdan gelişimi merkez almış, şiddetten uzak, birbirlerine empati çerçevesinde yaklaşan sağlıklı ebeveynler ve çocuklardan oluşan aileler için kullanılmaktadır (Öztürk, 2020b). İkinci aile yapısı olarak görünürde normal (disfonksiyonel) aile kavramı, Öztürk (2003) tarafından ilk defa *"Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı"* başlıklı doktora tezinde

kullanılmıştır. Disfonksiyonel ya da görünürde normal aile, klinik olarak değerlendirildiğinde eşik altı tanı kriterleriyle seyreden, çocukluk çağı travmalarına yol açan, köklerini kuşaklararası bir tarihten alan, sağlıksız ve patolojik düşünce, duygu ve davranış kalıpları gösteren aileler olarak tanımlanmaktadır. Bu ailelerde psikiyatrik tanı almış en az bir çocuk ve herhangi bir tanı almamış olmasına rağmen eşikaltı tanı kriterlerine sahip ebeveynler bulunmaktadır (Öztürk, 2020a; Öztürk & Şar, 2006). Üçüncü olarak patolojik aile kavramına bakıldığında; ailenin hemen her üyesinin en az bir psikiyatrik tanısının bulunduğu görülmektedir (Öztürk, 2021a). Öztürk'e göre disfonksiyonel ve patolojik aileler kendi ebeveynlerinden getirdikleri yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle çocuklarını travmatize ve dissosiye etmekte, böylelikle travmanın kuşaklararası geçişine hizmet etmekle birlikte özellikle toplumda patolojik aileden çok disfonksiyonel aile yapısının daha yaygın olması ve dışarıdan kolaylıkla ayırt edilememesi sebebiyle görünürde normal (disfonksiyonel) aileler toplumun gelişimi açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır (Öztürk, 2020a).

2.1.4. Aile ve Otizm

Çocuk, ailenin en temel parçalarından biridir; evli çiftler, çocuk sahibi olmaya karar verdikleri andan itibaren doğacak çocukları odaklı yatırım yaparlar ki evlatlarına yönelik en önemli yatırımların başında duygusal yatırım gelmektedir. Çocuk sahibi olmanın aile içerisinde yarattığı pozitif algı, çocuğun nörogelişimsel bir bozukluk olarak otizmli olduğunun fark edilmesi ya da bu psikopatolojinin ortaya çıkması ile çözülmesi gereken bir krize dönüşebilmektedir. Ancak her zaman, otizm spektrum bozukluğu tanısı gibi gelişimsel bir bozukluğu olan çocuğa sahip olmak, ebeveynlerde negatif bir etki yaratmamaktadır. Ebeveynler, çocuklarının psikopatolojilerini ve gelişimsel açıdan sahip olduğu bozuklukları, en uygun şekilde desteklemek adına yoğun bir çaba gösterebilmekte ve bu süreçte de ruhsal sağlıklarını koruyabilmektedirler (Aydın, 2002). Konuşma problemlerinin yoğun bir şekilde görüldüğü otizmli çocuklar, psikopatolojilerinin doğası gereği anne-babalarının, kendileri ile

iletişime geçilmesine yönelik beklentilerine büyük oranda cevap veremezler. Otizmli çocuklar, çevrelerindeki kişi ve olaylara karşı genellikle kayıtsız bir tutum sergilerler. Çevresindeki olayları algılama sürecinde sorun yaşayan otizmli çocuklar, aktüel hayata dair her türlü bilgiyi ve davranışı öğrenmekte de güçlük deneyimlerler, ancak ebeveynleri onları destekledikleri zaman mevcut otizm belirtileri azalabilmektedir. Otizmli çocuklarla hem iletişim kurmak hem de onlara temel bilgi ve becerileri öğretmek, anne-babaları adına gerçekleştirmeleri gereken en önemli sorumluluktur (Fazlıoğlu-Özlü, 2004).

Otizmin aile içi ilişki dinamikleri üzerindeki etkilerine yönelik gerçekleştirilen bir çalışmada ebeveynlerin otizmli çocuklarının davranışları karşısında şaşırdıkları hatta kafalarının karıştıkları ortaya çıkmıştır. Toplumun çocuklarına verdiği yargılayıcı tepkilerden rahatsız olan aileler, çoğu zaman evlatlarının otizm yerine fiziksel bir rahatsızlığının bulunmasını tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Esenler, 2001). Otizmli bir çocuğa sahip olmak, başlangıçta kabul edilmesi oldukça zor bir durumdur. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan aileler; kızgınlık ve suçluluk hissedilmekte ve bu duygular, ebeveynlerin depresyon deneyimlemelerine yol açabilmektedir. Otizmli çocuğu olan ailede, ebeveynlerin birbirleriyle ve çevreyle olan ilişkilerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri adına psikolojik açıdan desteklenmeleri gerekmektedir. Ebeveynlerin, otizm spektrum bozukluğu ile ilgili yaşadıkları problemleri yakın çevreleri ile paylaşmaları çok önemlidir. Otizmle mücadele sürecinde başlıca sorumluluk anne-babalara düşmektedir. Ebeveynler, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarını nasıl yetiştirmeleri gerektiğine yönelik mutlaka profesyonel destek almalıdırlar. Ayrıca nörogelişimsel bir bozukluk olarak otizm spektrum bozukluğu belirtilerinin azaltılması adına bu konuda uzman bir psikiyatristin kontrolünde çocuğun belirli periyotlarla takip edilmesi oldukça kritiktir. Aile üyelerinin birbirleri ile sağlıklı bir iletişim halinde olmaları, otizmle ilgili problemlerin birlikte çözülmesini kolaylaştırmakta ve otizmli çocuklar aktüel hayatta gelişim gösterebilmektedirler (Fazlıoğlu-Özlü, 2004).

2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), klinik psikoloji, adli psikoloji, psikotravmatoloji, psikiyatri ile psikolojik danışmanlık ve rehberlik tarafından sıkça çalışılan bir ruhsal hastalıktır (Öztürk, 2020a). Otizm ile ilgili bilimsel çalışmalar seksen yılı aşkın süredir devam etmekte ve özellikle son yıllarda yaygınlığı artan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Çattık, 2022; Tidmarsh & Volkmar, 2003). Otizm spektrum bozukluğu, ilk kez 1943 yılında tanımlanmış olup bu yıldan günümüze kadar geçen süreçte otizm spektrum bozukluğu tanımlamalarında ve bu psikopatolojiye dair literatürde özellikle psikiyatrik tanı ve tedavi hususlarında belirgin değişimler gerçekleştirilmiştir. Tüm bunlarla birlikte Leo Kanner tarafından ortaya atılan *"erken çocukluk otizmi"* ya da diğer adıyla *''infantil otizm''* teriminin karşıladığı özellikler (dil gelişimi, sosyallik ve rutinlere bağlılıkta sorunlar) günümüzde hala geçerliliğini korumaktadır (Kaymak, 2020). Otizm spektrum bozukluğu, teşhis ve tedavi bakımından karmaşık bir bozukluk olmasının yanı sıra operasyonel tanımının, semptomlarının ve tarihinin iyi kavranması gerekmektedir (Şekerci, 2022).

2.2.1. Otizm Spektrum Bozukluğunun Operasyonel Tanımı

Otizm spektrum bozukluğu, dijital iletişim ağlarının çocuklar tarafından kullanım sıklığının artmasıyla birlikte özellikle son onlu yıllarda ön plana çıkan ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır. Otizm spektrum bozukluğu, beyin gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bireyin sosyal ilişkilerini ve iletişimini kesintiye uğratan, herhangi bir nesne ya da aktiviteye karşı ilgilerini ve davranışlarını yönlendirmesinde bozulmalar meydana gelen kompleks bir psikopatolojidir (Üstün Güllü & Altınoğlu Dikmeer, 2020). Otizm; sosyal etkileşimden uzak durma ve iletişim becerilerinde bozulmalarla birlikte hem sınırlı hem de tekrarlı davranış örüntüleriyle karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur (Nicolson & Szatmari, 2003; Tidmarsh & Volkmar, 2003). DSM-5 (2013)'e göre ise otizm spektrum

bozukluğu; çocukluğun ilk dönemlerinde ortaya çıkan, toplumsal iletişim ve etkileşimi başlatmada ve sürdürmede aksaklıklar, stereotipik davranışlar, rutinlerde ısrar ve bazı nesnelerle aşırı ilgilenme gibi hususlarla karakterize bir psikiyatrik hastalıktır (APA, 2013). Bunlara ek olarak otizm spektrum bozukluğu bulunan bireylerde; empati becerisinde zayıflık, göz temasında, konuşmada ve dikkat becerilerinde sorunlar görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise otizmi, sosyal iletişim ve etkileşim başlatmada güçlük, davranış değişikliklerinde zorlanma, detaylara odaklanmada aksaklık ve uyaranlara karşı sıra dışı tepkiler gösterme şeklinde tanımlamaktadır (DSÖ, 2022).

2.2.2. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tarihçesi

Otizm spektrum bozukluğu ilgili ilk ve öncü araştırmalar 1700'lü yıllarda Fransa'da Jan Itard ve İngiltere'de John Haslam tarafından yapılmıştır. Bu bilim insanları tarafından otizm kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve bu hastalığın semptomları tespit edilmeye çalışılmıştır. Otizm semptomları taşıyan insanlara *''diğer insanlar''* ismi verilmiştir (Gillberg & Coleman, 2000; Altınkese Göze, 2022). Otizm fenomeni ilk kez 1911 yılında psikiyatrist Dr. Bleuer tarafından şizofreni hastalarının kendilerini dünyadan izole etme ve çevresinde olan bitenlere karşı kendini kapatma davranışlarını tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (Kadak & Meral, 2019). 1943 yılına gelindiğinde ise Amerikalı bilim insanı ve psikiyatrist Leo Kanner 11 farklı çocuk ile boylamsal bir çalışma yapmış ve otizmli çocuklara özgü üç temel özellik tespit etmiştir. Otizme özgü temel özelliklerden birincisi, otizmli çocukların çevreleriyle iletişim kurarken yaşadıkları zorluklardır. Bu çocuklar akranlarından farklı olarak dışa kapalı olarak yaşamakta ve çevreleriyle iletişim kurma gereksinimi duymadan kendi iç dünyalarına yönelmektedirler. İkinci özellik, otizm spektrum bozukluğu vakalarının rutinlere fazlasıyla bağlı olmaları ve aynı kalmak konusunda ısrarcı tutum göstermeleridir. Bu çocukların alışık oldukları rutinlerde ufak bir farklılık dahi söz konusu olduğunda direnç ve

aşırı öfke nöbetleri söz konusu olabilmektedir. Üçüncü ve son özellik ise bu çocuklarda konuşmama ya da tekrarlı konuşma (ekolali) davranışlarıdır. Kanner, çocuklarda gözlemlediği bu farklılıkları *''infantil otizm''* olarak kavramsallaştırmıştır (Kanner, 1943).

Leo Kanner'den hemen sonra 1944 yılında Hans Asperger isimli çocuk doktoru, ergenlik dönemindeki dört çocukla yaptığı çalışmada bu çocuklarda, iletişimde aksaklıklar ve tek yönlülük, empati yoksunluğu ve dikkat sorunları gibi davranışsal özellikler gözlemlemiş ve söz konusu çocukları tanımlamak amacıyla *''otistik psikopati''* kavramını kullanmıştır. Daha sonrasında İngiliz Psikiyatrist Lorna Wing tarafından 1981 yılında alanyazına *''Asperger Sendromu''* kavramı kazandırılmış ve bu kavram günümüzde de hala kullanılmaktadır (Wing, 1981). Otizm ilk olarak 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM-III'de yer almıştır. 1994 tarihinde yayınlanan DSM-IV sınıflandırma sisteminde ise *''Otistik Bozukluk''* terimi kullanılmış ve "*Yaygın Gelişimsel Bozukluklar*" ana başlığı altında beş bozukluktan birisi olarak kabul görmüştür. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar kategorisindeki diğer bozukluklar ise Asperger Bozukluğu, Rett Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegrif Bozukluğu ve Atipik Otizm olarak bilinen başka türlü adlandırılamayan yaygın gelişimsel bozukluktur (APA, 1994; Motavalli Mukaddes, 2021). DSM-5'te ise otizm, diğer sınıflandırma sistemlerinden çok farklı olarak beş bozukluğu tek bir çatı altında toplamış ve DSM-IV'den ayrı olarak Yaygın Gelişimsel Bozukluklar yerine Otizm Spektrum Bozukluğu ifadesini kullanmıştır (APA, 2013; Tunçel, 2017).

2.2.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanı Kriterleri

Otizm spektrum bozukluğu tanısı koymak için psikiyatristlerin yararlandığı tanı sistemlerinden birisi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında güncellemesi yapılan DSM-5 tanı klavuzudur. Otizm spektrum bozukluğunun özellikleri arasında bulunan ve aşağıda bahsedilen 12 semptomdan en az ikisinin sosyal iletişim sorunlarından ve en az birer

tanesinin de iletişim problemleri ile sınırlı/tekrarlı davranış sorunlarından olması gerektiği ifade edilmiş; aynı zamanda bu belirtilerin 36 aydan önce görülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Birkan, 2009). Otizm tanılı bireylerde farklı özellikler bulunabilmekle birlikte sosyal iletişim ve etkileşimdeki bozukluklar, tekrarlı davranışlar, ilgi alanlarındaki kısıtlılık ve sözlü-sözsüz iletişim yetersizlikleri gibi belirtiler hemen hemen bütün otizmli bireylerde görülebilmektedir (Bodur & Soysal, 2004). DSM-5'e göre otizm spektrum bozukluğu tanısı için aşağıda belirtilen kriterlerin gözlemlenmesi gerekmektedir (APA, 2013).

A. Aşağıdakilerle birlikte görülen sosyal iletişim ve etkileşimde süreğen yetersizliklerin olması

a. Sosyal-duygusal tepki vermede aksaklıklar (Alışılmışın dışında toplumsal yaklaşım ve karşılıklı iletişime geçmede yaşanan güçlük, ilgi, duygu ve duygulanımını paylaşamama ve sosyal iletişim ve etkileşimi başlatamama ya da sürdürememe)

b. Toplumsal iletişimde sözel olmayan davranışlarda yetersizlik durumu (göz kontağı kurmada ve beden dilinde anormallikler, sözlü-sözsüz iletişim yetersizliği, jest-mimik kullanma ve anlama konusunda güçlükler)

c. İlişkileri başlatma, sürdürme ve anlama konusunda güçlük yaşama (arkadaşlık kurma, imgesel oyun kurma ve akranlarına karşı ilgi duymada eksiklikler)

Ağırlık derecesi, sosyal iletişimde görülen yetersizliklere ve sınırlı-tekrarlı davranış kalıplarına göre belirlenir.

B. Aşağıdaki maddelerden en az ikisi ile gözlemlenen kısıtlı ve tekrarlı davranış kalıpları ile ilgiler ya da etkinlikler

1. Basmakalıp veya tekrarlayıcı davranış kalıpları, obje-nesne kullanımı veya konuşma (basit düzeyde basmakalıp davranış paternleri, oyuncakları sıraya dizme, ekolali ve kendine has sözler)

2. Aynılıkta ısrar, rutinlerin dışına çıkmak konusunda tolerasyon zayıflığı ya da ritüel hale gelmiş sözel ve sözel olmayan davranış kalıpları (örneğin ufak değişikliklere aşırı stres gösterme, değişmeyen düşünce yapıları, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu kullanmak ya da aynı yemeği yemek istemesi)

3. Olağandışı şekilde ileri seviyedeki değişmez ve sınırlı ilgi alanları (alışılmışın dışında eşyalara takıntı geliştirme, saplantılı olma durumu)

4. Duyusal uyaranlara karşı aşırı düzeyde reaksiyon gösterme ya da hiç tepki vermeme veya çevredeki duyusal durumlara olağandışı ilgi gösterme (acıya ve ısıya duyarsızlaşma, belirli bazı ses ve yüzeylere beklenmedik tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama veya onlara dokunma, ışık ve hareketlerden haz alma)

Ağırlık derecesi, sosyal iletişimde görülen yetersizliklere ve sınırlı-tekrarlı davranış kalıplarına göre belirlenir.

C. Semptomlar erken gelişim döneminde başlamış olmalıdır.

D. Semptomlar, günlük işlevsellikte belirgin düzeyde bozulmaya yol açmış olmalıdır.

E. Bu bozukluk, gelişimsel gerilik ya da zihinsel yetersizlik ile açıklanamaz. Zihinsel yetersizlik ve otizm bir arada görülebilir ancak tanı konulması için sosyal iletişim düzeyi genel beklenene göre çok daha alt düzeyde olmalıdır (APA, 2013).

2.2.4. Otizm Spektrum Bozukluğunun Etiyolojisi

Otizm spektrum bozukluğunun yaygınlığının majör oranda artış göstermesi sonucunda bu bozukluğun etiyolojisi temelli araştırmalar da benzer oranda artmıştır. Günümüzde kesin olarak otizm spektrum bozukluğunun tek bir nedenden dolayı değil birden çok faktörün bir araya gelmesiyle meydana gelen kompleks bir psikiyatrik hastalık olduğu bilinmektedir (Gök Dağıdır, Bukan & Bahçelioğlu, 2022). Son birkaç on yıla kadar otizmin primer nedenleri olarak ebeveynlerin ya da bakım verenlerin davranış kalıpları ve karakter özelliklerinin etkisinin bulunduğu konulara daha çok odaklanılmıştır. *''Buzdolabı anne''* olarak kavramsallaştırılan ve 1967 tarihinde Bettelheim tarafından yayınlanan kitapta, bu annelerin başkalarına karşı soğuk ve ilgisiz tavırlarının çocuklarına da travmatize edici bir şekilde yansıttığını ve bu anne-babalardan kaynaklanan durumun da otizme yol açtığını ileri sürmüştür. Bu görüşe göre çocuklarına ilgisiz ve sıcak davranmayan ebeveynlere tepki olarak çocuklar iç dünyalarına çekilmekte ve otizm spektrum bozukluğu belirtileri sergilemektedirler (Feinstein, 2010; Kaymak, 2020). Yukarıda bahsedilen Bettelheim'in görüşüne benzer şekilde Nikolaas Tinbergen, otizm spektrum bozukluklarının sebebi olarak çocukların erken yaşlarda yaşamış oldukları duygusal travmalar olduğu tezini savunmuştur. Bu görüşe göre erken çocukluk döneminde duygusal travma yaşayan çocuk, annesiyle fonksiyonel güvenli bir bağlanma kuramamakta ve çocukta otizm spektrum bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır (Özdemir, 2014; Kaymak, 2020). Hem otizm spektrum bozukluğunun genetik temelinin fark edilmesi hem de çocukluğun özellikle ilk yıllarında normalin dışındaki beyin gelişimi ve farklı yapısal özelliklerin tespiti sebebiyle buna benzer görüşler önemini yitirmiştir (Kaymak, 2020). Otizm spektrum bozukluğuna sebep olan faktörler henüz tam olarak tespit edilmemesine rağmen genetik, çevresel ve beyin gelişimindeki anormalliklerden kaynaklanabileceği görüşü üzerinde durulmaktadır (Rakap, Birkan & Kalkan, 2017).

2.2.4.1. Nörolojik Faktörler

Otizm spektrum bozukluğuna neyin sebep olduğu günümüzde tam olarak bilinmemektedir. Bu bozukluğun tek bir etiyolojik açıklamasının bulunmasından ziyade birçok faktörün etkili olabileceği belirtilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı kişilerin beyinlerinin yapısı ve işleyişleri diğer kişilere oranla belirli parametreler açısından farklıdır. Otizm tanılı kişilerin hücreler arası sinirsel bağlantılarında normal gelişim gösterenlere göre anormallik olduğu düşünülmektedir (Gök Dağıdır, Bukan & Bahçelioğlu, 2022; Levy, Mendel & Schultz, 2009). Beyin görüntüleme cihazlarıyla yapılan incelemelerde otizmli çocukların beyinlerinin diğer çocuklara oranla daha büyük olduğu belirlenmiştir. Gelişimin bu derece hızlı ve erken olması sinirsel bağlantıları olumsuz etkileyebilmektedir (Lord, Elsabbagh, Baird & Veenstra-Vanderweele, 2018). DSM-5'e göre otizmin, nörogelişimsel bozukluklar kategorisi altında olması bu bozukluğun nörolojik bir problemden kaynaklandığını desteklemektedir (APA, 2013; Alver & Gümüş, 2020). Otizm spektrum bozukluğu tanılı bireylerde zekâ gelişiminde yetersizlikler ve epilepsi nöbetlerinin varlığı gibi nedenlerden dolayı da nörolojik faktörler, otizm spektrum bozukluğuna yol açabilmektedir (Mengi, 2019).

2.2.4.2. Genetik Faktörler

Otizm spektrum bozukluğunun genetik temelli olduğunu savunan görüşlerin dayanak noktası bu konuyla ilgili yapılan ikiz çocuklar ve aileleri üzerindeki araştırmalardır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı kişilerle yapılan genetik temelli araştırmalar sonucu tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine kıyasla otizm görülme ihtimali %90 oranında bulunmuş ve tek yumurta ikizlerinden birisi otizm ise diğer kardeşin de otizmli olma ihtimali %60 ile %90 aralığındadır. Otizm spektrum bozukluklarının erkeklerde kızlara göre yaklaşık 4 kat daha fazla görülmesi, bu açıklamanın temelleri arasındadır (Özeren, 2013; Gök Dağıdır, Bukan & Bahçelioğlu, 2022; Kaymak, 2020). Yukarıda bahsedilen tek ve çift yumurta ikizlerine dair

araştırmalar sonucu genetik bağlardaki anormallikler otizmin ortaya çıkmasında etken bir fatkördür. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların %10'unda Frajil X, Reet Sendromu, Tuberoz Skleroz ve Down Sendromu gibi psikopatoliler bulunmuştur. Ayrıca Tuberoz Skleroz tanılı çocukların %44 ünde, Frajil X hastalığı olan çocukların ise %12-21'inde otizm spektrum bozukluğu semptomları gözlemlenmiştir (Korkmaz, 2005). Otizme yönelik ilk çalışmaların yapıldığı zamanlarda Leo Kanner genetik bozukluklar üzerinde durmuştur. Daha sonraki yıllarda gelen Nissen ve Bernstein gibi bilim insanları da otizmin kalıtsal temellerine odaklanmışlardır. Genetik temelli araştırmalar, otizm spektrum bozukluğu tanılı kişilerle normal bireylerin kanlarında farklı bulgulara rastlanıldığını ve tek yumurta ikizlerinde otizm riskinin çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğunu göstermektedir (Mengi, 2019).

2.2.4.3. Çevresel Faktörler

Otizm spektrum bozukluğuna neden olan etmenler arasında çevresel faktörler yer almaktadır. Çevresel faktörlerin başında ağır metaller, vücuda olumsuz etkileri olan besinler, antibiyotikler ve tarımda kullanılan ilaçlar gibi sebeplerle birlikte ebeveynlerin çocuk sahibi olmadaki yaş seviyesinin artışı ve alkol-madde bağımlılıkları gibi hususlar gelmektedir (Özbaran, 2014). Yakın zamana kadar otizm spektrum bozukluğunun çevresel nedenlerinin başında aşıların olduğu savı hakimdi. Aşıların çocuklarda bağırsak problemlerine sebebiyet verdiğini ve bağırsak problemleri sonucunda da otizmin ortaya çıktığı düşünülmüştür. Ayrıca geçmişte aşıların içinde bulunan civaların otizme yol açtığı yaygın şekilde kabul edilmiştir. Günümüzde ise otizm spektrum bozukluğu ve aşı ilişkisi artık benimsenmemektedir (DeStefano, Price & Weintraub, 2013; Kaymak, 2020). Otizm spektrum bozukluğuna sebebiyet verdiği düşünülen önemli etkenler arasında doğum öncesi ve sonrasında meydana gelebilecek biyolojik gelişimdeki aksaklıklar, anne karnında bebeğin virüs kapması ya da doğum sırasındaki komplikasyonlar sıralanmaktadır (Korkmaz, 2000). Otizmli bireylerin

maruz kaldığı ani değişiklikler ve stres yaratan durumlar da otizme sebebiyet verebilecek durumlar arasındadır. Günümüzde otizme neden olabileceği düşünülen biyolojik faktörlerin yanı sıra alkol ve sigara bağımlılıkları, stres ve kaotik şehir yaşamında bulunma gibi psikososyal faktörlerin de otizme neden olduğu ifade edilmektedir (Mengi, 2019).

2.2.5. Otizm Spektrum Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Otizm spektrum bozukluğu, günümüzde en sık görülen nörogelişimsel bozukluklar arasında yer almakta, gelişimsel yetersizlik ile ilişkili bozukluklar kategorisinde ise en yaygın görülen türlerin başında gelmektedir (CDC, 2007). Otizmin görülme sıklığıyla ilgili yapılan ilk araştırmalarda 4/10.000 bir oran karşımıza çıkarken dünden bugüne otizm spektrum bozukluklarının yaygınlığın önemli bir artış gösterdiği ortaya çıkmaktadır (Karakoç-Demirkaya, 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde 11 farklı eyalette 8 yaşındaki çocuklarla otizm spektrum bozukluklarnın prevalansını belirlemeye yönelik geniş örneklemle gerçekleştirilen Amerikan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi'nin verilerine göre otizm spektrum bozukluklarının görülme oranı 2000 yılında 1/150 olarak tespit edilmiştir. Bu oran 2014 yılında 1/59, 2016 yılında 1/54 olarak saptanmışken; 2018 yılında ise 1/44'e kadar yükselmiştir. 2020 yılında Amerikan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezinin Otizm ve Gelişimsel Bozuklukları İzleme Ağı tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada otizm spektrum bozukluklarının prevalansı, 1/36 olarak bulunmuştur (Maenner ve ark., 2020).

Otizm spektrum bozukluğunun yaygınlığına yönelik yapılan sistematik bir çalışmada 2005 ve 2015 yılları arasında yayımlanan 27 epidemiyolojik rapor ortalamasında otizm prevalansı 91,92/10.000 olarak bulunmuştur (Adak & Halder, 2017). Yıllara göre otizmin yaygınlığında ki bu artışa sebep olan etkenlerin neler olduğu bilimsel açıdan önemli bir tartışma konusudur. Psikiyatrik tanıları sınıflandırma sisteminde gerçekleştirilen revizyonlar ve otizm spektrum bozukluğuna dair artan farkındalık, bu hastalığın toplumda görülme

sıklığının artmasıyla yakından ilişkilidir (Fombonne, 2005; Kadak & Meral, 2019). Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin yaptığı çalışmalar neticesinde otizm spektrum bozukluğu ile ailenin gelir durumu, yaş ve etnik köken gibi demografik özellikler arasında bir ilişki söz konusu değildir (Durkin ve ark., 2017). Buna ek olarak otizm spektrum bozukluğu erkeklerde kızlara oranla dört kat daha fazla deneyimlenmektedir (Çattık, 2022).

2.2.6. Otizm Spektrum Bozukluğunun Karakteristik Özellikleri

Otizm spektrum bozukluğu her çocuğu farklı şiddette ve özellikte etkilediği için bu tanıyı alan çocukların, hastalıkları ile ilişkili birbirinden belirli ölçüde farklılaşan karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Örneğin, bir çocukta yoğun şekilde gözlemlenen dönen nesnelere yoğun ve aşırı ilgi gösterme semptomu, başka bir otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukta minimal düzeyde görülebilmekte veya hiç görülmemektedir. Aynı şekilde bazı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklar seslere aşırı duyarlı olurken bazıları ise tepki vermeyebilmektedir (Arslan, 2020). Ayrıca otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların genellikle bedensel gelişimlerinde yaşıtlarına kıyasla herhangi bir farklılık bulunmaması, bazı sosyal, duygusal ve davranışsal özellikleri fark etme sürecinde ayırt edici olmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı her çocukta aşağıda bahsedilen özelliklerin tamamı görülmediği gibi bazı çocuklarda da nadir görülen özellikler söz konusu olabilmektedir (Yazkan, 2018).

2.2.6.1. Sosyal/Duygusal Özellikleri

Çevreye karşı duyarsızlık ve sosyal iletişim ve etkileşimdeki aksaklıklar otizm spektrum bozukluğu tanılı kişilerin genel karakteristik özellikleri arasındadır. Otizmli çocukların akranlarıyla etkileşimi ve iletişimi ile oyun dünyaları diğer çocuklara oranla kısıtlıdır. Otizmli çocukların iletişimi başlatmaları ve devam ettirmeleri yaşıtlarına oranla daha sınırlı düzeydedir (Darıca, Abidoğlu & Gümüşçü, 2021). İletişim başlatma ve sürdürmedeki aksaklıkla birlikte karşı tarafın duygularını anlama noktasında da belirgin bir

kısıtlılık söz konusudur. Bu çocuklarda kendi iç dünyalarına yönelme, tekrarlı davranış kalıplarıyla birlikte herhangi bir nesneye karşı aşırı bağlanma görülebilmektedir. Bununla birlikte otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda görülen bir diğer karakteristik özellik ise rutinlere olan aşırı bağlılıklarıdır. Rutin faaliyetlerde meydana gelebilecek en ufak bir değişiklik bile, onların sert tepkiler göstermesine yol açmaktadır (Wing, 2005; Aksoy, 2013).

2.2.6.2. Bilişsel Özellikleri

Otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizlik ya da diğer bir ifadeyle mental retardasyon bir arada görülebilmektedir. Eş tanı olabilmesi için toplumsal iletişim ve etkileşim seviyesinin genel gelişim düzeyinin altında olması beklenmektedir (Rakap, Birkan & Kalkan, 2017). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların bilişsel seviyeleri farklılık gösterebilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu bulunan çocuklar, üstün zekâlı olabileceği gibi düşük zekâ seviyesinde de olabilmektedir (Özlü Fazlıoğlu, 2004). Bununla birlikte zihinsel yetersizlik ve otizm spektrum bozukluğu komorbid tanılı kişilerin yaşam standartları ve aktüel hayata uyum sağlamaları zihinsel yetersizlik tanılı kişilere göre oldukça düşüktür (Motevelli Mukaddes, 2021). Otizm spektrum bozukluğu çocukların biliş seviyelerindeki farklılaşma sebebiyle sese, dokulara ve ışığa karşı aşırı hassasiyetleri de olabilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda dikkat eksikliği ve bellek problemleri de görülebilmektedir. Ayrıca otizmli çocuklar, matematik ve fen derslerinde ya da dil öğreniminde güçlükler yaşayabilmektedir (Rakap, Birkan & Kalkan, 2017).

2.2.6.3. Dil Gelişimi ve Özellikleri

Otizm spektrum bozukluğu tanısında görülen karakteristik özelliklerden birisi olan sosyal etkileşim ve iletişimdeki yetersizliklerin temelinde çocuklarda sıkça görülen dil gelişimi sorunları yer almaktadır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların %40'ında dil gelişimine dair belirgin düzeyde eksiklikler görülmektedir (Özlü-Fazlıoğlu, 2004). Bu konu

ile ilgili güncel bir çalışmada ise otizm spektrum bozukluğu tanısı bulunan çocuklardaki dil ve iletişim sorunlarının görülme oranının %25-30 arasında olduğu tespit edilmiştir (Brignell ve ark., 2018). Bu bozukluğa sahip çocuklarda konuşma gelişse bile dilin işlevsel kullanımı oldukça düşük düzeydedir. Bununla birlikte normal gelişim evrelerinden olan babıldama evresi otizmli çocuklarda görülmemektedir (Özlü-Fazlıoğlu, 2004). Etkili ve işlevsel iletişim kurma temel bir yaşam becerisidir ve iletişimdeki görülen zorluklar otizmli bireylerin akademik ve sosyal alanlardaki başarılarını düşürebilmektedir (Brignell ve ark., 2018).

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların dil gelişimi ve dili kullanma yetileri hayatları boyunca her zaman gelişim gösterememektedir. Bu çocukların kendilerini ifade edici dil yetileri normal gelişim gösteren çocuklara oranla oldukça düşüktür. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların mimiklerini kullanımındaki yetersizlikleri ve karşı tarafa duygu-düşünce aktarımının güç olması sosyal iletişim ve etkileşimin düşük seviyede kalmasına sebep olmaktadır. Sosyal iletişimin yapıtaşlarından biri olan iletişimi başlatma ve sohbeti sürdürme konularında da otizmli çocuklarda birtakım zorluklar görülebilmektedir (Aksoy, 2013). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların dil gelişim özellikleri normal gelişim gösteren çocuklardan farklı bir seyir halindedir ve bu çocukların bazılarında normal gelişim gösteren çocuklarda bulunmayan ekolali yani ses tekrarları olabilmektedir. Bu ses tekrarları reklamlardaki sözler, duyduğu şarkılarla kendini gösterebileceği gibi gün içinde duyduğu herhangi bir cümle veya kelimede olabilmektedir (Özlü-Fazlıoğlu, 2004).

2.2.6.4. Bedensel ve Motor Gelişim Özellikleri

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların davranışlarında akranlarına göre farklılıklar görülebilmektedir. Bununla birlikte bazı otizm spektrum bozukluğu düzeylerinde çocukların davranışları normal gelişim gösteren akranları gibi olabilmektedir (Wing, 2005). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların sosyal etkileşim ve iletişim alanındaki

yetersizlikleri sebebiyle taklit yetileri büyük oranda gelişmemektedir. Taklit yetilerinin gelişememesinin sonucu olarak çevresindeki davranış, jest ve mimiklerin taklitlerindeki eksiklikler sebebiyle çocuğun yüz ifadesi de künt bir hal almaktadır. Bunlara ek olarak otizm tanılı çocukların emekleme ve yürüme gibi motor davranış özelliklerinde de sorunlar görülebilmektedir (Bodur & Soysal, 2004; Leonard ve ark., 2015). Otizmli çocuklar, normal gelişim gösteren akranlarına kıyasla pek çok temel yaşam becerilerini gerçekleştirmekte zorlanabilmektedir. Örneğin en temel becerilerden olan kıyafet ve ayakkabı giyme davranışını otizm spektrum bozukluğu tanılı kişilerin yapamadığı görülebilmektedir (Özbey, 2005). Ancak tüm bu bahsedilen motor becerilerdeki kısıtlılık, çocukların uygun sportif faaliyetlere yönlendirilmesi sonucu pozitif yönde desteklenebilmektedir (Hassani ve ark., 2022).

2.2.7. Otizm Spektrum Bozukluğunun Aile Üzerindeki Etkileri

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklar ebeveynler tarafından psikopatolojisi olan bir çocuk olarak kabul edildikten sonra anne-babalar, evlatlarının gelişimlerini sürdürmek yoğun bir için çaba göstermektedirler. Bebeğin doğumundan itibaren sağlıklı bir çocuk isteyen ailede otizm tanısı belirli oranda hayal kırıklığına yol açabilmektedir (Zaki & Moawad, 2016). Özellikle anneler bu durumdan dolayı kendilerini suçlama eğilimine sahiptirler. Kendini suçlama ile birlikte tanrı tarafından cezalandırıldıklarını inanma ve yetersizlik düşünceler sıkça ortaya çıkmaktadır. Aile içerisinde çocuğun büyümesiyle sorunların çeşitliliği de çoğalmakta ve bu sorunlar aile için stres düzeyini de arttırabilmektedir (Zengin Akkuş, Bahtiyar Saygan, İlter Bahadur & Çak, 2020; Yazkan, 2018). Otizm spektrum bozukluğunun günümüzde kesinleşmiş ve psikopatolojiyi tamamen ortadan kaldıran bir tedavisinin olmaması, ebeveynlerde şiddetli düzeyde depresyona yol açabilmektedir. Normal gelişim gösteren çocuklardan farklı özellikler gösteren otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların sahip oldukları psikopatolojilerinin seviyelerine bağlı olarak aileler için oldukça

zorlayıcı bakımları ve ihtiyaçları olabilmektedir. Aileler için bu durumu yönetmek güç olabilmekte ve otizm, ebeveynlerde mutsuzluk, huzurluk ve endişeye yol açmaktadır (Yazkan, 2018). Atılgan ve Kolburan (2019) tarafından yapılan bir araştırmada otizmli çocuğu olan ve olmayan annelerin depresyon düzeyleri karşılaştırılmış; otizmli çocuğu bulunan annelerin depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmaya göre çocuklarının gelecekteki durumlarının belirsizliği, depresyonla birlikte kaygıya sebep olmaktadır.

Otizmli çocuğa sahip ailelerde çocuğun psikopatolojiyle ilişkili yaşantılanan etkilerden bir diğeri annelerin evlatlarıyla yoğun bir şekilde ilgilenmeleri konusunda aldıkları sorumluluktur. Babaların genellikle çalışmaları sebebiyle çocuğun bütün sorumluluğu annede olmakta ve bu durum aile ilişkilerinde problemlere yol açabilmektedir. Otizmli çocuğa bakım sağlama sürecinde zorlanan anne, eşinden destek almaya ihtiyaç duymaktadır. İhtiyaç duyulan destek işten eve geldikten sonra da eşine katkı sağlamaması sebebiyle sağlanamamakta ve bu durum da evlilik problemlerine yol açabilmektedir (Töret ve ark., 2014; Yazkan, 2018). Otizm spektrum bozukluğu tanılı evladı olan ailelerde çocuklarının durumunu çevreye açıklamadaki karşılaşılan zorluklar ve çocukların sosyal hayat içindeki davranış problemleri nedeniyle kendilerini toplumdan soyutlayabilmektedirler (Yazkan, 2018; Öz, 2018). Otizm spektrum bozukluğunun geçici bir durum olmaması yani yaşam boyu sürmesi, ebeveynlerde klinik düzeyde depresyona ve kaygıya neden olmaktadır (Aslan, Cihan & Altın, 2014).

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip olmak diğer gelişimsel yetersizlikleri bulunan çocuklara ebeveynlik yapmaktan daha stresli olabilmektedir. Bu bahsedilen konuya ilişkin bir çalışmada çocuğu otizmli olan ailelerin yaşadıkları bakım süreci ve kabullenme gibi sorunlar, down sendromu veya başka psikiyatrik tanılı çocukları olan ailelerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Smith & Anderson, 2014). Otizm spektrum bozukluğunun karakteristik özelliklerinden olan sosyal iletişim ve etkileşim problemleri kaynaklı ailelerde ruhsal ve duygusal sorunlarla birlikte yetersizlik hissiyatına yol açabilmektedir (Hall & Graff, 2011;

Allik ve ark., 2006). Çocuklarının otizm spektrum bozukluğu tanısı alması bütün aile fertleri üzerinde travmatik etkilere sebep olabilmekte ve anne başta olmak üzere, bu psikiyatrik tanı ile ilişili stres ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Atılgan & Kolburan, 2019; Higgins, Bailey & Pearce, 2005). Çocuğun bu tanıyı almasıyla beraber ebeveynlerin uyku saatleri, sosyal hayatları ve mesleki performansları gibi aktüel yaşamlarında negatif yönlü değişimler ortaya çıkabilmektedir. Bu değişimlerin beraberinde gelen özellikle otizmin iyileşme süreci ile ilgili belirsizlik anne ve babalarda subklinik ya da klinik düzeyde strese, kaygıya ve depresyona sebep olabilecektir (Atılgan & Kolburan, 2019). Tüm bunlarla birlikte çocuğun otizm tanısı alması aile bireyleri arasındaki birlik ve beraberliği de etkileyebilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip ailelerde boşanmalar diğer ailelere göre daha fazla olabilmektedir (Higgins, Bailey & Pearce, 2005).

2.2.8. Otizm Spektrum Bozuklukları ve Suç

Bir nörogelişimsel bozukluk olarak otizm spektrum bozukluğu sosyal etkileşim ve iletişimde yetersizliklerin yanı sıra, tekrarlanan davranışlar ve sınırlı ilgiler ile karakterizedir. Bu yetersizliklerden etkilenme derecesine bağlı olarak günlük yaşama uyumda otizmli bireyler arasında ciddi farklılıklar vardır. Otizmin, toplum tarafından daha fazla biliniyor olmasında rol oynayan önemli faktörlerden bir tanesi bu bozukluğun prevalansının son 20 yılda çok önemli bir artış göstermesidir. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde otizm spektrum bozukluğunun her 88 çocuktan birinde bulunduğu bildirilmektedir. Asperger Sendromu, otizm spektrum bozukluğunun alt kategorilerinden biri olup, dil ve iletişim becerilerinde herhangi bir sınırlılık görülmeyen otizmin hafif bir formu olarak ele alınan bir psikiyatrik hastalıktır. Otizm spektrum bozuklukları ve suç odaklı gerçekleştirilen kriminolojik bilimsel araştırmalarda; suç vakalarında otizm spektrum bozukluklarının görülme sıklığı; otizm spektrum bozuklukları ile suç işleme arasındaki ilişki ve otizm

spektrum bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik bozuklukların bulunması durumunda suç işleme konularına odaklanılmıştır (Howlin, 2004; Katz & Zemishlany, 2006).

Danimarka'da yürütülen bir araştırmada, otizm spektrum bozukluğu tanılı 313 vaka, düzenli olarak üniversite hastanelerinin çocuk psikiyatri bölümlerinin takibinde olup bu grubun %9'unun adli sicil kayıtları olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada otizm spektrum bozuklukları tanı kategorileri arasındaki dağılım incelendiğinde ise, Asperger Sendromu tanısı almış bireylerin %18'inde adli sicil kaydının olduğu ortaya çıkmıştır (Mouridsen, Rich, Isager & Nedergaard, 2008). Otizm spektrum bozuklukları ile ilgili araştırmaların önemli bir bölümünün Asperger Sendromu tanılı vakalarla gerçekleştirildiği görülmüş olup bu çalışmalarda toplam 37 Asperger Sendromu tanısı olan bireyin suça karıştığı belirlenmiştir. (Newman & Ghaziuddin, 2008). Asperger sendromu ile suç işleme arasındaki ilişkiyi incelemek üzere 1944-1990 yılları arasında yayımlanan 21 çalışmanın incelendiği bir araştırmada 132 vakanın %2.3'ünde asperger sendromu olduğu saptanmıştır (Ghaziuddin, Tasi & Ghaziuddin, 1991). Otizm spektrum bozukluğu olan vakaların otizme has bir özellik olan *"kurallara uyma davranışı"* sergilemeleri nedeniyle kanun dışı davranışlarda bulunma ve *"planlı suç"* işleme oranı düşük (%2.3)'tür (Silvia, Leong ve Ferrari, 2004). Otizm spektrum bozukluğu ya da asperger sendromu tanısı alan suç işlemiş bireylerde, büyük oranda komorbid psikiyatrik bozukluklar bulunmaktadır (Palermo, 2004).

2.3. Psikotravmatoloji

Psikotravmatoloji; psikiyatri, klinik psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik ile psikotarih gibi disiplinlerle ortak paydaları olan multidisipliner bir çalışma alanıdır. Psikotravmatolojinin operasyonel tanımı, travma kaynaklı durum veya olaylara dair bireylerin ve toplumların tepkilerine, travmaların sağaltımlarına ve örseleyici olayları önleme stratejileri odaklı psikolojinin temel bir alanıdır (Öztürk & Derin, 2020). Diğer bir ifadeyle akut ve

kronik travmatik deneyimlerin insan ruh sağlığına yansımasını ve bunun sonucunda ortaya çıkması muhtemel psikiyatrik bozuklukların tedavisini amaçlayan; deprem, sel ve yangın gibi doğal kaynaklı afetlerle ve terör, iç savaş, ihmal-istismar gibi insan kaynaklı afetlerle ilgili çalışmalar yapan bilim alanı, psikotravmatolojidir (Bailey & Brand, 2017; Everly, 1993). Psikotravmatoloji alanındaki duayen isimlerden olan ve çeyrek asırı aşkın tecrübeye sahip Öztürk (2020a), psikotravmatoloji çalışmalarını şu şekilde açıklamıştır.

> *"Psikotravmatoloji çalışmaları, kronik çocukluk çağı travmalarının hem kısa hem de uzun dönemli sonuçlarının tamamı demek olan dissosiyatif bozukluklar dahil olmadan yürütülemez. Travma sonrası stres bozukluğu ile dissosiyatif bozukluklar, birbiri ile fonksiyon geçişleri olan psikopatolojilerdir hatta travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozuklukların sadece bir alt kümesi olan psikiyatrik belirtilerden oluşmaktadır. Travmatik yaşantılar ile en yakın ilişkiyi gösteren travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar psikotravmatoloji çalışmalarının ana çalışma konularını oluşturmaktadır."*

Psikotravmatoloji alanındaki güncel çalışmalar travma ve dissosiyasyon konusunda yeni görüşlerin ortaya çıkmasını sağlamakla birlikte modern psikotravmatoloji akımlarının gelişmesine de zemin hazırlamaktadır. Psikotravmatoloji, bilimsel çalışmalara ek olarak psikoeğitim ve düşüncenin yeniden yapılandırılması gibi temel terapi tekniklerini desteklemekle birlikte travmaların proses ve nötralize edilmesi sürecinde karşılaşılan bilişsel çarpıtmalar gibi teorik bilgilerin klinik ortamlarda kullanılmasını da sağlamaktadır (Öztürk, 2020a). Aynı zamanda psikotravmatoloji, bireylerin temel yapıtaşlarından olan kültürün sağaltım aşamasında, vakaların doğasına uygun bir biçimde çalışılmasını da desteklemektedir. Bu bakış açısına göre bireyin ve vakanın kültürden bağımsız bir şekilde değerlendirilmesi, psikoterapi sürecinin önyargılardan uzak ve empati odaklı yürütülmesine maksimal oranda katkı sağlayacaktır. Psikotravmatoloji alanında yürütülen çalışmalar, bireylerin erken

dönemdeki çocukluk çağı travmalarının sebep olduğu psikopatolojileri de net bir şekilde göstermektedir. Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkileri çocukluk dönemindeki biyopsikososyal gelişim sürecinden yetişkin dönemdeki kişilerarası ilişkilere kadar görülebilmektedir (Öztürk, 2020a; Öztürk & Derin, 2020).

Psikotravmatoloji ile ilgili ilk ve öncü bilimsel çalışmalar Pierre Janet'in Paris'teki Salpetriere Hastanesi'nde yürüttüğü dissosiyasyon ve travma odaklı araştırmalarıyla başlamıştır. Öztürk'ün psikotravmatolojinin duayeni olarak kabul ettiği ve bu alana adını altın harflerle yazdıracak ölçüde bilimsel ve klinik çalışmaları bulunan Janet'e göre sağlıklı olmanın temel koşulu, çok sayıda psikolojik fenomeni birleştirebilen yüksek bir entegrasyon kapasitesinin mevcut olmasıdır (Janet, 1907). Janet'in entegrasyon kapasitesi, bireyin olaylar karşısında bağ kurabilme yetisi ile karakterizedir. Travmatik yaşantıların deneyimlenmediği ruhsal açıdan sağlıklı bir çocukluk geçiren bireylerde bu bağ kurma kapasitesi, örseleyici olayları anlamlandırma ile yakın ilişki göstermektedir. Travmatik olaylar, bu bağ kurma yetisini olumsuz etkileyebilmekte ve depresyon bozukluklarından dissosiyatif bozukluklara kadar çok sayıda psikopatolojinin görülmesine neden olabilmektedir (Öztürk, 2020a; 2021).

2.3.1. Modern Psikotravmatoloji: Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları

Günümüzde dünyanın her yerinde travmatik yaşantılarla ilişkili dissosiyatif bozukluklara yönelik yoğun akademik ilgi ve önem, son zamanlarda psikotravmatolojinin esas kriterleri korunarak *''modern psikotravmatoloji''* odağına kaymıştır. Modern psikotravmatoloji çalışmaları sayesinde dissosiyatif bozuklukların önemi çok daha fazla vurgulanmış olup dissosiyatif bozukluklarla beraber travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojilerin birlikte ele alınıldığı araştırmalar artmaya devam etmektedir (Öztürk, 2022c). Psikotravmatoloji, kronik, kompleks ve kümülatif travmatik deneyimlerin bireylerin ruh sağlıkları üzerindeki psikojen izdüşümlerini ve yaşam boyu süregelen psikopatolojilere

dönüşümünü kapsamlı şekilde değerlendirerek bu psikopatolojilerin travma odaklı psikoterapilerle sağaltımını amaç edinen bir psikoloji çalışma alanıdır (Öztürk, 2020a). Psikotravmatoloji çalışmaları genellikle travma sonrası stres bozukluğu eksenli yürütülüp ikinci basamak olarak dissosiyatif bozuklukları ele alırken, modern psikotravmatoloji çalışmaları ise dissosiyatif bozukluklar merkezinde travma sonrası stres bozuklukları ve diğer travma ilişkili psikiyatrik hastalıklara odaklanmaktadır (Öztürk, 2022a).

İnsanlık tarihi boyunca *"modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon çalışmaları"* eksenli çalışmalar yükselme ve sönme dönemleriyle varlanış göstermektedir. Ruh sağlığı uzmanlarının ve kitlelerin birbirlerine yönelttikleri fobik temelli tutumlar sebebiyle yükselme ve sönme dönemleri yaşanmaktadır. Modern psikotravmatolojinin yükselme dönemleri, *''psikotoplumsal merhamet düzeyleri'', ''profesyonel farkındalık seviyeleri''* ve *''optimum bilinç dereceleri''* ile paralellik gösterirken sönme dönemleri ise *''travmalara direnç'', ''psikopatolojik duyarsızlık''* ve *''ana-akım psikiyatri camiasının ihmali''* ile karakterizedir (Öztürk, 2022a; 2022b). Modern psikotravmatoloji merkezli çocukluk çağı travmalarının içinde yer alan yanlış çocuk yetiştirme stilleri psikotoplumsal açıdan analiz edilmeden kısa ve uzun dönemli krize müdahale yaklaşımları ve stratejileri geliştirilemez. Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve paradigmaları çerçevesinde çocukluk çağı travmaları, empati kesintili şiddet odaklı disfonsiyonel çocuk yetiştirme stilleri içerisinde işlev gören ve öznelerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve adeta çocuğu cezalandırma aracı olarak kullanılan ilkel davranışlardır (Öztürk, 2022b; 2022c).

Dissoanaliz kuramına temel olan modern psikotravmatoloji, *''kuşaklararası travma geçişi'', ''kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı'', ''kuşaklararası psikopatoloji aktarımı'', ''kuşaklaraşırı travma geçişi'', ''kuşaklaraşırı dissosiyasyon aktarımı''* ve ''*kuşaklaraşırı psikopatoloji aktarımı''* odaklı çalışmalar ekseninde akademik ilerlemesini sürdürmektedir (Öztürk, 2022a; 2022b). Klinik psikoloji, adli psikoloji, psikiyatri ve psikolojik danışmanlık

gibi birçok disipline yön veren modern psikotravmatoloji çalışmalarına en fazla katkı sağlayan bilim insanları *''dissoanalistler'', ''psikotravmatologlar''* ve *''psikotarihçiler''*dir (Öztürk, 2022a). Modern psikotravmatoloji paradigmalarıyla dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojilerin sağaltımlarını başarıyla gerçekleştiren dissoanalistler ve travma terapistleri, çocukluk çağı travmaları ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri konulu çalışan psikotarihçiler ile travmatik olayların nötralize edilmesinde etken bir rol oynayan psikiyatristler, bu alanda öncül konumdadır (Öztürk, 2022b). Bireysel ve toplumsal travmalar ile dissosiyasyon çalışmalarıyla küresel çaptaki çalışmalarıyla ruh sağlığı uzmanlarına majör oranda rehberlik eden psikotravmatolog, dissoanalist ve pskotarihçi kimliği olan Öztürk (2022b) modern psikotravmatoloji tanımını şu şekilde yapmıştır:

> *"Klinik psikoloji, psikiyatri ve psikotarih disiplinlerinin travma ve dissosiyasyon paradigmaları ile eşlenik temel ilkeleri ve temel bileşenleri bulunan modern psikotravmatoloji; travmatik olaylarla ilişkili hem bireylerin hem de kitlelerin psikotoplumsal yönelimli dissosiyojen tepkilerine, kuşaklararası ve kuşaklaraşırı psikopatoloji aktarımlarını önleme stratejilerine ve psikoterapi süreçlerine odaklanan psikolojinin klinik yönelimli ana çalışma alanıdır."*

Empatiden uzak ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, çocukluk çağı travmaları, doğal afetler, toplumsal şiddet eylemleri, kitlesel savaşlar ve terör olayları ile en yakın ilişkiye sahip dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, büyük oranda eşzamanlı görülen psikopatolojilerdir. Modern psikotravmatoloji perspektifinde travma sonrası stres bozukluğunun dissosiyatif bozukluklar bağlamında değerlendirilmesi, bilimsel platformlarda dissoanalistlerin önemini arttırmaktadır (Öztürk, 2022c). Dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatolojiye göre travmatik yaşantılar sonucunda ortaya çıktığı kabul edilen esas psikopatolojinin dissosiyatif bozukluklar olması, bu vakaların sağaltım süreçlerindeki dissosiyatif tepkilerin terapistler tarafından fark edilmesini mümkün kılmaktadır (Öztürk,

2022b). Dissosiyasyon odaklı klinik psikoloji yaklaşımları ve travma merkezli psikoterapi modelleri, modern psikotravmatoloji çalışmalarının özünü oluşturmaktadır ki bu bağlamda gerçekleştirilen bilimsel çalışmalar ve ruhsal tedavi yöntemleri aracılığıyla travmatik yaşantıların nötralize edilmesi mümkün olmaktadır (Öztürk, 2022a).

2.3.2. Travma Kavramı

Travma; beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, kişiyi çaresiz bırakan ve mevcut savunma mekanizmaları ile baş edilemeyen olaylar için kullanılan bir psikolojik fenomendir. Travmanın beklenmedik ve ani gelişimli doğasının yanında kontrol edilememesi, kişinin temel güven duygusunu zedeleyebilmekte ve kaygı sorunlarıyla birlikte geleceğe dair olumlu bilişleri bozabilmektedir (Belce-Bahşi, 2021; Tedeschi & Calhoun, 2004). Ruppert (2021) travmayı, tehdit edici niteliğe sahip bir olay ile bireyin baş etme mekanizması arasındaki yetersizlik sonucu ortaya çıkan çaresizlik hissi ve diğer kişilerin yardımına muhtaç kalma durumunun kişide olumsuz duygulara yol açtığı kritik yaşantılar şeklinde tanımlamıştır. APA (2013)'ya göre ise travma; bir kişinin gerçek bir kayıp ya da ölüm tehdidi yaşaması veya fiziksel bütünlüğüne dair zarar verici nitelikte bir olay yaşaması ya da ağır bir şekilde yaralanması; tüm bu sayılanlara şahit olması veya bir yakınının bunları deneyimlemesi gibi örseleyici olayların bütünü şeklinde tanımlanmaktadır.

APA (2013)'ın travma tanımında vurgulandığı ve tekrar belirtilmek istenildiği üzere bir olayın travma olarak nitelendirilmesi için fiziksel bütünlüğe ve yaşama dair tehdit içermesi temel bir gerekliliktir. Bu tanım travmayı ayrıntılı bir şekilde açıklasa da hayati tehlike ya da fiziksel bütünlüğe tehdit dışında kalan ancak kişi için örseleyici etkiye sahip bir çocuğun annesi tarafından terk edilmesi veya istismara maruz kalması gibi örseleyici olayları büyük oranda göz ardı ettiği düşünülmektedir (Belce-Bahşi, 2021; Taycan, 2019). Briere ve Scott (2021) bu konuya açıklık getirmek için travmatik olayları *''bireylerin içsel kaynaklarının*

yetersiz kaldığı ve uzun dönemli psikopatolojilerin ortaya çıkmasına yol açtığı örseleyici olaylar'' şeklinde tanımlamıştır. Öztürk (2020a) ise travmayı ‘‘*nesnel tehdit ile öznel baş etme yetisi arasındaki yaşamsal dengesizlik''* olarak öz bir şekilde açıklamaktadır. Aktüel yaşamda deneyimlenen her stresli ve zorlu olay, bireyler tarafından travmatik bir yaşantı olarak algılanmamaktadır. Travma, bireyin sadece stresli ve zorlu olaylarla karşılaşması değil, bu zorlu olaylar sonucu şok, korku ya da yetersizlik duygularının yaşantılanması durumudur. Bununla birlikte travmatik olayların aktüel hayatın içindeki diğer zorlayıcı olaylardan ayıran bir başka özellik ise travmatik yaşantılar sonucu bireyin bu olayla baş etme gücünün olmaması ve aktüel hayatın işlevselliğinin bozulmasıdır (Aker, 2012).

Travmatik yaşantıları; insan eliyle ve kasıtlı şekilde gerçekleştirilen örseleyici olaylar, doğal afetler ve kazalar şeklinde genel hatlarıyla üç başlık halinde ele almak mümkündür (Aker, 2012). Travma ile ilişkili bir diğer sınıflandırma ise Terr (1991) tarafından yapılmıştır. Terr, travmanın kaynağını belirlemek yerine, stres verici etkene karşı verilen tepki ve dışsal olayların içsel veya zihinsel sonuçları üzerinde durmakta ve çocukluk çağı travmalarını iki temel kategoriye ayırmaktadır. Geçmişteki başa çıkma ve savunma mekanizmalarını sona erdiren, genç bir kişiyi geçici bir süreliğine çaresiz bırakan, beklenmeyen bir darbenin (Tip I) veya birden fazla, sürekli ve uzun süreli travmanın (Tip II) zihinsel çıktıları olarak tanımlamıştır. Tip I travmalar; kazalar, suça yönelik şiddet olayları (tecavüz, silahlı saldırı vb.) ve kısa süreli doğal afetler (deprem, sel vb.) gibi beklenmedik ve ani şekilde ortaya çıkar. Tip I travmalar genellikle aşırı uyarılma, kaçınma ve örseleyici olayları bellekte tekrar yaşantılama belirtileri olarak kendini gösterir. Tip II travmalar; işkence, savaş esiri olma, çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismar gibi kronik ya da uzun dönemli ruhsal açıdan yaralayıcı olaylarla ilişkilidir. Tip II travmaların ardından, duyarsızlaşma, öfke, inkâr ve dissosiyasyon gibi psikiyatrik belirtiler gelişmektedir (Terr, 1991).

Travmatik olaylar sonucunda kişinin yaşamsal bütünlüğü tehdit altına girmekte ve birey bu durumla baş edemediği için korku ve anksiyete duyguları baskın hale gelmektedir (Janet, 1907; Öztürk, 2020a; Şar, 2018). Travmatik olaylara karşı verilebilecek tepkiler genel hatlarıyla kaçma, donma, savaşma ya da boyun eğmedir. Donakalma ve boyun eğme tepkisi dissosiyatif doğalı bir tepkidir. Travmatik deneyim sonucunda bireyler donakalma gibi dissosiyatif reaksiyonlar göstermektedir. Bununla birlikte travmalara karşı verilebilecek en etkili ya da en ideal tepkiden bahsedilememektedir ki ilgili durum *''travma paradoksu''* olarak adlandırılmaktadır. Travmatik deneyimler sonucunda boyun eğme ve donakalma gibi dissosiyatif doğalı tepkiler ileride dissosiyatif bozukluklar gibi psikopatolojilerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Özellikle çocukluk çağı travmaları içinde sayılan cinsel istismar sonucu donakalma ya da boyun eğme gibi tepkiler verilmişse yaşamın ilerleyen zamanlarında dissosiyatif kimlik bozukluğu görülme ihtimali çok daha fazla olabilmektedir. Travmatik deneyimlere karşı verilen savaşma ve kaçma tepkileri sonrası psikopatolojilerin ortaya çıkma ihtimali daha azdır (Bailey & Brand, 2017; Öztürk, 2020a).

Travma yeniden vurgulanmak istenildiği üzere, nesnel tehdit ile öznel baş etme yetisi arasındaki yaşamsal dengesizlik olarak tanımlanmaktadır. Travmatik deneyim adeta bir ukte ya da kişinin hayatında çözülmeyi bekleyen bir düğümdür. Kişi için bu ukte ya da düğüm öznel baş etme yetisi aracılığıyla proses ya da nötralize edilemezse aktüel yaşama uyum için dissosiye edilmekte yani yok sayılmaktadır (Öztürk, 2003; 2020a). Bu dissosiyatif reaksiyonunun sonucunda kişinin bağ kurma ve hayatı anlamlandırma gibi adaptif özellikleri adeta felce uğrar; bu doğrultuda çaresizlik ve mutsuzluk ortaya çıkar. Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları sonucu kişide dissosiyatif doğalı psikopatolojiler ortaya çıkmaktadır. Psikotravmatolojinin duayeni Janet, ruhsal açıdan sağlıklı olmanın tanımını *''çok sayıda psikolojik fenomeni birleştiren yüksek bir bütünleştirme kapasitesinin mevcudiyeti''* olarak yapmıştır (Janet, 1907). Bu tanımda bahsedilen ruhsal açıdan sağlıklı olmaktan

kastedilen kişinin bağ kurabilmesi yani assosiyasyondur. Normal şartlarda olağan bir çocukluk dönemi geçirildiği takdirde bireyde assosiyasyon; diğer bireylerle ve hayatla bağ kurabilme kapasitesi optimal düzeyde olmaktadır (Öztürk, 2020a; 2022b).

Örseleyici olaylar söz konusu olduğunda öznelerin bağ kurabilme kapasitesi zedelenmekte ve kişilerde depresyon bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklar gibi travma ile ilişkili psikopatolojiler ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2022a). Travma, çocukluk veya ergenlik gibi gelişimsel açıdan kritik dönemlerde yaşantılanırsa *''çocukluk çağı travmaları''* olarak kavramsallaştırılmaktadır. Çocukluk çağı travmaları genel olarak ihmal ve istismarın şemsiye bir kavramı olarak düşünülse de deprem, yangın ve sel gibi afetler, hayati tehlike oluşturan kazalar, boşanmalar, sevilen birisinin ölümü, uzuv kaybı, savaşlar, kitlesel terör olayları, göç ve ciddi hastalıklara yakalanma gibi birçok durum çocuklar için travmatik bir yaşantı olarak değerlendirilmektedir (Aker, 2012). Yetişkinlik döneminde bireyin maruz kaldığı travmatik deneyimlerin ruh sağlığı üzerinde farklı yoğunluklarda psikojen iz düşümleri olsa da çocukluk çağı travmalarının kalıcı ruhsal bozukluklarla daha yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Briere & Rickards, 2007; Gal, Levay & Gross, 2011).

2.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Tarihsel süreçte çocuk, birbirinden farklı kültüre ve coğrafi koşulları sahip toplumlarda çok sayıda travma deneyimlemiştir. Çocuklar eski çağlarda, tanrılara kurban edilme ve zorla çalıştırılma gibi durumlar sebebiyle örselenmiştir. Fransız doktor Tardieu 1860'da çocuk istismarına ilişkin ilk çalışmaları yaptıktan sonra 1946'da Caffey isimli bilim insanı vücuttaki kaburga kırıkları ve beyin kanamaları ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1962 yılında ise Kempe ilk kez *''örselenmiş (hırpalanmış) çocuk sendromu''* kavramını kullanmış ve zamanla bu kavrama, çocuk istismarı adını vermiştir (Kara ve ark., 2004). Çocukluk çağı travmaları, çocuklukta ve erişkinlik öncesi dönemde doğrudan ya da

dolaylı maruz kalınan istismar ve ihmal başta olmak üzere çift mesaj, sahte karşılıklılık ve evlat ayrımı gibi disfonksiyonel iletişim stillerini de kapsamaktadır (Öztürk, 2020a; 2021). Dünya Sağlık Örgütü (2014) çocuk ihmal ve istismarını, "*çocuğun, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan davranışlar*" olarak belirtmiştir. Genel itibariyle çocukluk çağında yaşanan istismara ek olarak okutulmama, doktora/dişçiye/psikoloğa götürülmeme, şımartılma, evlat ayrımı, duyarsızlık, yetişkinleştirme, yüksek beklentide bulunma ve çifte mesaj gibi ihmal durumları da çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkilidir (Öztürk, 2003; 2020a; 2022a; 2022b).

Çocukluğun ilk yıllarında görülen travmatik yaşantıların bireyin kişilik yapısında ve psikopatolojilerin oluşumunda etkili olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı travmaları bireyin uyum kapasitesini bozmakta, kişinin düşünce, duygu ve davranış alanlarında belirli ölçüde bozulmalara yol açmaktadır (Öztürk, 2003; Öztürk & Şar, 2005). Yaşamın ilk yıllarından itibaren maruz kalınan travmatik deneyimler diğer adıyla çocukluk çağı travmaları öznelerin ruhsal entegrasyonlarını kesintiye uğratmakta ve işlevselliklerini bozmaktadır. Bunlarla birlikte travmatik deneyimler bireylerin yaşamlarında kalıcı izler bırakarak adeta hayatlarını *''travmatik milat''* olarak adlandırılan iki bölüme ayırabilmektedir. Travmatik milat sonrası örselenen bireylerin düşünceleri, hafızaları ve hatta kimlikleri kesintiye uğramaktadır. Öz bir ifadeyle travma kişinin belleğinde ve kimliğinde travma öncesi ve travma sonrası iki bölüm oluşmaktadır (Öztürk, 2022a). Travmatik yaşantıdan önce kendine güvenen ve güçlü olan bir kişi güçsüzleşmiş ve incinmiş hissedebilmekle birlikte dünyaya karşı güven duygusu da zedelenebilmektedir (Ruppert, 2021). Travmatik deneyimlerin erken yaşta görülmeye başlandığı durumlarda kişilerde dissosiyatif bozukluklar ve depresyon bozuklukları gibi çeşitli psikopatolojiler ortaya çıkabilmektedir (Şar & Öztürk, 2005; Öztürk, 2020a). Genel olarak çocukluk çağı travmaları; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal şeklinde aşağıda kapsamlı bir biçimde ele alınmaktadır (Öztürk, 2020a).

2.3.3.1. Çocuk İstismarı ve İhmali

Çocukluk ve ilk gençlik yıllarında yaşanan çocuk istismarı ve ihmali; kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığını hatta ruhsal entegrasyonunu bozabilen, bireylerin proses edilmesi oldukça güç nitelikte psikolojik açmazlara yol açabilen ve psikotarih, klinik psikoloji, psikiyatri, psikolojik danışmanlık ve adli bilimler perspektifinden değerlendirilen bir fenomendir (Öztürk, 2020a). Toplumların ve halkların ileri refah düzeyine ulaşması önündeki engeller arasında çocuk istismarı ve ihmali dikkate alınması gereken bir hususdur (deMause, 1998). Bir psikotravmatolog ve psikotarihçi olan Öztürk, erken dönemde maruz kalınan çocuk istismarı ve ihmali gibi örseleyici yaşam deneyimlerinin, kişinin yetişkinlik döneminde karşılaşabileceği olumsuz yaşam deneyimlerinden hem çok daha fazla hem de çok daha şiddetli ruhsal problemlere yol açabileceğini vurgulamaktadır (Öztürk, 2003). Çocukluk çağı travmalarının, gelişimsel açıdan öznelerin en savunmasız dönemlerinde yaşantılanması, kronik ve genellikle tanıdık birisi tarafından istismar öyküleri gibi sebeplerle kişide kimlik sorunları, dissosiyatif bozukluklar ve depresyon bozuklukları gibi psikopatolojilerin yanında ileriki dönemde fonksiyonel kişilerarası ilişki kuramama gibi açmazlara yol açmaktadır (Briere & Rickards, 2007; Bureau, Martin & Lyon-Ruth, 2010). Çocukluk çağı travmaları çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığına doğrudan ya da dolaylı etkilere sahip her türlü fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile ihmal yaşantılarını tanımlamaktadır (Krug ve ark., 2002).

2.3.3.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihi

Çocu istismarı ve ihmali kavramı tarih boyunca farklı disiplinler tarafından farklı eksenlerde değerlendirilmiştir. Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili tarihsel kaynaklar incelendiğinde bu kavramların cinsiyetten, kültürden, yaşanılan coğrafyadan ve zamandan bağımsız olmadığı anlaşılmaktadır. Tarih öncesi dönemlerde göçebe hayatın zorluğu sebebiyle buna uyum sağlayamayan güçsüz ve sağlıksız çocuklar öldürülmekte ya da dini

ritüeller gereği kurban edilmektedir (Pehlivan & Çıkrıkcı, 2023). Antik Yunan tarihinde savaşlar ve tarım işleri nedeniyle fiziksel olarak güçlü erkek çocuklara daha fazla değer verildiği, bu çocukların eğitim almada öncelikli olduğu hatta bununla birlikte kız çocuklarının geleceklerinin ailenin insiyatifine bırakıldığı bilinmektedir. Evde otorite figürü olarak kabul edilen baba, çocuklarını isterse adeta bir köle olarak satabilmekte veya sakat bırakarak cezalandırabilmektedir. Geçmiş dönemlerde kız çocuklarına isim dahi verilmediği bazı ailelerin küçük kız çocuklarını yetişkin gibi giydirip erkek çocuk doğurmaları için yetiştirmeye çalıştıklarına dair travmatize edici ve çocuk haklarının tamamen yok sayıldığı bir disfonksyonel süreç sıkça yaşantılanmıştır (Karadoğan, 2019; Pehlivan & Çıkrıkcı, 2023).

Eski Türkler'de erkek çocuklar neslin devamı için önemsenmiş; ayrıca kendi isimlerini hak etmeleri için kahramanlık göstermeleri de beklenmiştir. Kız çocuklarına ise annelik ve doğurma görevleri addedilmiştir. Eski Arap toplumlarında da benzer uygulamalar görülmüştür. Erkek çocuklar neslin devamı ve fiziksel güç gerektiren işlerden dolayı değer görürken kız çocukları bazı yerlerde gömülebiliyordu. 18.yüzyıla kadar Avrupa bölgelerinde de yukarıda bahsedilen uygulamalar söz konusuydu. Bazı çocukların yetişkinler gibi giydirilip ağır işlerde çalıştırıldığı gibi uygulamalar görülmüştür. 20. Yüzyılda ise çocuklara karşı bakış açısında olumlu değişimler gerçekleşmiş ve onların kötü muamelelerden korunmaları gerektiği benimsenmiştir (Karadoğan, 2019). Çocuklara yönelik ihmal ve istismar yani çocukluk çağı travmaları, tarih boyunca karşılaşılan bir durumdur. Bu kavramları daha iyi anlamak için operasyonel tanımlara bakmak gerekir (Pehlivan & Çıkrıkcı, 2023).

Çocuk istismarı ve ihmali; çocuklara ebeveynleri veya çocuğun bakımıyla ilgili kişiler ya da yabancılar tarafından çocukların fiziksel, emosyonel, bilişsel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Güler ve ark., 2002). Aral ve Gürsoy (2001) tarafından yapılan çocuk ihmali tanımı ise; ailenin ve çocuğun gelişimiyle ilgili kurumların temel sorumluluklarını yerine getirmemesidir. Yani çocukla

ilgilenilmemesi, sağlıklı beslenmemesi, tıbbi destek sağlanmaması ve çocuğun tek başına bırakılması gibi durumların hepsi ihmal olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı ise ihmale kıyasla daha eylem odaklıdır ve ebeveyn ya da bakım veren tarafından çocuğun darp edilmesi, cinsel yönden kötüye kullanım gibi fiziksel, cinsel ve duygusal zarar verici olaylardır (Aral & Gürsoy, 2001). Çocuğa yönelik olumsuz sonuçları olan zarar verici olaylar fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmal olarak dört kategoride incelenmektedir (Runyan ve ark., 2002).

2.3.3.3. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun kaza harici sebeplerden ötürü yaralanması veya bakım verenleri tarafından yeterince gözetilmemesinden dolayı gelişen fiziksel zararlar ile ilişkilidir. Çocuklarda kazalara bağlı yaralanmalar sık görülse de çocuğun yaşına uygun olmayan ve kendi kendine gerçekleşme ihtimali düşük yaralanmalarda istismarı düşünmek gerekir. Kaza dışı gelişen yaralar genellikle ebeveynin çocuğuna karşı bir cezalandırma yöntemi olarak uyguladığı fiziksel davranışları kapsamaktadır. Fiziksel istismar tipleri içinde en sık görülen dövme (darp) ile birlikte yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi ve boğulma söz konusu olabilmektedir (Kara ve ark., 2004). Bir diğer tanım olarak fiziksel istismar, bakım veren tarafından çocuğa yönelik fiziksel zarar veren ya da zarar verme potansiyeli olan eylemler olarak tanımlanmaktadır (Runyan ve ark., 2002). Polat (2019) ise fiziksel istismarı; vücutta ciddi morluk ve kızarıklar, kırıklar, sıyrıklar, yanıklar, kafa travmaları ve iç organ yaralanmaları gibi belirtilerin mevcut olması açısından fark edilmesi en kolay istismar türü olarak tanımlamaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli nokta bu yaralanmaların kaza dışı olmasıdır. Çocuğa bakım veren kişilerin aktardığı yaralanma öyküsü ile fiziksel bulgularda uyuşmazlık söz konusu ise fiziksel istismardan şüphelenmek gerekir (Pehlivan & Çıkrıkcı, 2023). Fiziksel istismarla ilgili literatürde birçok tanım bulunsa da bütün tanımların ortak noktada buluştuğu husus, çocuğun sağlığının kötü etkilenmesi ve vücut yaralanmalarına

sebep olmasıdır. Fiziksel istismar vakalarında morarmalar, sigara izleri, kırıklar ve iç organ kanamaları gibi fiziksel belirtiler görülmektedir (Pelcovitz ve ark., 2000).

Fiziksel istismar en sade fakat en kapsamlı tanımıyla, çocuğun kaza dışı kasten yaralanmasıdır. Fiziksel istismar türlerinden en sık görüleni çocuğun yetişkin tarafından kasten darp edilmesi yani dövülmesidir. Dövme ya da darp sadece bir tokatla olabileceği gibi farklı nesneler aracılığıyla da gerçekleşebilmektedir. Fiziksel istismarın şiddetine göre kişide doku hasarları, iç organ kanamaları, kırıklar ve yanıklar ortaya çıkmaktadır (Polat, 2001). Fiziksel istismar türlerinden en sık karşılaşılan dövme; bakım verenin ya da yetişkin bireyin çocuk üzerinde iz bırakacak şekilde aletli veya aletsiz şekilde darp etmesidir (Güner ve ark., 2010). Baş, sırt, kalça ve kol bölgelerinde morluklarla birlikte daha şiddetli dövmelerde kemik kırıklıkları bu istismar türünün belirtilerindendir (Geçkil, 2017). Çocukların vücudunda görülen yanık izleri de fiziksel istismarın göstergesi olabilmektedir. Sağlık kuruluşlarına yanık sebebiyle müracaat edenlerin %10-20'sinin beş yaşın altında ve bunların da %35'inin istismar vakası olduğu bilinmektedir (Kınay, 2020). Çocukların zehirlenmesi, fiziksel istismar ile ilişkili olabilir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta çocuğun zehirlenmesine sebep olan zehirli maddenin miktarıdır. Kendi başına alabileceğinden daha fazlası vücudunda varsa bunun kasıtlı yapılma ihtimali üzerinde durulmalıdır (Öz, 2022). Çocuğun fiziksel istismarının göstergelerinden birisi de sarsılmış bebek sendromudur. Bebeğe bakmakla yükümlü kişinin onu susturmak için aşırı sarsması sonucunda oluşan bu durum fiziksel istismarın en şiddetli boyutlarındandır. Örseleyici durumun ortaya çıkmasındaki etmenler arasında, bebeğin aşırı ağlaması ve ebeveynin ruhsal durumunun iyi olmaması gelmektedir (Öz, 2022; Herman ve ark., 2011). Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda fiziksel bulguların yanı sıra sosyal iletişimlerinde aksaklıklar, aşırı sinirlilik ya da duygusal küntleşme, akademik başarıda düşüş, kendine zarar verici eylemlere veya maddelere yönelme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları görülebilmektedir (Bayraktar, 2015).

Stoltenborgh ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada dünyada bildirilen çocuk istismarı vakalarının %22,6'sının fiziksel istismar olduğu ortaya çıkmıştır. Garcia ve arkadaşları (2019) tarafından gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise sağlık kuruluşlarının acil servislerine yapılan çocuk istismarı başvurulanın %40,3'ünün fiziksel istismar olduğu ve bu istismar türünün erkelerde kızlara oranla daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığına yönelik yapılan çalışmalarda kavramsal ve oransal farklılıklar söz konusudur (Bakır & Kapucu, 2017; Toper, 2020). Bu farklılıkların çocukluk çağı ihmalinin ve istismarın tespiti ve raporlanmasındaki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ebeveynlerin fiziksel istismarı, çocuk yetiştirme sürecinden kullanılan bir disipline etme metodu ya da eğitsel araç olarak görmesi sebebiyle ölümle sonuçlanmayan olayların bildirilmemesi, gerçek travma oranların ortaya çıkartılması sürecindeki en büyük problemlerden biri olarak kabul edilmektedir (Bakır & Kapucu, 2017). United Nations Children's Fund (UNICEF, [2010]) raporuna göre Türkiye'de duygusal istismardan (%51) sonra en sık görülen istismar türü %43 ile fiziksel istismardır.

2.3.3.4. Duygusal İstismar

Dissoanalitik ekol açısından duygusal istismar hem olumsuz ruhsal etkiler yaratmak hem de olumlu ruhsal etkilerden mahrum bırakmaktır (Öztürk, 2022a). Çocuğa yönelik duygusal istismar; çocuğun ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılması sonucu zihinsel, sosyal ve psikolojik yönden olumsuz yönde etkilenmesidir (Teicher & Samson, 2016). Genellikle diğer istismar türleriyle eş zamanlı görülen duygusal istismar uzun dönemde çocuk üzerinde istenmeyen olumsuz etkilere yol açmaktadır (Dye, 2019). Duygusal istismar; diğer istismar türlerinden ayrı ancak çoğunlukla birlikte görülebilen ve çocuğa yönelik aşağılama, dışlama, tehdit, ayrım yapma, küçük düşürme ve korkutma gibi davranışlarla karakterize olan onur kırıcı, duygusal ve ruhsal hasarlara yol açabilen tutum ve davranışların tamamıdır.

Fiziksel istismarın ruhsal izleri zaman içinde ortadan kalkmasına rağmen cinsel ve duygusal istismarın birey üzerindeki yansımaları, yaşam boyu devam edebilmektedir (Bayraktar, 2015).

Çocuklukta meydana gelen örseleyici deneyimler kısa ve uzun dönemde kişi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu olumsuz sonuçlar çocuğun gelişimine zarar veren dissosiyojen etkiler bırakabilmektedir (Öztürk, 2020a; 2020a). Kısa dönemde görülen olumsuz sonuçlar istismarın yansımaları olarak düşünülen ve bulunulan gelişim dönemiyle de ilişkili semptomlardır. Duygusal istismarın uzun vadeli yansımaları ise düşünce, duygu ve davranış örüntülerinde karakterize bozulmalardır. Çocuğun duygusal istismara uğraması sonucu oluşan etkiler; istismarın yoğunluğuna, daha önce travma öyküsünün varlığına ve mevcut gelişim dönemi gibi özelliklere göre değişiklik gösterebilmektedir (Karakurt, 2023). Fiziksel ve cinsel istismardan daha az zarar verici olduğu düşünülse de duygusal istismarın birey üzerinde oldukça yıkıcı etkileri vardır (Kütük & Bilaç, 2017). Duygusal istismar sonucunda çocuklarda iştah sorunları, parmak emme, akademik başarıda düşüş, saldırganlık, uyku sorunları, sosyal izolasyon ve depresyon gibi belirtiler görülebilmektedir (Bayraktar, 2015). Bahsedilen belirtilerin yanı sıra çocuklukta duygusal istismara maruz kalmış kişiler, yetişkinliklerinde dissosiyatif bozukluk tanısı alabilmektedir (Mertens ve ark., 2021).

Duygusal istismarın diğer istismar türlerine oranla çok daha zor tespit edilmesi nedeniyle bu istismarın epidemiyolojisine yönelik doğru verileri elde etmek oldukça güçtür (Durmuşoğlu-Saltalı, 2014). Duygusal istismarın yaygınlığıyla ilgili yapılan bir çalışmada çocukların %93'ünün anneleri tarafından duygusal istismara ve ihmale uğradıkları ortaya çıkmıştır. Duygusal istismar ve ihmal türleri arasında sırasıyla en fazladan en aza; %81,1 sevgi göstermeme, %77,6 azarlama ve bağırma, %8.4 odaya kapatma ve %2.1 ellerini/ayaklarını bağlamadır (Güler ve ark., 2002). Bir başka araştırmada 7-14 yaş aralığındaki kız çocuklarına yönelik duygusal istismarın en çok yakın arkadaşları tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. Aynı bilimsel çalışmada çocukların arkadaşlarından sonra;

öğretmenler, babalar ve anneler tarafından travmatize edildiği saptanmıştır. Aynı yaş aralığındaki erkek çocuklar ise sırayla öğretmenleri, arkadaşları ve babaları şeklinde duygusal istismar sıralaması yapmışlardır. 15-18 yaş arası erkekler ise arkadaşları ve babaları tarafından duygusal istismara uğradıklarını söylerken kız çocukları ise öğretmenleri ve anneleri tarafından duygusal istismara uğradıklarını ifade etmişlerdir (Kütük & Bilaç, 2017).

2.3.3.5. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, 18 yaşından küçük bir çocuğun zorla veya kandırılarak kendisinden yaşça büyük bir yetişkin tarafından cinsel amaçla kullanılması ya da aynı amaçla başka bir yetişkinin kullanmasına izin verilmesidir. Başka bir ifadeyle cinsel istismar, yetişkinlerin cinsel tatmin amaçlı çocukları kandırarak, korkutarak ve zorlayarak onlarla cinsel eylemde bulunması veya pornografik içerikler izletmesidir. Cinsel istismar; bu kavramın operasyonel tanımlarında da yer aldığı üzere cinsel içerikli konuşmalar, teşhircilik, çocuğa pornografik videolar izletilmesi veya cinsel içerikli reklamlarda oynatılması gibi fiziksel temas olmadan ya da cinsel tatmin amaçlı dokunma gibi temas şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Bayraktar, 2015; Kara ve ark., 2004). Çocuğa yönelik cinsel istismar tüm toplumlarda, dinlerde ve kültürlerde kabul görmeyen ve devletler tarafından suç sayılan bir davranıştır. Çocuğun biyopsikososyal gelişimini tamamlamaması, ayırt etme ve muhakeme yeteneğinin olgunlaşmaması ve yetişkine göre dezavantajlı olması gibi etmenler, cinsel istismarın psikopatolojik yansımalarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Akçe & Doğan, 2020).

Cinsel istismarın bulguları arasında genital bölge kanamaları, cinsel yolla bulaşan hastalık tespiti, yaşa uygun olmayan cinsel davranışlar, enürezis, enkoprezis ve uyku sorunları sayılabilmektedir. Cinsel istismar mağduru çocuklarda görülmesi muhtemel duygu ve davranış doğalı değişiklikler arasında korku ve kaygıda artış, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, herkesin içinde mastürbasyon yapma veya genital bölgeye sair cisimler sokma

gibi uygunsuz cinsel davranışlar görülebilmektedir (Kara ve ark., 2004). Yetişkinlikte dissosiyatif kimlik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin önemli bir kısmında çocuklukta maruz kalınan cinsel istismar öyküsü bulunmaktadır. Çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü bulunan kişilerin ileride travma ile ilişkili psikopatoloji geliştirme oranlarının diğer kişilere göre iki kat fazla olduğu tespit edilmiş; cinsel istismar öyküsü bulunan kişilerin yetişkinlikte kişilerarası ilişki kurma ve devam ettirme gibi sosyal becerilerde majör oranda sorunlar yaşayabildiği vurgulanmaktadır (Bayraktar, 2015).

Cinsel istismar, aile içinden birisi tarafından gerçekleştirildiğinde aile içi istismar ya da ensest olarak değerlendirilmektedir (Zastrow, 2015). Aile içinde çocuğa yönelik her türlü cinsel içerikli eylemler, aile içi cinsel istismar olarak kabul edilmektedir. Cinsel istismarın farklı bir biçimi olarak da kabul edilen aile içi cinsel istismar aralarında evlilik bağı bulunmayan kişiler arasında doğrudan ve dolaylı cinsel içerikli eylemlerin tamamıdır. Aile içi cinsel istismar genellikle aralarında kan bağı bulunan anne, baba veya kardeşler tarafından gerçekleştirilebildiği gibi kan bağı bulunmayan üvey anne ve üvey baba gibi kişilerde de görülebilmektedir (Akçe & Doğan, 2020). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Raporu (2015) sonuçlarına göre kadınların %8,9'u 15 yaşından önce cinsel istismara uğradıklarını belirtmiştir. Bu kadınların %38'i başka kişiler tarafından cinsel istismara uğradıklarını, %15'i ise aile üyeleri tarafından cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Çocuğun istismar failiyle olan yakınlığı cinsel istismarın açığa çıkmasını zorlaştıran etmenlerdendir. İstismar faili aile içinden birisi olduğunda çocuğun bunu açıklama ihtimalinin en düşük olduğu ve genellikle asla ortaya çıkartılmadığı, fail aile dışından ise cinsel istismarı bildirme ihtimalinin çok daha fazla olduğu bilinmektedir. Cinsel istismarın ortaya çıkmasını zorlaştıran etmenlerden bir diğeri de cinsiyet farklılığıdır. Yapılan araştırmalar sonucu erkeklerin kızlara göre cinsel istismarı daha fazla gizleme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bunun sebepleri

arasında toplumun erkekliğe atfettiği güce yönelik değer, utanç ve suçluluk hisleriyle birlikte deneyimlenen yoğun korku gösterilmektedir (Türkkan & Odacı, 2022).

2.3.3.6. Fiziksel İhmal

Fiziksel ve duygusal olarak ikiye ayrılan ihmal, bakım veren tarafından çocuğun beslenme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi en temel düzeydeki ihtiyaçlarının karşılanmaması, bir diğer ifadeyle yok sayılmasını içeren davranışlar bütünüdür (Valles, Harris & Sargent, 2019). Çocuğun duygusal gelişimiyle ilgili şefkat ve sevgi gibi ihtiyaçlarından mahrum bırakılması duygusal ihmal; doktora götürmeme, beslenme ve barınma gibi ihtiyaçların karşılanmaması da fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (Özer, 2021). Duygusal ihmal ile birlikte fiziksel ihmal belirtilerinin görünür olması daha kolay tespit edilmesini sağlamaktadır. Fiziksel ihmal sonucu çocuğun temizlik, beslenme ve barınma ihtiyaçlarının karşılanmaması sebebiyle çocukta akranlarına oranla sağlıklı büyümede problem ve gelişimsel gerilik gözlemlenebilmektedir (Akiş, 2023). Fiziksel ihmal sonucunda çocuklarda sosyal, zihinsel, emosyonel ve davranış örüntülerde kısa ve uzun dönemli olumsuz sonuçlar yaşantılanmaktadır. Fiziksel ihmal bildiren çocuklarda istismar bildiren çocuklara göre çok daha ağır bilişsel bozulmalar ve sosyal izolasyonla birlikte çok daha şiddetli iletişim ve etkileşim problemleri ortaya çıkmaktadır (Taner & Gökler, 2004).

2.3.3.7. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuklara gereken duygusal yakınlığı, ilgiyi, sevgiyi ve destekleri sunmayan ailelerin çocuklarının olumsuz muamele ve şiddete uğrama riskiyle karşılaşmasına neden olan davranışlar bütünüdür (Akiş, 2023). Çocukların ebeveynleri tarafından görmezden gelinmesi veya duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, çocuğun duygusal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çocukluk dönemi ruhsal travmaları üzerine yapılan çalışmalarda, duygusal ihmalin ve istismarın fiziksel istismar kadar göz önünde

olmamasına rağmen, uzun dönemli etkilerinin göz ardı edilmesine dikkat çekilmektedir. Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, duygusal doyumu deneyimleyemedikleri için yetişkinlik sürecinde, bu duruma bağlı çeşitli psikolojik semptomları anlamlandırmakta zorlanabilmekte ve kendilerini sıkça suçlayabilmektedirler (Wright ve ark., 2009). Duygusal ihmali yaşayan çocuklarda sıkça rastlanan belirtiler arasında özgüven eksikliği, yetersiz sosyal iletişim becerileri ve davranış bozuklukları bulunmaktadır. Bu bireylerde uzun dönemli olarak, kendi çocuklarına şiddet uygulama, suç işleme, antisosyal davranışlar sergileme, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi sorunlar görülebilmektedir (Karal & Atak, 2022; Özer, 2021). Ayrıca, duygusal ihmale maruz kalan bireyler, sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurmakta zorlanan, yetersiz sosyal becerilere sahip, depresyon, kaygı ve madde kullanımı gibi psikopatolojik semptomlar geliştiren kişiler olarak tanımlanmaktadır (Grosman ve ark., 2017).

2.3.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Risk Faktörleri

Bebeklik döneminde anne ve babanın varlığının, istismar riskini azaltabileceği ifade edilmektedir. Çocuğa ebeveynleri tarafından gösterilen sıcaklık, sevgi ve şefkat, daha düşük düzeydeki istismar riski ile ilişkilendirilmektedir (Butler, 2013). Bununla birlikte, ebeveynlerin ruh sağlığının zayıf olması, yüksek istismar riski ile direkt olarak bağlantılıdır. Ebeveylerin depresif ruh hali, çocuklarda daha yüksek travma mağduriyeti oranlarına neden olabilmektedir. Aynı zamanda, utanç duyma ve kendini suçlama gibi bilişsel çarpıtmalara sahip çocukların, travmatik yaşantılarla ilişkili ortaya çıkan psikiyatrik semptomlar hakkında yardım arama ihtimalinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Feinauer & Stuart, 1996; Yancey ve ark., 2013). Özellikle, kendilerini suçlamayan mağdurların, kendilerini suçlayan mağdurlardan çok daha az travma kökenli psikiyatrik semptomları gösterdiği belirtilmiştir (Feinauer & Stuart, 1996). Çocukların fiziksel istismarı için risk faktörleri arasında erken

yaşta ebeveyn olma, düşük ebeveyn eğitimi, ebeveynin çocuk istismarı/ihmali geçmişi, psikiyatrik tedavi veya şiddet geçmişi bulunmaktadır (Dakil ve ark., 2012).

Çocuğun duygusal olarak istismar edilmesiyle ilişkilendirilen risk faktörleri, çocuğun özellikleri, ebeveynlerin özellikleri ve evlilik ilişkileri olarak belirtilmiştir (Black ve ark., 2001). Çocukta gelişimsel bir yetersizliğe sebebiyet verecek otizm spektrum bozukluğu ve down sendromu gibi bir psikopatolojinin olması, cinsiyet, istenmeyen bir çocuk, fiziksel bir engel durumu gibi faktörler istismar ve ihmal riskini arttırmaktadır (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2018). Ebeveyn özellikleri arasında depresif ruh hali, öfke, saldırganlık veya nevrotik belirtiler; daha yüksek düzeyde sosyal anksiyete ve düşük benlik algısı sayılmaktadır. Duygusal istismarda bulunan ebeveynlerin kendilerini sosyal ortamlardan izole etme eğilimi gösterdikleri de söz konusudur (Black ve ark., 2001). Evlilik ilişkileri arasında da aile içi geçimsizlik ve cinsel ilişki sorunları gösterilmektedir (Emen, 2023)

Cinsiyet, istismar için bir risk faktörü olarak kabul edilmiş ve kadınların erkeklerden çok daha yüksek oranda cinsel istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir (Pereda ve ark., 2009). Cinsiyet, yaşamın ilerleyen dönemlerinde cinsel istismarın olumsuz sonuçlarının ortaya çıkmasında da etken bir rol oynamaktadır. Cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının, fiziksel istismar ve ihmal şeklinde tekrarlayan travmalara maruz kalmaları daha olasıdır (Oshima ve ark., 2014). Bununla birlikte cinsel istismardan kurtulan erkeklerin kadınlara göre daha fazla davranışsal problemler yaşantıladıkları tespit edilmiştir (Yancey ve ark., 2013). Cinsel istismarın risk faktörleri arasında yaş da yer almaktadır. Cinsel istismar maruziyetinin başlama yaşı daha küçük olan bireylerde, istismarın tekrarlanma olasılığı, intihar nedeniyle hastaneye yatışlar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi daha kötü sonuçlar öngörülmektedir. Son olarak, sosyoekonomik durumun da çocukluk çağı ihmal ve istismarı için önemli bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Oshima ve ark., 2014). Yoksulluk seviyesinde veya altında gelire sahip olan ailelerde yetişen kız çocuklarının, travma

mağduriyeti açısından daha büyük risk altında oldukları ifade edilmiştir. Ebeveyn eğitimi de travma mağduriyeti riskine katkıda bulunmakta olup özellikle 12 yıldan fazla eğitim almış annelerin çocukları istismar açısından çok daha az risk altındadır (Butler, 2013).

2.3.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmaları, küresel çapta bir sorun olmasına rağmen kültürel çeşitlilik, tanımların ülkelere göre değişkenliği ve bildirilme oranlarındaki farklılıklar sebebiyle yaygınlığına dair net verilere ulaşılamamaktadır. Güneri-Yöyen (2017) tarafından 530 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada katılımcıların %31,1'inin çocukluk çağı travmaları bildirdiği belirlenmiştir. Aynı çalışmadaki bildirilen travma türleri ve görülme oranları; duygusal istismar %26,4, fiziksel istismar %12,5, fiziksel ihmal %30.4, duygusal ihmal %15.7 ve son olarak cinsel istismar %18.1'dir. Zoroğlu ve arkadaşları (2001) tarafından 839 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %15,8'inin duygusal istismar, %10,7'sinin cinsel istismar, %16.5'inin ihmal ve %13.5'inin ise fiziksel istismar bildirdiği saptanmıştır. Kessler ve arkadaşlarının (2010) Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yaptıkları çalışmaya göre dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri, çocukluk çağı travması yaşamıştır.

Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporuna göre ülkemizdeki 7-18 yaş arası çocukların %51'inin duygusal istismar, %43'ünün fiziksel istismar ve %3'ünün cinsel istismar yaşadıkları belirlenmiştir (UNICEF, 2010). DSÖ (2022) verilerine göre ise, 2-4 yaş arası her 4 çocuktan 3'ü, fiziksel ve duygusal istismara maruz kalmaktadır. Ayrıca erişkin her 5 kadından 1'i, erkeklerden 13'te 1'i çocukken cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada 15-67 yaş aralığında psikiyatrik tanısı bulunan 183 katılımcı üzerinde yapılan araştırma sonucunda katılımcıların %65.7'si bir çocukluk çağı travması, %6.1 ise birden fazla istismar türüne maruz kaldıklarını bildirmiştir (Örsel, Karadağ, Kahiloğulları & Aktaş, 2011). 1262 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada ise

katılımcıların %28.1'i cinsel istismar bildirmiştir (Eskin, Kaynak Demir & Demir, 2005). Stoltenborg ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise küresel çapta çocukluk çağı travması görülme oranı %11.8 olarak tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaların cinsiyete göre görülme oranı erkeklerde %40, kadınlar da ise %30 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %14'ü birden fazla travmaya maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. En yüksek bildirilen çocukluk çağı travmaları; fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal istismar olmuştur (Scher, Forde, McQuaid & Stein, 2004). Başka bir araştırmada cinsel istismar oranı %13 bulunurken fiziksel istismar %23, duygusal istismar %35 ve ihmal ise %34' olarak tespit edilmiştir (Stoltenborgh, Kranenburg, Alink & Van Ijendoorn, 2015).

2.3.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler Arasındaki İlişki

Çocukluk çağı travmaları, travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasındaki önemli bir etmen olmasından dolayı psikiyatri, klinik psikoloji ve psikolojik danışmanlık ve rehberlik disiplinlerinin yanı sıra adli bilimler perspektifinden de incelenen odak konular arasında yer almaktadır. Çocuğa yönelik ihmal ve istismar olguları, ilgili sağlık kuruluşlarına başvurma ya da adli mercilere yönlendirilme sonucunda tespit edilmektedir. Sağlık kuruluşlarına gelen ihmal ve istismar olguları incelendiğinde ek sık karşılaşılan türlerin fiziksel ve cinsel istismar olduğu dikkat çekmektedir (Ayaz, Ayaz & Soylu, 2012; Sofuoğlu & Cankardaş Nalbantçılar, 2018). Travmatik yaşantıları bulunan çocukların kurumsal olarak koruma altına alınması ve bu çocukların rehabilitasyonu; adli sistem içerisinde psikolog, pedagog ve sosyal hizmet uzmanları gibi görevliler tarafından yapılmaktadır (Polat, 2004).

Çocukluk çağı travmaları; kazalar ve deprem gibi doğal afetler sonucunda olabileceği gibi istismar ve ihmal sonucunda da meydana gelebilmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali ya da çocukluk çağı travmaları büyük oranda aile yakınlarından kaynaklanması sebebiyle hem ortaya çıkartılması hem de tedavi edilmesi oldukça zor örseleyici yaşantılardır. Bununla

birlikte istismarın ve ihmalin kronik şekilde tekrarlanması sonucu erişkinlik döneminde çeşitli psikopatolojiler ortaya çıkabilmektedir (Yenidünya, 2017). Bir başka ifadeyle kişi, çocukluk çağında deneyimlediği travmatik yaşantıları kendisiyle birlikte yetişkinlik dönemine getirmektedir. Daha yalın ifadeyle çocukluk çağı travması, kişiye yaşamı boyunca eşlik etmekte; bu olay sonucunda dissosiyasyon gelişmektedir. Travma ve dissosiyasyon çocukluk çağı travmalarının bir yansıması olduğu için adli bilimler açısından da çalışılmaktadır. Bilhassa çocukluk çağı travmaları içinde yer alan ihmal ve istismar tüm boyutlarıyla adli bilimleri yakından ilgilendiren bir olgudur (Öztürk, 2018a, 2018b; Derin & Öztürk, 2018).

Yeniden vurgulanmak istenildiği üzere çocukluk çağı travmaları olarak adlandırılan ihmal ve istismar kişilerin yetişkinlik döneminde çeşitli psikopatolojiler geliştirmesine neden olmaktadır (Öztürk, 2020a). Yaşam boyu gelişmekte olan beyin, travmatik deneyimler sonucu gevşeyememekte ve yoğun stres yaşamaktadır. Bu stres döngüsünden kurtulmak isteyen çocuk, kendisi için güvenli bir alana ihtiyaç duymaktadır. Çocukluktan itibaren travmatik deneyimlere maruz kalan çocuk için dünya artık güvenilmez bir yerdir ve bu güvenli yeri kendisi oluşturmak zorundadır. Güvenli yer bulma çabası sonucu suç teşkil eden saldırgan davranışlar görülebilmektedir (Aydın, 2021). Çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların sonucunda gelişen travma sonrası stres bozukluğunun öfkeyi arttırdığı ve bunun etkisiyle şiddete meyletme veya suçun faili olma durumlarını etkilediği bilinmektedir. Özetle ifade etmek gerekirse çocukluk çağı travmaları, duygu ve düşünce ekseninde insanın sağlıklı gelişimini olumsuz yönde etkiyebilmekle birlikte suç ve şiddeti tetikleyebildiği de bilinmektedir. Tüm bu durumlar göz önüne alındığında çocukluk çağı travmaları adli bilimler perspektifinden ele alınması gereken temel bir olgudur (Aydın, 2021; Kendra, 2012).

Toplumların genel gelişimiyle birlikte kültürlerin de bu doğrultuda farklılaşması, çocuklara yönelik bakış açısının zamanla değişmesine sebep olmuştur. Bu değişim ve gelişim, dünya genelinde çocukların zarar görmesini engelleyici ortak yaklaşımların oluşturulmasını

imkanlı kılmış ve devletlerin ilgili organları, çocukları koruma sorumluluğunu üstlenmişlerdir. Çocuk haklarını koruma amacı taşıyan ve 1 Ocak 2022 tarihinde yürürlüğe giren Medeni Kanun içerisindeki çocuk tanımı, Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne uygun olarak 0-18 yaş aralığındaki bireyleri kapsayacak şekilde ele alınmaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından 1989'da kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşme; çocukların sağlığı, gelişimi ve eğitimi gibi temel konuları içermektedir. Bu sözleşme, 28 Ocak 1990'da 61 ülke tarafından imzalanmış ve 14 Şubat 1990'da Türkiye tarafından onaylanarak 1994'te Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından da kabul edilmiştir. Sözleşme, çocuk istismarı kavramını da önemli bir yerde ele almaktadır (Aral & Gürsoy, 2001).

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 18. ve 32. maddeleri, çocuk istismarını önleme amacıyla hazırlanan maddelerdir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin ilgili maddelerine göre, çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olan bakım verenler, çocuğa zarar verme amacı güdemezler. Bu hükümler doğrultusunda devlet, çocuğu koruma ve istismarı engelleme politikalarını uygulamakla yükümlü birincil organdır. Sözleşmenin 18. maddesine göre, çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olan kişiler ebeveynlerdir ve çocuk, gelişimini tamamlayana kadar ebeveynleri tarafından korunmalıdır. Sözleşmenin 32. maddesi ise çocuğu fiziksel istismardan koruma amacı taşımakta olup eğitim, barınma ve beslenme gibi konuları da içermektedir (Oral & İnanıcı, 2004). Çocukluk çağı travmaları ve adli sistem ilişkisine bakıldığında ise Türk Ceza Kanunu (TCK) 103. ve 104. Maddeleri çocukluk çağı travmalarından olan cinsel istismarı ve failine yaptırımların neler olacağı konusundadır. 103. maddeye göre cinsel istismar *''15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara ve diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile ya da iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış''* olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte fiilin şiddetine göre 8-15 yıl arası hapis cezasının varlığı vurgulanmıştır. 104. maddede ise

‘‘cebir, tehdit ve hile olmaksızın, 15 yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişinin şikayet üzerine ceza alacağı’’ belirtilmiştir (Soyaslan, 2010; TCK, 2004).

2.4. Dissosiyasyon

2.4.1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissoanaliz kuramı perspektifinde dissosiyasyon, yanlış çocuk yetiştirme stillerine, çocukluk çağı ruhsal travmalarına ve diğer örseleyici olaylara karşı bir savunma reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2022a). Dissosiyasyon, ergenlik öncesi dönemde yineleyici ve kronik çocukluk çağı travmalarının üstesinden gelme çabası şeklinde ortaya çıkmakta ve zaman geçtikçe günlük işlevselliği bozmaktadır. Daha yalın bir ifadeyle çocukluk çağında maruz kalınan travmalara karşı bir baş etme yöntemi olarak görülen dissosiyasyon, ilerleyen zamanda uyumu bozan bir hale gelebilmektedir (Öztürk, 2020a; Şar, 2017). Öztürk’e göre travmatik deneyimlerden uzaklaştırıcı misyonlu ve olağan bir tepki olan dissosiyasyon; bireylerin travmalar sonucu kendi kimliklerine, çevrelerine ve zamana karşı aidiyetlerini kaybederek yabancılaşması, sonrasında ise mutlak gerçeklikten kopmadan travmatik kendiliklerine fokuslanarak kendini gösteren temas kurma çabası olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle dissosiyasyon, travmatik anılar ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri sonucu tekil olan bilincin bu duruma uyum sağlamak ve travmatik etkilerden uzaklaşmak için gösterdiği olağan tepkilerdir (Öztürk, 2022a). Dissosiyasyon kelime anlamı olarak ayrışmayı çağrıştırsa da aslında ruhsal bütünlüğe erişmeye yönelik yoğun bir arzu ile karakterizedir (Öztürk, 2020a). Bu durum dissosiyasyon ile bağlanma bozuklukları arasındaki ilişkiye de ışık tutmaktadır. Çocukluğun ilk dönemlerinden itibaren gerekli olan bağlanma ihtiyacı, eğer travmatik deneyimin kaynağı aile çevresinden kaynaklandıysa *‘‘istismarcıya bağlanma durumu’’* görülebilmektedir. Bu istismarcıya bağlanma olgusu dissosiyatif reaksiyonlar içerisinde klinisyenler tarafından değerlendirilmelidir (Ross & Halpern, 2009).

Gündelik yaşamda hafif düzeyli travmatik deneyimler sonucunda meydana gelen dissosiyatif tepkiler ya da erken yaşlarda maruz kalınan travmatik deneyimler sonucu meydana gelen dissosiyatif bozukluklar insanlık tarihi boyunca varlanış göstermektedirler (Öztürk, 2022a; 2022b). Ruhsal travma, çocuk ve yetişkin üzerinde farklı etkiler bırakabilmektedir. Çocuk yaşta maruz kalınan travmatik deneyim dissosiyasyona yatkınlığı arttırmakta iken bu durum yaşın ilerlemesiyle azalmaktadır. Bu nedenle çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif bozuklukların temelini oluşturmaktadır. Travmatik deneyim sonucu çocuk, bu durumla baş etmek için dissosiyatif reaksiyonlar gösterebilmektedir. Travmanın etkisinden kurtulmak için çocuk *''bu olanlar benim başıma gelmedi''* gibi düşünce sistemleriyle savunma tepkisi vermektedir. Travmatik deneyim bilhassa aile çevresinden kaynaklanıyorsa baş etme yöntemi olarak dissosiyasyon kalıcı ve dirençli bir hale dönüşmektedir (Şar & Yargıç, 1997). Travmayla baş etme ve onu işleme amaçlı ortaya çıkan klinik tanı öncesindeki dissosiyatif tepkiler, travmanın tekrarlanması sonucunda patolojik hale gelmektedir (Öztürk & Şar, 2016). Dissosiyatif bozukluklar genel itibariyle erken dönemde maruz kalınan travmatik yaşantılar sonucunda intihar gibi kendine zarar vermeye yönelik davranışlar ve öfke patlamaları gibi duygu durumunda bozulmalar ve kişilik yapısında bölünmeler gibi dinamikleri bünyesinde barındıran psikiyatrik bir hastalıktır (Ross & Halpern, 2009; Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozukluklar, psikiyatrik tanılar arasında çocukluk çağındaki travmalarla ilişkisi en yüksek tanı grubudur. Çocuklukta maruz kalınan travmatik deneyimler dissosiyatif tepkileri arttırmaktadır. Bu hastalığın tanı ve tedavisinde çocukluk çağı travmalarının yeri önemlidir (Öztürk 2020a; 2022c). Aşağıda modern psikotravmatoloji temel alınarak gerçekleştirilen dissosiyasyon odaklı güncel teori ve kuramlar yer almaktadır

2.4.2. Dissoanaliz Kuramı

Dissoanaliz Kuramı, Öztürk tarafından travma, bilinç ve bellek odaklı bir perspektifte tasarlanmıştır. Dissoanalistler ise psikotravmatoloji ve suisidoloji alanlarında yeterliliği ve

yetkinliği bulunan, travmayla ilişkili dissosiyatif bozukluklar gibi psikopatolojilerin sağaltımını gerçekleştiren travma psikoterapistleri olarak tanımlanmaktadır. Dissoanalistler, travma ve dissosiyasyon konularında gerçekleştirdikleri bilimsel çalışmalar ve tedavi modelleri aracılığıyla çözüm yolları bulan kişilerdir. Dissoanaliz kuramına göre, travmatize olmuş kişilerin ve toplumların dissoanalizleri yapılmadığı sürece kişi ve toplum sağlıklı olamaz. Bu doğrultuda Öztürk tarafından geliştirilen Dissoanaliz Kuramı, *''psikotoplumsal terapi''* olarak da adlandırılmaktadır. Dissoanalizin temel amacı, bireylerin ve toplumların entegrasyonlarını koruyarak gelişime açık olmasıdır. Dissoanaliz, bireysel ve toplumsal travmaların tedavisine ve önlenmesine yönelik çalışmaların yanı sıra çocukluk çağı travmaları sonucu ortaya çıkabilen dissosiyatif bozukluklar gibi psikopatolojilere yönelik araştırmaların yapıldığı bir disiplindir (Öztürk, 2022b). Tarihsel süreç içerisinde her dönem yer bulan bireysel ve toplumsal travmaların dissoanalizi sonucunda günümüzde mevcut olan savaşları, terörü, psikopatolojileri ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri gibi kişileri travmatize ve dissosiye eden bu durumları anlamak ve nötralize etmek mümkün olacaktır (Öztürk, 2020a).

Dissoanalitik yaklaşıma göre, günümüzün travmatize toplumlarındaki bireylerin bilinç, bellek ve kimlik tekilliği artık bir ütopyadan ibarettir. Dijital çağın tiranlığında travmaları tarafından kontrol edilen bireyler ve toplumlar için bilinç, bellek ve kimlik tekilliği algısı bir illüzyondur (Öztürk, 2022a). *"Travmatik anılardan uzaklaştırıcı yaşam deneyimleri"* olarak adlandırılan dissosiyatif doğalı reaksiyonların *"osilatif yansımaları"*, uyumu ve psikopatolojiyi içinde barındıran bir *"psikotoplumsal dikotomi"*dir. Bireysel kökenli çocukluk çağı travmaları ile toplumsal kökenli şavaşlar ve terör olayları sonucu gelişen dissosiyatif yaşantıların var olduğu bireylerde, yoğun bir uyum arayışı ve optimal denge özlemi hakimdir (Öztürk, 2022b). Yaşamın erken dönemlerinden itibaren maruz kalınan çocukluk çağı travmaları, empati kesintili ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, toplumsal baskılar, savaşlar ve terör saldırıları bireylerin ruhsal entegasyonlarını bozmaktadır. Bireysel

ve toplumsal travmalar, öznelerde adeta bir *''travmatik milat''* oluşturur. Travmatik milat sonucu, dissosiye kişilerin bilinçleri, bellekleri ve kimlikleri kesintiye uğrar ve birbirine dışsal yönelimde kendi psikojen parçalarına ayrılır. Öztürk tarafından bu dissosiyojen deneyim *"travma dikotomisi"* olarak tanımlanmaktadır. Travma dikotomisini yaşayan bireyin hayatı, örseleyici yaşam deneyimlerinden önce ve sonra olarak ikiye bölünür (Öztürk, 2022a).

Travma dikotomisi, en şiddetli örseleyici yaşam olayları esnasında veya hemen akabinde kişilerde tekil olduğu varsayılan bilinç sisteminin dual bilinç sistemine geçiş yapması ile benzerlik göstermektedir. Dissoanaliz kuramına göre kronik ve örseleyici yaşam olayları sonucu ikiye ayrılan bilinç sistemi çoğul hale gelebilmektedir (Öztürk, 2022a). Bilincin ve belleğin çoğullaşması birbirleriyle fonksiyon geçişleri ve ilişki dinamikleri olan temel kavramlardır. Travma dikotomisi, örseleyici yaşam olayları esnasında veya hemen ardılında travma öncesi ve sonrası yaşam şeklinde aktüel hayatı dualleşen bireyin çift bilinç sistemi ile psikopatolojik reaksiyonlar göstermesidir (Öztürk, 2022b). *''Kuşaklaraşırı travma geçişleri''* ve *''kuşaklaraşırı psikopatoloji aktarımları''* ise dissosiye kişilerin ve kitlelerin odak noktalarını dual bilinç sisteminden uzaklaştırarak *''çoklu bilinç sistemi''* ve *''çoklu bellek fenomeni''*ne kaydırmaktadır. Şiddet odaklı ve empati kesintili çocuk yetiştirme stilleri; kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları, disfonksiyonel aile dinamikleri ve toplumsal baskılar, çoklu bellekleri; çoklu bellekler ise çoklu bilinçleri doğurmaktadır. Dissoanalitik yaklaşıma göre bilinç sistemi, travmatik deneyimlerin şiddeti, yoğunluğu ve zamanıyla paralel bir şekilde tekil odaktan dual odağa, dual odaktan da çoklu odağa kayma şeklinde uyum sağlama amaçlı çalışmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b).

Dissoanalitik ekole göre, doğru çocuk yetiştirme stillerinin *"rehberlik"* odağında yapılandırılması, çocukluk çağı travmalarının sonlandırılması adına gerçekleştirilebilecek en etkili yöntemlerin başında gelmektedir (Öztürk, 2022a). Yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ruhsal izleriyle ilişkili travmatik yaşantıların nötralize edilmesi odaklı *"travma merkezli*

psikoterapi yöntemleri", maruz kalınan örseleyici yaşam olayları esnasındaki ya da hemen sonrasındaki dissosiyatif reaksiyonlar karşısında öznenin *"sağlıklı tarafı"* ile aktüel hayatına olabildiğince fonksiyonel bir şekilde devam edebilmesini imkanlı kılar (Öztürk, 2022b). Dissosiye bireyin sağlıklı ve sağlıksız psikojen parçalarının eşzamanlı fonksiyon görmesinin sonlandırılması, psikoterapilerde travmanın nötralize edilmesiyle sağlanabilmektedir. Dissoanalitik ekole göre, psikoterapilerde travma vakalarının hem psikotoplumsal işlevselliklerini koruyabilmek hem de *"empatik süreklilik"*lerini sağlayabilmek, ancak ve ancak realitenin fark ettirilmesi ile mümkündür. Çoklu bilinç ve çoklu bellek sistemleri fark edilmeden gerçekleştirilen hiçbir psikoterapi, kitlesel şiddet olayları ile ilişkili travmatize vakalarda pozitif bir değişim yaratamaz (Öztürk, 2022a). Günümüzün optimal seviyede muhakeme yapmadan hızlı kararlar alabilen disfonksiyonel insan ve kitle profili adına uzun dönemli durağan psikoterapi yöntemleri devre dışı kalarak danışanın aktif katılımının imkanlı kılındığı *"Travma Merkezli Alyans Model Terapi"* gibi dissoanaliz yönelimli interaktif ve entegratif psikoterapi yöntemleri ön plana çıkmıştır (Öztürk, 2018a; 2021b; 2022b)!

Dissoanalistler; çoklu bellek, çoklu bilinç ve çoklu kimlik yapılarını psikoterapi süreçlerinde aktif olarak kullanmaktadırlar ki bu sayede dissosiyatif bozukluk vakalarının sağaltımlarını gerçekleştirebilmektedirler. Öztürk tarafından *''travma terapistleri''* olarak da isimlendirilen dissoanalistler; psikoterapi, psikotravmatoloji ve suisidoloji alanlarında yetkinliği ve yeterliliği bulunan aynı zamanda travma kökenli dissosiyatif bozukluklar gibi psikopatolojilerin sağaltımlarını yüksek bir başarı oranı ile gerçekleştiren bilim insanlarıdır (Öztürk, 2022a). Dissoanalistler, travma ve dissosiyasyon temelli pek çok sayıda akademik çalışmalar yapmalarının yanında klinik uygulamalarda oldukça işlevsel tedavi yöntemleri ve psikoloji yaklaşımları da geliştirmektedirler. Travmatik yaşantılara maruz kalan bireylerin ve toplumların dissoanalizleri diğer bir ifadeyle toplumsal terapileri gerçekleştirilmediği takdirde hiçbir ulus gelişim odaklı sağlıklı bir yapıya ulaşamaktadır (Öztürk, 2022b). Bu doğrultuda

dissoanaliz kuramının esas amacı, gelişime açık sağlıklı bireyler yetiştirmek ve bu bireylerin oluşturduğu toplumların dünyada hüküm sürmesini sağlamaktır ki ilgili misyon doğrultusunda toplumların terapisine odaklanmaktadır. Dissoanaliz kuramının misyonu doğrultusunda oluşturmaya çalıştığı gelişime açık entegratif toplumlar ancak ve ancak *''Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili''* uygulamalarıyla mümkün olabilmektedir (Öztürk, 2022a; 2022d).

2.4.3. Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı

''Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı'' ülkemizde ilk dissoanalist olan ve binlerce dissosiyatif bozukluk ile travma sonrası stres bozukluğu vakalarının tedavisinde rol alan bununla birlikte psikotravmatoloji alanında çalışmalarıyla tanınan Öztürk tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama *''Travmatik Anılardan Uzaklaştırıcı Olağan Yaşam Deneyimleri Kuramı''* da denilmektedir. Psikotoplumsal bilinç alyansı kuramının, Öztürk tarafından geliştirilmiş dissoanaliz kuramı ile yakın ilişki dinamikleri bulunmaktadır. Travmatik olayların etkisiyle bütünlüğü bozulan bilinç, bellek ve çevreyi algılama işlevlerinin reentegrasyonunu sağlamaya çalışmaktadır. Travmatize bireylerdeki reentegrasyon ya da bütünleşme arzusu, dissosiyasyona işaret etmektedir. Öztürk, dissosiyasyonu ayrışmadan öte yüksek bir entegrasyon çabası olarak tanımlamaktadır (Öztürk, 2020a; 2022a).

Gündelik yaşamda küçük çaplı travmatik olaylara karşı verilen dissosiyatif tepkiler, çocukluk çağı travmaları ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri sonucu oluşan dissosiyatif bozukluklar insanlık tarihi boyunca görülmektedir. Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı: Travmatik Anılardan Uzaklaştırıcı Olağan Yaşam Deneyimleri Kuramı; *''kimlik geçişleri'', ''eşzaman geçişleri, ''eşkontrol geçişleri''* ve *''psikotoplumsal bilinç alyansı''* temellerine dayanmaktadır. Bireyler ruhsal açıdan normallikten klinik öncesi ve klinik düzeye ulaşan psikolojik bozukluklarda çoklu bilinç ve çoklu gerçeklik yaşantılarını deneyimlemektedirler. Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramına göre travmatik deneyimler

sonucu oluşan *‘‘empati kesintileri’’* ve *‘‘özduyuş noksanlığı’’* ile bu iki kavramın meydana getirdiği farklı *‘‘bilinç kopyaları’’*; kronik psikotoplumsal sorunlar, travmatik deneyimler ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri kaynaklı oluşmaktadır. Psikotoplumsal bilinç alyansı, bireyler ve toplumlar için düşünce, duygu ve davranış örüntülerinin entegrasyonu konusunda üst düzey bir farkındalık oluşturmayı amaçlamaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b).

‘‘Dissosiyasyon’’ ve ‘‘*assosiyasyon’’* yaşantılarını deneyimleyen kişiler; hem çoklu gerçeklikleri, çoklu kimlikleri ve çoklu bellekleriyle travmalardan ve baskılardan uzak bir hayat sürebilmeyi hem de psikotoplumsal bilinç alyansı yaklaşımıyla aktüel hayatın dinamiklerine uyum sağlayabilmeyi büyük oranda başarmaktadırlar (Öztürk, 2022b). Psikotoplumsal bilinç alyansı, bireylerin ve toplumların entegre edici duygu ve düşüncelerin yüksek bir farkındalık düzeyiyle deneyinlenmesine zemin hazırlamaktadır. Öztürk’e göre baskıcı bir ortamda yaşamını idame ettiren aynı zamanda yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile travmatize edilmiş bireylerin bilinçli, çoklu bilinçli ve bilinç kesintileriyle birlikte çoklu kendilikleri ve çoklu gerçeklik algılarının tamamı dissosiyasyonu ön plana çıkarmaktadır. Günümüzde yanlış çocuk yetiştirme stillerinden toplumsal baskılara ve kitlesel şiddet olaylarına varan bütün örseleyici niteliğe sahip olaylara ancak ve ancak dissosiyasyon savunma mekanizması kullanılarak katlanılabilmektedir (Öztürk, 2022a).

2.4.4. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı

Öztürk tarafından yapılandırılan *‘‘kimlik geçişi’’* ve *‘‘kimlik nüfuzu’’*, *‘‘psikotoplumsal dissosiyasyon’’* temeline dayanarak bireysel ve toplumsal olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Kişinin kendisini diğer bir kişide kaybetmesi ya da başka bir ifadeyle kendisini yitirmesi *‘‘bireysel kimlik geçişi’’* olarak tanımlanırken, bir insanın kendisini herhangi bir grupta veya toplumda yitirmesi ise *‘‘toplumsal kimlik geçişi’’* olarak tanımlanmıştır. Psikotoplumsal baskılar ve travmatik deneyimler vasıtasıyla *‘‘kimlik geçişi’’* kavramı *‘‘kimlik*

yitimi'' fenomenine transforme olmaktadır. Kimlik yitimine evrilme sürecindeki travmatik deneyimler ve toplumsal baskılar bireysel ve toplumsal boyutta kişilerin kimliklerine nüfuz eder ki bu durum *''bireysel kimlik nüfuzu''* ve *''toplumsal kimlik nüfuzu''* olarak tanımlanır. Öztürk tarafından birçok kez vurgulandığı üzere dissosiyasyon, baskıcı toplumlarda belirli ölçüde uyumsal ancak özde psikopatolojik doğalı reaksiyonlar olarak tanımlanmaktadır. Baskı ortamı karşısında itaatkar kimliğe sahip kişiler, boyun eğmeyen diğer kimlikleri de etkileyerek *''kimlik yayılımı''*na neden olmaktadırlar. İtaatkar kimliğe sahip kişiler, baskıcı toplumlardaki dominant karakterli liderlerin ya da diğer kişilerin kendilerine kimlik geçişi yapmalarına fırsat verir ve bu durum toplumun özerkliğinin ve kimliğinin kaybedilmesine diğer bir tabirle robotlaşmış kitlelere dönüşmesine sebep olur (Öztürk, 2022a).

Dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi sürecinde psikolojik tarafını reddeden kişiye başka bir bireyin veya toplumun psikolojik tarafı geçiş yapmaktadır ki bu geçiş sonrası kişi kendi özneliğinden uzaklaşmış duruma gelmektedir. Bilişsel çarpıtmalarla karakterize dissosiyatif kimlik geçişi sürecinde kendi özneliğini yok sayan kişi ya da toplum kendini sabote ederek psikotoplumsal krizlere; terör ve savaşlara yol açmaktadır. *''Dissosiyatif kaoslar'',* psikotoplumsal krizlerin temeli olarak işlev görmekte; bu kaoslar esnasında kişiler nefret objesi haline gelerek kurbanlaştırılmaktadırlar (Öztürk, 2022b). Savaşlarda, terör olaylarında ve soykırımlardaki düşmanca toplumsal fanteziler, dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi kullanılarak deneyimlenmektedir. Bireysel ve toplumsal boyutta yaşantılanan dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi, psikolojik ve sosyolojik bir süreçtir (Öztürk, 2022a)

2.4.5. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar

Ruh sağlığının önemli göstergelerinden olan kimlik bütünlüğünün bozulmasına işaret eden dissosiyasyon, kişinin duygu, düşünce ve davranış sistemlerinde bariz farklılıklara yol açan bir psikopatolojiyle ilişkilendirilmektedir (Öztürk & Çalıcı, 2018). Aktüel hayatın içinde

ortaya çıkan dissosiyatif belirtilerin psikopatolojik hale gelmesiyle açıklanan dissosiyatif bozukluklar; bellek, beden algısı, duygudurum, bilinç ve kimlikteki bütünlüğün bozulması şeklinde tanımlanmaktadır (Akiş, 2023). Dalgınlık, unutma ve hayal kurma halleri aktüel hayatta oldukça sık görülen dissosiyatif doğalı yaşantılara dair en tipik örneklerdir. Travmatik etkiye sahip olaylar sonrasında gelişen dissosiyatif reaksiyonlar, aktüel hayatın işlevselliğini bozmaya başladığı zaman psikiyatrik tanı olarak kabul edilir. Yaşanılan travmatik olayın kendisini unutma reaksiyonu da dissosiyatif davranışlardandır. Kişi, baş edebileceğinin çok üzerinde maruz kaldığı travmatik deneyime karşı amnezi geliştirebilmektedir. Dissosiyatif doğalı amnezi sadece olayın kendisine değil hissettirdiği düşünce, duygu ve davranışlara yönelik de olabilmektedir (Öztürk, 2020a; 2018). DSM-5 sınıflandırma sisteminde dissosiyatif bozukluklar, çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır. Bu başlık altında dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, depersonalinazyon/derealizasyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk ve tanımlanmamış çözülme bozukluğu olarak yer almaktadır (APA, 2013).

2.4.5.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Cin, hayalet ve şeytan gibi başka bir varlık tarafından posesyon yani çarpılma ya da bu varlıkların kişiye egemen olması gibi durumlar birçok kültürde yer almaktadır. Örneğin 18. yüzyıl sonlarında Batı toplumlarında sorunlu kabul edilen kişilerin cadı olduğu düşünülerek ateşe verildiği görülmüştür. Günümüzde ise bu bozukluğun alter kişiliklerle diğer bir tabirle alt kimliklerin eşlik etmesi şeklinde karakterize olduğu bilinmektedir. Güncel haliyle bilinen dissosiyatif kimlik bozukluğuyla ilgili çalışmalar 19.yüzyıl sonlarında Pierre Janet tarafından gerçekleştirilmiştir (Şar, 2017; Öztürk, 2020a). DSM-5 sınıflandırma sistemine göre dissosiyatif kimlik bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki yer almaktadır:

A. İki ya da daha fazla farklı kişilik durumu ile belirli kimlik ayrışması. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması (posesyon) şeklinde kabul görmektedir. Bireyin kimliğinde görülen bu ayrışma, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/veya duyusal-devinsel işlevsellikte bununla ilgili değişiklikler bulunur. Bu semptomlar, başkaları tarafından gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir şekilde, aktüel olayları, önemli kişisel bilgileri ve/veya travmatik etkiye sahip olayları hatırlarken yineleyici boşluklar söz konusudur.

C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebebiyet verir.

D. Bu bozukluk, kültürel veya dinsel bir uygulamanın bir parçası değildir.

(Çocuklarda bu bozukluk imgesel oyun ve arkadaşlıklarla açıklanmamaktadır.)

E. Bu bozukluk, herhangi bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz (APA, 2013).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu, çocukluk çağı travmaları ile empatiden yoksun şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri sonucu görülen dissosiyatif bozukluklar tanı grubunun en ağır formudur. Bu bozukluğun en temel özelliği en az iki farklı kimliğin dönüşümlü bir şekilde kişiyi belirli aralıklarla kontrol etmesidir (Öztürk, 2018a). Kişide hakim olan alter kişiliklerin karakter yapıları birbirinden oldukça farklı olabilmektedir. Alter kişiliklerin birisi neşeli olabilirken diğeri ise depresif olabilir. Genellikle kişiler arası değişim ani ve dramatik olmaktadır. Alter kişiliklerden birisinin baskın olduğu zamanlarda diğer kişiliklere dair amneziler söz konusu olabilmektedir. Bununla birlikte dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı

almış birisi, içinde başka kimliklerinde varlığından haberdardır. Psikoterapi sürecinde ise çoklu kimliklerin birbiriyle birleşmesi yoluyla başarı sağlanmaktadır (Öztürk, 2021b).

2.4.5.2. Dissosiyatif Amnezi

DSM-5 sınıflandırma sistemine göre dissosiyatif amnezinin tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde travmatik ve gerginlik yaratacak nitelikteki kendi yaşamıyla ilgili bilgileri hatırlayamama
B. Bu semptomlar; klinik açıdan bariz bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulmasına sebep olur.
C. Bu semptomlar, herhangi bir maddenin (örneğin alkol, kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin parsiyel kasılmalar, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
D. Bu bozukluk, dissosiyatif kimlik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozuklukluğu, somatik belirti bozukluğu ve bilişsel bozukluklarla daha iyi açıklanamaz (APA, 2013).

Dissosiyatif amnezi, öznelerin travmatik etki yaratan olayları ve kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde hatırlayamaması durumu ile karakterizedir. Özel ve kişisel bilgiler belleğe çağrılırken sorunlar oluşmakta, bu bilgiler normal koşullarda çok rahat bir şekilde anımsanabiliyorken, dissosiyatif amnezi esnasından anımsanamamaktadır. Bu hastalığın belirtileri, klinik açıdan bariz bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulmasına sebep olmalıdır. Dissosiyatif

amnezinin en belirgin özelliklerinden birisi ani başlangıçlı olması ve bitmesidir (Steinberg, 1994). Ayrıca, yavaş başlangıçlarla ve yavaş iyileşmelerle de görülebilmektedir. Yavaş başlangıçlı amnezi, baş ağrılarıyla birlikte ya da ağrısız biçimde belli bilgilerin silinmesi yoluyla oluşur ve zamanla yavaş yavaş silinen bilgiler geri gelir. Dissosiyatif amneziyle birlikte füg görülebilir. Dissosiyatif fügün eşlik ettiği durumlarda kişi bulunduğu yeri aniden terk edebilir ve planlı gibi görünen seyahatlere çıkabilir (Şar, 2017; Öztürk, 2020a).

2.4.5.3. Depersonalizasyon ve Derealizasyon Bozukluğu

DSM-5 sınıflandırma sistemine göre depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

A. Sürekli veya tekrarlı depersonalizasyon, derealizasyon ya da her ikisinin de varlığı
    a. Depersonalizasyon: Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, bedeni veya davranışlarını dışarıdan gözlemciymiş gibi yaşantılaması durumu
    b. Derealizasyon: Çevrenin kişiye gerçekdışı gelmesi durumu
B. Bu yaşantılar sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamıştır.
C. Bu semptomlar klinik açıdan bir belirgin bir rahatsızlık veya sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulması görülür.
D. Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine veya epilepsi nöbetleri gibi tıbbi duruma bağlanamaz.
E. Bu bozukluk şizofreni, panik bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu veya başka bir dissosiyatif bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Özeyabancılaşma ve gerçekdışılaşma olarak Türkçe'ye çevrilen bu dissosiyasyon ile ilişkili kavramları psikiyatrik hastalıkların dışında; kaygı verici olaylar, fazla çay ya da kahve tüketimi, yorgunluk ve uykusuzluk sonucu da görülebilen en sık deneyimlenen dissosiyatif

yaşantılar arasında yer almaktadır (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018). Depersonalizasyon (özeyabancılaşma), kişinin zihinsel işlevlerinden ya da vücudundan adeta ayrıldığını düşündüğü ve dışarıdan bir gözlemci olarak kendine bakarmış gibi hissettiği patolojik düzeydeki dissosiyatif yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Kişi, depersonalizasyon yaşantıları esnasında vücudunu ve kendiliğini gerçek dışı olarak algılamaktadır. Depersonalizasyon durumlarında dikkat edilmesi gereken başlıca husus gerçekliği değerlendirme yetisinin mevcut olması ya da gerçekliği değerlendirme algısının zarar görmemesidir (Steinberg, 1991). Derealizasyon (gerçekdışılaşma) yaşantıları ise, kişinin çevresindeki insanları ve nesneleri gerçekdışı algılaması durumudur (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018).

2.4.5.4. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluklar

Klinik açıdan belirgin bir rahatsızlık veya sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulması gibi durumlarla karakterize olan dissosiyatif bozuklukların özelliklerini taşıyıp ancak tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı durumlarda *"tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar"* tanı kategorisi kullanılmaktadır. Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar tanı kategorisi, dissosiyatif bozukluklarından herhangi biri için psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamamanın özel bir nedeni/nedenleri tanı koyacak kişi tarafından belirlenmek istenmediğinde ve daha spesifik ve uygun psikiyatrik bir tanı koymak için yeterli bilginin mevcut olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (APA, 2013).

2.4.6. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif bozukluklar arasında yakın ilişki dinamikleri vardır (Ross ve ark., 1989). Çocukluk çağı döneminde maruz kalınan her türlü istismar ve ihmal gibi örseleyici yaşam olayları ile dissosiyatif bozukluklar arasında güçlü bir bağ vardır (Öztürk, 2022b). Konuya ilişkin epidemiyolojik araştırmalar da dissosiyatif bozukluklar ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir

(Chu, 1990; Ogawa, 1997; Ross, 2010). Psikiyatri kliniğinde ayakta tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bir tarama çalışmasında, dissosiyatif hastalar ile dissosiyatif olmayan hastalar arasında yapılan karşılaştırmada cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile ihmal oranlarının dissosiyatif hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Şar, 2000). Aynı kurumun psikiyatri kliniğinde yatılı tedavi görenlerde; cinsel istismar %58,8, fiziksel istismar %82.4, duygusal istismar %70.6 ve ihmal ise %58.8 oranındadır (Tutkun, 1998). Ülkemizde gerçekleştirilen başka bir bilimsel çalışmada, dissosiyatif veya konversiyon bozukluğu (somataform bozukluk) olan deneklerin, diğer katılımcılara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek çocukluk çağı travmaları bildirdiği görülmüştür (Şar, 2007).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarıyla yapılan klinik görüşmelerde, bireyin yetiştirildiği çevrenin ve ailesinin -özellikle aile içinde yaşantılanan çocukluk çağı travmaları- dissosiyatif bozukluğun ortaya çıkmasında önemli bir etkisi olduğu bilinmekle birlikte, aile ve yetişme ortamıyla ilgili ülkemizdeki ilk çalışmalardan biri Öztürk (2003) tarafından gerçekleştirilmiştir. Öztürk'ün danışmanlığında yapılan yüksek lisans (Derin, 2018) ve doktora (Cohen, 2019) tezlerinde travma ve dissosiyatif yaşantılar üzerinde aile ve çocuk yetiştirme stillerinin etkisi, kuşaklararası travma ve kuşaklararası dissosiyasyon geçişi ekseninde ele alınmıştır. Öztürk'ün danışmanlığında gerçekleştirilen çalışmalarda dissosiyatif bozuklukların oluşmasında kişilerin yaşadıkları aile ve çevre kadar travmaların kuşaklararası geçişi de büyük önem arzetmektedir. Travmatize olmuş çocukların psikolojik uyumu, ebeveynlerinin çocuklarına ihmalkâr davranmalarına rağmen, bakım verenlerine bağlanma ve bunu sürdürmeye yönelik kurulmuştur. Çocuklar, anne-baba ile olan bağlarını korumak adına kendilerine yönelik tüm ihmal ve istismarı dissosiyatif bir şekilde deneyimlerler. Çocuklar, kendilerine ebeveynleri veya çevreleri tarafından yöneltilen istismarı yok sayarak ruhsal durumlarını koruma çabası içine girerler. Ruhsal durumu koruma çabası, inkârdan dissosiyasyona kadar geniş bir spektrumdadır (Öztürk, 2020a).

2.4.7. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmalarıyla eşlenik olan dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalar, dissosiyatif bozuklukların yaygınlık oranın oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Dorahy ve ark., 2014; Şarlak & Öztürk, 2018). Dissosiyatif bozuklukların yaygınlık oranları incelendiğinde klinik olmayan örneklemde bu oranın yaklaşık %10 olduğu bildirilmektedir (Schlozman & Nonacs, 2016; Şar, 2011). Bu oran ülkemizde Şar ve arkadaşları (2007) tarafından %18,3 olarak saptanmıştır. Dissosiyatif bozuklukların klinik düzeydeki örneklem grubunda görülme oranı normal örnekleme göre daha yüksektir. Klinik örneklemde dissosiyatif psikopatoloji %4-35 arasındadır (Şar, 2011). Ülkemizde yatarak ve ayakta tedavi gören hastalar örneklemli yapılan çalışmada dissosiyatif bozuklukların görülme oranı yaklaşık %10 olarak tespit edilmiştir (Şar ve ark., 2003). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan araştırmaya göre, dissosiyatif bozuklukların prevelansı %27,2, yaşam boyu görülme oranı ise %48,2'dir. Ayakta tedavi gören yaşları 11-17 arasındaki ergenlerle yapılan çalışmada, dissosiyatif bozukluk oranı %45,2 dissosiyatif kimlik bozukluğu oranı ise %16,4 olarak bulunmuştur (Şar, Önder, Kilincaslan, Zoroğlu & Alyanak, 2014).

Dissosiyatif bozuklukların alt tiplerinin görülmesiyle ilgili yapılan çalışmalarda dissosiyatif kimlik bozukluğunun normal popülasyonda %1 klinik popülasyonda ise %2-5 aralığında görüldüğü bilinmektedir (Dorahy ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; dissosiyatif füg %0,2, depersonalizasyon %1.4, dissosiyatif amnezi ise %7.3, dissosiyatif bozuklukların genel görülme oranı ise %18.3 olarak bulunmuştur (Şar, Akyüz & Doğan, 2007). Dissosiyatif bozukluklarla ilgili yapılan güncel meta-analiz çalışmasında ise üniversite çağı yaşlarındaki nüfusta 31.905 katılımcının yoğun dissosiyatif yaşantılar düzeyi %16,6 olarak tespit edilmiştir. İlgili araştırmada 76 araştırma incelenmiş; Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ortalamasının 1.72-26.88 arasında olduğu belirlenmiştir (Kate, Hopwood & Jamieson, 2020). Sivas'ta gerçekleştirilen çalışmada 648 kadında dissosiyatif bozukluk görülme oranı

%18.3, dissosiyatif kimlik bozukluğu oranı ise %1.1 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma ülkemizde görülen en yüksek yaygınlık oranıdır (Şar, Akyüz, Doğan & Öztürk, 2009; Şarlak & Öztürk, 2018). Dissosiyatif bozuklukların genel popülasyonda cinsiyete göre görülme oranı kadınlarda 9 kat fazladır; bir diğer ifadeyle erkek/kadın oranı 1/9'dur (Öztürk, 2018b).

2.4.8. Adli Bilimler Perspektifinden Dissosiyatif Bozukluklar

Çocukluk çağı travmaları kapsamında değerlendirilen istismar ve ihmalle doğrudan ilişkisi bulunan dissosiyatif bozukluklar, adli bilimler ve adli psikiyatri alanlarından bağımsız olarak düşünülmemelidir (Öztürk, 2022a). Dissosiyatif bozuklukların, örseleyici bir yaşam olayı sonrası ortaya çıkmasına ilişkin bilimsel literatür doğrultusunda bu durum, çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, intihar düşünceleri, cezai sorumluluk, malulen emeklilik ve kamu personellerinin bildirme yükümlülüğü gibi hususları içeren ceza ve hukuk davaları adına önem teşkil etmektedir (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisinde çocukluk çağı travmaları kapsamında değerlendirilen aile içi istismar ve ihmal yaşantılarının başlıca etiyolojik faktör olduğu bildirilmektedir (Öztürk, Derin & Ateş, 2019). Dissosiyatif bozukluklar suçun ortaya çıkmasında doğrudan bir etkiye sahip değildir sadece travmanın tekrarlı bir şekilde yaşantılanması ya da reviktimizasyon, adli bilimler ile yakından ilişkilidir. Aile içinde istismar ve ihmal yaşantıları olan çocuklar tespit edildiğinde aileler ceza alabilirken çocuklarda devlet koruması altına alınarak travmanın etkileri minimalize edilmeye çalışılmaktadır. Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan geçmişteki çocukluk çağı travmaları sebebiyle de mağdurlar ailelerine karşı tazminat davası açabilmeleri de adli bilimleri ilgilendiren bir durumdur (Öztürk, 2020b).

Türk Ceza Kanunu (TCK) içerisinde cezai sorumluluğu ya da ceza ehliyetini etkileyebilen psikiyatrik hastalıklar arasında değerlendirilen dissosiyatif bozuklukların, TCK 32/2 (kişilerin kusurunu ortadan kaldıran akıl hastalıklarıyla ilişkili) kapsamında adli

psikiyatrik çerçevede değerlendirilmesi öncül bir önemle önerilmektedir (Öztürk, Derin & Ateş, 2019). Dissosiyatif bozukluklar ile diğer psikiyatrik hastalıklar arasındaki önemli farklılıklardan birisi bu vakaların adli görüşme esnasında yaşadıkları olayla ilgili *''gizleme eğilimi''*nde bulunmaları ve *''görünürde çelişkili bilgi''* vermeleridir. Dissosiyatif bozukluk vakalarıyla yapılan adli görüşmelerden elde edilen ifadelerdeki olaya ilişkin tutarsız ve çelişkili aktarımlar yargısal kararları olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Öztürk, 2020). Dissosiyatif bozukluğun doğası gereği inkar edilen yaşantılar söz konusudur. Çelişkili bilgiler verme süreci ise *"travmatik bellek"* ile yakından ilişkilidir. Normal bellek kapsamında ele alınan yaşantılar sözel, öyküsel ve kronolojik iken, travmatik bellek ise doğası gereği duyusal, parçalı ve bedenseldir. Bu doğrultuda ifade alma sürecinde ortaya çıkan görünürde çelişkiler ve kronolojik sapmalar olabilmektedir. Değerlendirmeyi yapan uzmanların bu konuda bilgili olmaları hayati önemdedir (Öztürk, Derin & Ateş, 2019; Van der Kolk & Fisler, 1995).

2.5. Depresyon

2.5.1. Depresyon Kavramı

Depresyon hem üzgün hem de bunalımlı duygudurumuyla birlikte sosyal, fizyolojik ve bedensel işlevlerde durgunlaşma ile duygu ve düşüncelerdeki karamsarlıkla karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Depresyon bozukluğu vakaları, tanısı bulunmayan kişilere göre psikopatojen doğaları gereği daha mutsuz, hüzünlü ve kırılgandırlar (Atılgan & Kolburan, 2019; Sücüllüoğlu-Dikici, Aşçıbaşı & Aydemir, 2017). Depresyon bir diğer ifadeyle, kişinin kendisini mutsuz ve yorgun hissettiği, günlük işleri yapmakta isteksiz olduğu, yaşamdan zevk alamama ve üzüntülü ruh haliyle karakterize bir durumdur. Kişi içinde bulunduğu mutsuz ve yorgun ruh halini davranışlarına da yansıtır. Depresyonun semtomlarından olan karamsar düşüncelerin baskın olması sonucu da geçmiş ve gelecek algısı olumsuz değerlendirilmektedir (Evren & Ögel, 2003). Bu olumsuz değerlendirme sonucunda kişi kendisini yaptığı

davranışlardan dolayı suçlu hissetmektedir. Bireydeki suçluluk hissi çaresizlik ve umutsuzlukla birleştiğinde ise aktüel hayatın işlevselliği bozulabilmektedir (Reddy, 2012).

Amerikan Psikiyatri Birliği (2020) depresyonu, hisleri, düşünceleri ve davranışları majör oranda etkileyen psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Depresyon bozukluğu belirtileri; üzgün hissetmek, önceden keyif alınan aktivitelere karşı ilgi azlığı, iştah kaybı ya da aşırı yemek yeme, uyku problemleri, yorgun hissetme, dikkat sorunları, değersizlik algısı ve intihar düşünceleri ile karakterizedir. Bu belirtilerin depresyon bozukluğu tanısı alacak düzeyde olması için en az iki hafta boyu devam etmesi ve kişinin aktüel yaşamındaki işlevselliği bozması gerekmektedir (APA, 2020). Son onlu yıllarda ortaya çıkan ve depresyon bozukluklarının alt tipi olarak değerlendirilmesi gereken çocukluk çağı travmatik yaşantılarıyla karakterize olan dissosiyatif depresyon kavramı semptom, hastalığın seyri ve tedavisi noktasında diğer depresyon türlerinden ayrışmaktadır (Şar, 2015).

2.5.2. Dissosiyatif Depresyon

Dissosiyatif depresyon, yaşamın ilk yıllarından itibaren maruz kalınan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarıyla karakterize olan dissosiyatif bozukluklar tanısıyla birlikte oldukça sık yaşantılanan bir depresyon bozukluğu türü olup; travma kökenli diğer psikiyatrik bozukluklarda da dissosiyatif depresyona belirli oranda rastlanmaktadır (Şar, 2015). Dissosiyatif depresyon, genel olarak diğer depresif bozukluklardan farklılık göstermektedir. Travmatik yaşantılar sonrasında ortaya çıkan dissosiyatif depresyon, uzun süreli deneyimlenmesi ve sağaltım sürecinde yaşantılanan güçlükler sebebiyle kimi ruh sağlığı uzmanları tarafından psikoterapiye direnç gösterme eğilimi olarak algılanabilmektedir. Dissosiyatif depresyonun tedavisinde kişide var olan kronik çocukluk çağı travmaları, bağlanma problemleri ve dissosiyatif yaşantılar odaklı psikoterapilerle çalışıldığında kısa sürede başarı yakalanabilmektedir (Şar, Akyüz, Öztürk & Alioğlu, 2013; Öztürk, 2020a).

Depresyon tedavisinde biyolojik temelli uygulamalar majör depresyon vakaları için başarılı sonuçlar doğursa da travma kökenli depresyon semptomları gösteren vakalarda ise çoğu zaman başarısız olmaktadır. Bu işlevsel olmama durumu da az önce ifade edildiği üzere mesleki deneyimi az olan bazı ruh sağlığı uzmanlarınca tedaviye karşı gelme veya direnç göstergesi olarak algılanmaktadır (Şar, 2015; Öztürk, 2020a). Travma kökenli depresyon hastaları yakından incelendiğinde semptom ve hastalık seyri olarak majör depresyon bozukluğu grubundan farklı oldukları görülebilmektedir. Bu hastaların tamamına yakını yaşamın ilk yıllarından itibaren stresli ve örseleyici yaşam olaylarına maruz kalmaktadırlar. Bununla birlikte bu hastaların sağaltımlarında travma merkezli psikoterapiler aracılığıyla oldukça yüksek bir başarı oranı yakalanabilmektedir (Öztürk, 2020a).

Erken yaşta başlayan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarıyla karakterize olan dissosiyatif depresyon vakalarında yaşantılanan travmalar genellikle aile içinde ortaya çıkan istismar ve ihmal deneyimleridir (Şar, Akyüz, Kundakçı, Kızıltan & Doğan, 2004). Görünürde normal aile dinamiklerine sahip kişilerde ise bariz bir travma geçmişi bulunmamakla birlikte yanlış çocuk yetiştirme stillerini deneyimlemeleri nedeniyle ebeveynlerine güvenli bağlanma sürecinde problem görülmektedir. Bu bağlanma problemlerinin de kökeninin erken çocuklukta maruz kalınan disfonksiyonel yetiştirme stilleri olduğu unutulmamalıdır. Görünürde normal aileler ya da diğer adıyla disfonksiyonel aileler kısaca duygu düzenleme güçlüğü olan, dar ve sabit fikirli bir yapıdadır (Öztürk, 2021a). Dissosiyatif depresyon tanısında etkili olabilecek bir diğer etmen ise çocuklukta sürekli ilaç kullanımı, ağrılı ve acı verici cerrahi müdahaleler gibi yaşantılar olup bu etmenler nadir görülmektedir (Şar, Akyüz, Öztürk, & Alioğlu, 2013; Öztürk, 2020). Bu konuyla ilgili 2009 yılında kadınlardaki dissosiyatif depresyonun yaygınlığını belirlemek amacıyla 628 kadın katılımcıyla yapılan ilgili çalışma sonucunda majör depresyon oranı %10, dissosiyatif depresyon oranı ise %4.1 olarak bulunmuştur (Şar, Akyüz, Doğan & Öztürk, 2009).

2.5.3. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları

Bir duygudurum olarak depresyon, bireyin aktüel hayatın içinde deneyimlediği hüzün, sevinç, hayal kırıklıkları ve çaresizlik gibi duyguları tanımlayan bir fenomendir. Depresyon bozuklukları, pek çok psikiyatrik hastalığa eşlik etmekte ve bireyde klinik düzeyde mutsuzluğa yol açmaktadır (Kart & Çapar, 2019). Depresyon bozukluğu tanısı DSM-5 ölçütleri çerçevesinde konulmaktadır. Bu ölçütlere göre kişinin duygu durumunda çökkünlük, uyku ve iştah sorunları, genel yorgunluk hali, dikkat ve konsantrasyon problemleri, aktüel hayata karşı ilgi kaybı, benlik algısına yönelik değersizlik hisleri ile intihar düşünceleri gibi belirtiler görülüyorsa depresyon bozukluğu tanısı düşünülmektedir (Yalçın & Öztürk, 2016). DSM-5'e göre depresyon bozuklukları; yıkıcı duygu durum bozukluğu, majör (yeğin) depresyon bozukluğu, distimik (süregiden) depresyon bozukluğu, adet öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu, madde ve ilaç kaynaklı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu başlıklarıyla yer almaktadır (APA, 2013).

2.5.3.1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

Yıkıcı duygu durum bozukluğu, 6-18 yaş arası kişilerde görülen bir durumdur. Şiddetli ve sık öfke patlamalarıyla ve intihar düşünceleri ile karakterize aşırı sinirlilik halidir. Bu bozukluğa sahip vakalarda öfke patlamaları sözel ve davranışsal seyretmektedir. Ortaya çıkan öfke patlamaları çocuğun yaşıyla tutarlı değildir ve mevcut durumdan bağımsız ani şekilde görülebilmektedir. Bu bozukluk erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir. Majör depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, kaygı bozuklukları ve davranış problemleriyle birlikte ortaya çıkabilmektedir. Bu bozukluk çocuğun günlük işlevselliği ve aile yapısı üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Çocukta oluşan aşırı sinirlilik ve öfke nöbetleri aile dinamiklerini bozabilmekte ve çocuğun akranlarıyla sağlıklı bir iletişim kurmasını

engelleyebilmektedir. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanısı konulabilmesi için en az iki farklı ortamda ve minimum bir yıl boyunca gözlemlenmesi gerekir (APA, 2020). DSM-5'e göre yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanı kriterleri şöyledir:

A. Bireyin içinde bulunduğu duruma karşı sözel (öfkeden kudurma gibi) ve/veya davranışsal (insanlara veya eşyalara saldırma gibi) tepkilerle karakterize süre ve yoğunluk açısından aşırı öfke patlamaları
B. Yaşanılan bu öfke patlamaları gelişim düzeyiyle tutarsızdır.
C. Öfke patlamaları ortalama olarak haftada üç ya da daha çok görülür.
D. Öfke patlamaları neredeyse her gün görülmekte ve bu duygudurum ebeveyn veya öğretmen tarafından fark edilmektedir.
E. A ve D kriterleri minimum 12 ay veya daha uzun süredir vardır. Bu süre zarfında A ve D kriterlerinin 3 ay ve üzeri süredir görülmediği olmamıştır.
F. A ve D tanı kriterleri ev, okul ve akran grubu ortamlarından en az ikisinde görülür ve bunların en az birinde şiddetli şekilde ortaya çıkar.
G. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanısı 6 yaşından önce ve 18 yaşından sonra konulmamalıdır.
H. A ve E psikiyatrik tanı kriterleri kişinin yaşantısında 10 yaşından önce mutlaka görülmelidir.
İ. Mani veya hipomani tanı kriterlerinin tam olarak karşılandığı bir günden daha uzun bir süre olmamıştır.
J. Görülen bu davranışlar yalnızca majör depresyon bozukluğu döneminde ortaya çıkmaz ve başka ruhsal bozukluklarla (otizm açılımında bozukluklar gibi) daha iyi açıklanamaz.
K. Görülen bu belirtiler madde kullanımı, herhangi bir sağlık durumu veya nörolojik bir durum etkisine bağlı olamaz (APA, 2013).

2.5.3.2. Majör Depresyon Bozukluğu

Görülme sıklığı açısından en yaygın psikopatolojilerden olan majör depresyon bozukluğu, tekrarlı ve yineleyici bir doğaya sahiptir. Depresif atak geçirenlerin en az %50'si yaşamları boyunca ikinci bir atak geçirirken, iki atak geçmişi olanların ise yaklaşık %80'inde bu psikiyatrik bozukluk tekrarlanmaktadır (APA, 1994; Baxter ve ark., 2013; Şençan, 2019). Depresyon bozukluğundaki önemli belirtilerden birisi de sosyal iletişim ve etkileşimde kesintiler ya da bozulmaların görülmesidir. Majör depresyon bozukluğu tanılı kişiler de sosyal ilişkilerden ve etkileşimlerden eskisi kadar zevk almazlar ve kendilerini bu ortamlardan izole ederler (Kubferberg, Bicks & Hasler, 2016). Sosyal ortamlardaki bozulma ve geri çekilme aile ortamında da görülebilmektedir. Majör depresyon bozukluğu tanılı vakaların aile bireyleri de iletişim ve etkileşimden kaçınabilmektedirler (Şencan, 2019). DSM-5'e göre majör (yeğin) depresyon bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

A. Aşağıda belirtilen kriterlerden beşi ya da daha fazlası aynı iki haftalık dönem boyunca görülmüştür ve daha öncesindeki işlevsellik düzeyinde değişiklik söz konusudur. Bu belirtilerden en az biri (1) çökkün duygudurum, ilgisini yitirme (2) veya zevk alamamadır.

(Başka bir sağlık durumundan kaynaklı belirtiler dahi edilmez.)

a. Nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurumunun varlığı (bu durum kişiden alınan bilgilerle ya da çevresi tarafından bilinmektedir). Çocuk ve ergenlerde huzursuz bir ruh hali olarak görülebilir.
b. Yaptığı etkinliklerin hepsine ya da tamamına yakınında belirgin bir ilgi kaybı ve zevk alamama durumu vardır.
c. Diyet yapmıyorken aşırı kilo alımı veya kilo verme durumu, iştahta azalma veya artma (Çocuklarda gelişim dönemine göre kilo durumu hesaplanmalıdır).

d. Yaklaşık her gün uyuyamama veya çok uyuma haliyle karakterize uyku problemleri mevcuttur.
e. Hemen hemen her gün psikomotor ajitasyon veya hareketlerde yavaşlama vardır.
f. Neredeyse her gün yaşanan enerji düşüklüğü ve bitkinlik hali bulunmaktadır.
g. Neredeyse her gün değersiz ve suçluluk hissiyatı vardır.
h. Hemen hemen her gün düşünme ve odak problemleri görülmektedir.
i. Tekrarlı bir şekilde ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), bir plan yapmadan tekrarlı intihar düşünceleri veya kendini öldürme girişimi ya da intihar planı tasarlama mevcuttur.

B. Bu semptomlar klinik açıdan bariz bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulmasına yol açar.
C. Bu semptomlar madde kullanımı veya herhangi bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamaz.

2.5.3.2. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Süregiden, kalıcı veya distimik gibi isimlerle anılan bu depresyon türünde, en az iki yıl boyunca ve günün büyük bir bölümünde depresif bir ruh hali yaşanır. Depresif ruh haliyle birlikte iştah problemleri (çok yeme veya iştahsızlık), uyku problemleri (aşırı uyku veya uykusuzluk), yorgunluk, odaklanma ve dikkat sorunları, düşük benlik algısı kendine güvensizlik ve umutsuzluk duyguları gibi semptomlar görülebilmektedir (Köroğlu, 2009). Süregiden depresyon bozukluğu genellikle yaşamın ergen dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Bu bozukluğun belirtileri sosyal yaşamda, mesleki hayatta ve diğer alanlarda işlevselliği bozabilmekte ve ciddi sorunlara sebebiyet verebilmektedir. Süregiden depresyon bozukluğunun aktüel hayattaki etkileri değişkenlik gösterebilir ve bu etkiler majör depresyon

bozukluğunun etkileri kadar veya daha fazla olabilmektedir (APA, 2020). DSM-5'e göre süregiden depresyon bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

Bu bozukluk DSM-IV tanılama sisteminde tanımlanan süreğen depresyon ve distimi bozukluğunun birleşimidir.

A. Minimum iki yıl görülen ve günün büyük bir bölümünde hissedilen çökkün duygu durumu vardır.

   (Çocuk ve ergenlerdeki huzursuz ruh hali en az bir yıl olmalıdır)

B. Depresyon halindeyken aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin var olması
   a. Aşırı yemek yeme isteği veya iştahsızlık
   b. Uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma isteği
   c. Bitkinlik ve yorgunluk hissetme
   d. Odaklanmada ve karar verme gibi bilişsel aktivitelerde zorlanma
   e. Olumsuz benlik algısı
   f. Umutsuzluk duyguları

C. Süregiden depresyon bozukluğunun görüldüğü iki yıllık süre zarfında (çocuklarda ve ergenlerde bir yıl) yukarıdaki A ve B kriterlerinin iki ay ve üzeri süresince görülmediği olmamıştır.

D. Süregiden depresyon bozukluğu için sayılan semptomlar iki yıl boyunca sürekli görülebilmektedir.

E. Bu bozuklukta mani ya da hipomani dönemi hiçbir zaman görülmemektedir ve siklotimi bozukluğunun tanı kriterleri bu psikopatolojiyi karşılamamaktadır.

F. Süregiden depresyon bozukluğu, şizoafektif bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreniyle daha iyi açıklanamaz.

G. Bu semptomlar madde kullanımı veya herhangi bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamaz.

H. Bu semptomlar klinik açıdan bariz bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulmasına yol açar.

2.5.3.3. Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu

Premenstrüel Disfori Bozukluğu ya da diğer adıyla aybaşı öncesi disfori bozukluk 2013 yılında DSM-5 tanı kategorisi sistemine ayrı bir başlık olarak eklenmiştir. Bu bozukluğa sahip kadınlarda adet başlangıcının bir hafta öncesinde ciddi seviyelerde depresyon ve öfke görülebilmektedir. Aybaşı öncesi disfori bozukluğuna dair yaygın olan belirtiler arasında ruh halinde değişimler, sinirlilik, öfke, anksiyete ve stres yer almakta; ayrıca olağan aktivitelere karşı ilgi kaybı, dikkat ve odaklanma sorunları, bitkin ruh hali, iştah problemleri, uyku sorunları ve şiddetli düzeyde hissedilen bunalmışlık görülebilmektedir. Bu bozukluğun fiziksel semptomlar arasında ise göğüs bölgesinde hassasiyet ve şişkinlikle beraber kas ağrıları yer almaktadır (Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020). Tüm bu psikiyatrik belirtiler adet öncesinden bir hafta ile 10 gün öncesinden başlamaktadır. Görülen bu belirtiler sosyal, meslek ve diğer alanlarda günlük işlevselliği bozabilmektedir. DSM-5'e göre premenstrüel disfori bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

A. Menstrüasyon döngülerinin büyük bir kısmında adet başlangıcından bir hafta önce minimum beş belirti görülmeli ve bu belirtiler adet başlangıcıyla birlikte kaybolmalıdır.
B. Aşağıdaki semptomlardan minimum birisi ya da daha fazlası görülmelidir.
    a. Duygudurumunda belirgin değişiklikler (aniden üzüntülü ruh hali gibi)
    b. Sinirli ve öfkeli olma, kişilerarası iletişim sorunları
    c. Çökkün duygudurum hali, umutsuzluk ve benlik saygısında düşme
    d. Belirgin bir gerginlik, bunalma veya sinirlilik hali

C. B tanı kriterlerindeki belirtilerle birlikte toplamda beş belirti görülmek kaydıyla aşağıdaki semptomlardan birisinin ya da daha fazlasının varlığı
    a. Günlük aktivitelerine karşı ilgi kaybı
    b. Odaklanma ve dikkat sorunları
    c. Kolay bir şekilde yorulma
    d. İştah değişikliği (aşırı yeme veya yemekten kesilme)
    e. Uyku düzeninin bozulması (aşırı uyuma isteği veya uykusuzluk)
    f. Bıkkınlık ve kontrol kaybı hissiyatı
    g. Göğüslerde şişkinlik veya aşırı hassaslık ya da kas ağrıları gibi belirtiler

    (A ve C kriterleri bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda görülmelidir.)

D. Bu semptomlar klinik açıdan bariz bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulmasına yol açar.
E. Bu bozukluk majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu, panik bozukluk veya kişilik bozukluğu belirtileri olarak değerlendirilemez.
F. A tanı kriteri, minimum iki semptomlu döngü sırasında ileriye dönük günlük derecelendirme ile teyitlenmelidir.
G. Bu semptomlar herhangi bir madde, ilaç, tedavi veya bir sağlık durumunun fizyolojik etkileriyle açıklanamaz (DSM-5, 2013).

2.5.3.4. Madde/İlaç Kaynaklı Depresyon Bozukluğu

Madde veya ilaç kullanımından dolayı gelişen depresyon bozuklukları; duygu durumunda belirgin değişiklikler, aktüel hayatın olağan dinamiklerinde gerçekleştirilen işlere karşı ortaya çıkan belirgin ilgi kaybı ve keyif alamama hali ile diğer depresyon bozuklukları türlerinde yer alan psikiyatrik belirtilerle karakterize bir ruhsal hastalıktır. Bu psikiyatrik belirtiler spesifik bir madde ya da ilacın kullanımı sırasında ya da bu ilaç ve maddenin

kullanılmaması durumlarında ortaya çıkmaktadır. Görülen depresif belirtilerin başka bir psikiyatrik tanı ile açıklanmaması için kişinin ruhsal öyküsü ve kullanılan maddenin ya da ilacın türü ve içeriğinin bilinmesi önemlidir. Bu depresif bozukluğa sebep olabilen madde ve ilaçlar arasında alkol, fensiklidin, amfetaminler, inhalanlar ve opioidler sayılabilmektedir (Çipil, 2021). Madde ve ilaç kullanımına bağlı depresyon bozukluğunun belirtileri arasında da çoğu zaman diliminde üzgün, mutsuz hissetme, sinirlilik ve gerginlik, uyku problemleri, benlik saygısında düşme, bitkin hissetme, dikkat ve odaklanma problemleriyle birlikte cinsel isteksizlik görülebilmektedir. DSM-5'e göre madde/ilaç kullanımına bağlı depresyon bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

A. Çökkün duygu durumu ile bütün etkinliklere karşı ilgi kaybıyla beraber zevk alamama durumu vardır.
B. Muayene sonucu aşağıdaki a ve b'nin varlığını gösterir.
    a. A kriterindeki belirtiler, madde yoksunluğu sırasında veya ilaç alımından sonra görülür.
    b. Alınan madde veya ilaç A kriterinin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır.
C. Bu bozukluk maddenin ya da ilacın yol açmadığı bir bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.
D. Bu bozukluk yalnızca deliryum esnasında görülmemektedir.
E. Bu semptomlar klinik açıdan bariz bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer alanlarda günlük işlevselliğin bozulmasına yol açar

2.5.3.5. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu tanı kategorisi, klinik açıdan bariz bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda aktüel hayatın işlevselliğinde bozulmaların olduğu, depresyon bozukluğunda psikiyatrik semptomların görüldüğü ancak bu

yaşantılanan psikiyatrik semptomların herhangi bir depresyon bozukluğu tanısı için tam karşılanmadığı durumlarda psikiyatristler tarafından kullanılmaktadır. Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu tanı kategorisi, psikiyatristler tarafından depresyon bozukluklarından herhangi birisi için tanı ölçütlerini tam karşılamama durumun özgül nedeni belirlenmek istendiği durumlarda kullanılmaktadır. Psikiyatristler tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu tanı kategorisini kullanırken bu tanıyla birlikte yineleyen kısa depresyon, kısa süreli depresyon dönemi veya yeterli belirtisi bulunmayan depresyon dönemi gibi özgül nedenlerini de belirtmek durumundadırlar (APA, 2013).

2.5.3.6. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

Tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanı kategorisi, klinik açıdan bariz bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlardaki işlevsellikte bozulmaların görüldüğü, depresyon bozukluğu belirtilerinin var olduğu ancak bu belirtilerin herhangi bir depresyon bozukluğu tanısı için tam olarak karşılanmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanı kategorisi, hekimler tarafından depresyon bozukluklarından herhangi birisi için tanı ölçütlerini tam karşılamama durumunun özgül nedeni belirlenmek istenmediği durumlarda kullanılmaktadır (APA, 2013).

2.5.4. Depresyon Bozukluklarını Açıklayan Bilimsel Yaklaşımlar

2.5.4.1. Dissoanalitik Yaklaşım

Dissoanaliz kuramına göre erken yaşta başlayan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, disfonksiyonel aile dinamikleri ve psikotoplumsal baskılar, bireylerde dirençli ve psikoterapiye düşük yanıt veren depresyon bozuklukların gelişmesine yol açabilmektedir (Öztürk, 2022a). *"Öztürk'ün Dissoanaliz Kuramı"* perspektifinden tedavi edilemeyen depresyon bozukluğu, maksimal

oranda dissosiyatif depresyona işaret etmektedir ki psikoterapi sürecinde vakalardaki travma ve dissosiyasyona klinisyenler tarafından yeterince odaklanılmaması, mevcut psikopatolojinin şiddetlenmesine yol açabilmektedir (Öztürk, 2022b). Tedavi edilemeyen depresyon vakalarında psikoterapistlerin, bu vakalardaki dissosiyatif yaşantılara özellikle dikkat etmeleri önerilmektedir ki genellikle dirençli depresyon belirtileri aslında *"dissosiyatif depresyon"* olarak fonksiyon görmektedir. Bireysel ve toplumsal travmalarla yakın ilişki dinamikleri ve fonksiyon geçişleri bulunan dissosiyatif depresyon bildiren vakalarında hem örseleyici olaylar hem de dissosiyatif yaşantılar, psikoterapötik açıdan özellikle kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri riski açısından klinisyenlerce kapsamlı ve detaylı bir şekilde dissoanalitik ekol açısından ele alınmalıdır (Öztürk, 2020a; 2022b).

Alice Miller (1985), Lloyd deMause (1982) ve Erdinç Öztürk (2022a)'ün bilimsel yayınları holistik bir eksende değerlendirildiğinde; travmatik yaşantıların şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisinde saklandığı ve ebeveynliğin çocukları ve gelecek nesilleri travmatize edici bir rolü olduğu net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Dissoanalitik açıdan travma, depresyon ve dissosiyasyon arasındaki psikopatolojik geçiş, *"dissosiyatif depresyon"* fenomeni ile yakından ilişkili bir zeminde açıklanmaktadır (Öztürk, 2020a, 2022a). Dissosiyatif depresyon, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile karakterize dissosiyatif bozukluklara özgü olan, ancak travma ile ilişkili diğer psikiyatrik tanı gruplarında da belirli oranda görülen bir depresyon deneyimidir ki bu süreçte travmatik yaşantılar nötralize edilmedikçe depresyon bozukluğu tanısı ortadan kalkmamaktadır (Öztürk, 2022b). Dissoanaliz kuramına göre çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılarla yakından ilişkili fenomenlerden biri olarak her yaş dönemindeki bireylerde yoğun bir psikolojik çöküntü şeklinde kendini gösteren depresyon, kişilerin aktüel hayatlarını negatif yönde etkilemesi perspektifinden psikoterapi seanslarında önemle değerlendirilmesi gereken fundamental bir ruhsal hastalık ya da bir eş tanıdır (Öztürk, 2022a; 2022b).

2.5.4.2. Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşıma göre depresyon bozuklukları, kayıp fenomeniyle yakından ilişkilendirilmiştir. Psikodinamik yaklaşımın kurucusu olan Sigmund Freud, depresyonu kişinin kendisine yönelttiği öfke olarak öz bir şekilde tanımlamıştır (Freud, 1957). Kişinin diğer bireylerden ziyade kendisine yönlendirdiği bu öfke, gerçek veya sembolik biçimde gerçekleşebilen bir kayıp sonrası ortaya çıkmaktadır. Sevilen bir yakının hayatını kaybetmesi ve ayrılık durumları, gerçek bir kayıp olarak adlandırılırken, hedeflenen bir amaca ulaşılamaması (okulda başarısız olma gibi) ise sembolik kayıp şeklinde değerlendirilmektedir (Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020). Eğer birey, kayıp sonrası sağlıklı bir yas süreci geçirirse kaybedilen kişi veya nesneye karşı sağlıklı bir ayrışma yaşamış olarak kabul edilir. Bu yas patolojik yas olduğunda birey, kaybedilen kişiden/nesneden ayrışamamakta ve ilgili durum, depresyon bozukluğunun gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Aydın & Karaaziz, 2023).

Patolojik yas, kaybedilen kişiye veya objeye karşı ikircikli duygular yaşandığı zaman ortaya çıkmaktadır. Kaybedilen kişiye veya nesneye karşı korunmak istenen psikolojik bağ beraberinde içselleştirmeyi getirir. İçselleştirilen kişiye veya nesneye bireyler, öfke ve nefret gibi duygularını yansıtmaktadırlar. Bununla birlikte ölen veya terk eden kişi, bireyin iç dünyasında adeta idealize edilmiştir ve kişi bundan dolayı kendini değersiz hissetmektedir. Tüm bunlar sonucunda da kişi kendisine yönelik yoğun bir öfke ve nefret hissetmektedir. Daha yalın bir ifadeyle psikodinamik yaklaşımın kurucusu Freud, depresyon bozukluğunun sebebi olarak kişinin kendisine yönelttiği öfkeyi vurgulamaktadır (Freud, 1917, 1957; Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020). İçe yöneltilmiş öfke aynı zamanda benlik algısında azalmaya ve depresyona zemin hazırlamaktadır. Psikodinamik yaklaşım ekseninde yapılan çalışmalar, kişi adına yaşantılanan herhangi bir kaybın depresyon bozukluklarıyla yakından ilişki olduğunu göstermektedir (Gutman & Nemeroff, 2011; Kendler ve ark., 2003).

2.5.4.3. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre depresyon, sürekli maruz kalınan kompleks ve kümülatif olumsuz yaşam deneyimleri sonucu ortaya çıkan maladaptif davranış örüntüleriyle açıklanmaya çalışılmıştır (Aydın & Karaaziz, 2023). Kişinin başarı ve ödül elde etme amaçlı ısrarlı davranışları istenilen sonuca ulaşamadığında çaresizlik ve kontrolden çıkmışlık hisleri oluşmakta ve bu durum depresyonun gelişiminde etkili olmaktadır. Kişinin olumsuz bir olaya karşı yaptığı öznel yorumları, depresyon tepkilerini belirli oranda açıklamaktadır (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Davranışçı yaklaşımda sosyal pekiştireçlerin azlığı sağlıklı adaptif davranış örüntülerinin sönmesine ve çökkün duygudurumuyla karakterize olan depresyon bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde minimal düzeyde sosyal pekiştirecin varlığı depresif semptomlar sergileyen kişilerde duygusal gelişime olumsuz yönde katkı sağlamaktadır (Çelik & Hocaoğlu, 2016).

Tekrar vurgulanmak istenildiği üzere davranışçı yaklaşıma göre depresyon bozuklukları, genellikle olumlu ve pekiştirici davranışların yeterli olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Diğer bir ifade ile depresyon bozuklukları, motive edici özellikteki dışsal ödüllemenin eksikliğinden kaynaklı travma kökenli bir psikiyatrik bozukluktur. Davranışcı yaklaşımın destekleyici örneği olarak sosyal ortamlardan uzak durmayan insanların daha az depresyon bozukluğu belirtileri göstermesi verilebilir (Cüceloğlu, 2019). Bireyler günlük yaşamda aktif ve hareketli davranacak içsel motivasyonu bulamadıkları zaman kendilerini büyük oranda toplumdan soyutlamaya hatta tamamen koparmaya başlamaktadırlar. Bu toplumsal soyutlama süreci, olumsuz hisleri beraberinde getirmektedir. Davranışçı yaklaşıma göre olumlu pekiştireçlerin eksikliği düşük benlik algısı ve karamsarlık gibi negatif duygulara yol açmakta ve bireylerde başta depresyon bozuklukları olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık gelişmektedir (Aydın & Karaaziz, 2023; Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020).

2.5.4.4. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kurama göre ise depresyon bozuklukları, daha çok duygusal ve davranışsal belirtilerle karakterize olsa da bu psikiyatrik belirtilerin temelinin bilişsel süreçlerden oluştuğu görüşü hakimdir. Başka bir ifadeyle bilişsel yaklaşım, depresyonun, kişinin kendisine ve çevresine dair negatif bakış açısından kaynaklandığını öne sürmektedir. Kişinin kendisine ve çevresine yönelik negatif bakışı, olumsuz düşünce ve duygulara sebep olmaktadır (Aydın & Karaaziz, 2023). Beck (1967) *''depresyonun bilişsel üçlüsü''* isimli modeline göre kişi, erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar sonucunda bilişsel şemalar oluşturmakta ve bu oluşan şemalar, çarpıtılmış düşüncelere sahip olabilmektedir. Üç alanda sahip olunan bu çarpıtılmış düşünceler; kişinin kendisine yönelik olumsuz inancı (ben değersizim), çevreye karşı olumsuz inancı (dünya kötülüklerle dolu) ve geleceğe dair olumsuz inancı (asla başaramayacağım) ile eşleniktir. Bilişsel yaklaşım genel olarak depresyon bozukluklarını, örseleyici yaşam deneyimleri sonucu gelişen zihinsel şemalarla açıklamaktadır. Olumsuz yaşam deneyimleri sonucu gelişen şemalar bireyin kendisine ve çevresine yönelik algılarını negatif yönde etkileyebilmekte ve bu kişiyi depresyona yatkın hale getirebilmektedir (Alloy ve ark., 2012; Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020).

2.5.4.5. Depresyon Bozukluğunun Etiyolojisi

Afektif bozukluklar olarak değerlendirilen depresyon, kişinin genel sağlığını tehdit eden ve intihara yol açabilen çökkün duygudurum ile karakterize bir psikiyatrik hastalıktır (Blackburn & Cottraux, 2022; Çelik & Hocaoğlu, 2016). Dünyada en çok yaşantılanan ruhsal hastalıklardan olan depresyon bozuklukları odaklı etkin ve işlevsel farmakolojik tedaviler ve psikoterapiler geliştirilmesine rağmen vakaların psikoterapiye gösterdikleri direnç aşılması gereken esas konulardan birisidir (Menard, Hodes & Russo, 2016). Depresyon bozukluklarının etiyolojisine yönelik çalışmalarda birçok faktörün etkili olduğu görülse de

genel olarak genetik, psikolojik ve sosyal faktörler çerçevesinde bu konu ele alınmaktadır. Depresyon bozukluklarının oluşmasında tek bir faktör etkili değildir. Genetik/biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birbirleriyle etkileşimi sonucunda depresyon ortaya çıkmaktadır (Anber, Akar & Altun, 2021; Saveanu & Nemeroff, 2012). Aşağıda depresyon bozuklukları genetik, psikolojik ve çevresel faktörler bağlamında ele alınmaktadır:

Depresyon bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerden birisi genetik/biyolojik temelli faktörlerdir. Bu konuyla ilgili ikiz kardeşler üzerinde çok sayıda bilimsel çalışma yapılmaktadır. İlgili konuda gerçekleştirilen çalışmalara göre tek yumurta ikizlerinde depresyonun eş zamanlı olma potansiyeli çift yumurta ikizlerine göre iki kat daha fazladır (Kendler ve ark., 1993; Sullivan, Neale & Kendler, 2000). Söz konusu hususa dair bir başka çalışmada ise depresyon bozukluğu bulunan vakalar ve kontrol gruplarının akrabaları karşılaştırılmış ve bu vakaların birinci derece akrabalarındaki depresyon belirtileri oranı, kontrol grubunun akrabalarından daha fazla bulunmuştur (Lau & Elley, 2010; Levinson, 2006). Depresyon bozuklukların biyolojik temelli araştırmalarından birisi de vücutta bulunan serotonin, dopamin ve norepinefrin üzerinedir. Serotonin, duygusal tepkileri kontrol eder ve vücutta yüksek olması iyimserlik ve huzurla ilişkilendirilmektedir. Eğer serotonin seviyesi dopamin ve norepinefrin seviyesinden aşağıda olursa bu durum, duygudurum bozukluklarına yol açabilmektedir (Albayrak & Ceylan, 2004; Carver, Johnson & Joormann, 2009).

Depresyon bozukluklarının etiyolojisinde psikolojik faktörler de etkili olmaktadır. Kişilik özelliklerinden olan duygusal dengesizlik (nörotisizm), depresyonla ilişkilidir. Nörotisizm, doğuştan gelen bir kişilik özelliğidir ve diğer bireylere göre olumsuz uyaranlara karşı yüksek hassasiyet göstermeyle karakterizedir. Bundan dolayı olumsuz deneyimler sonucu kişilik özelliğinden ötürü kişi daha çok etkilenebilmekte ve depresyon bozukluğu belirtileri ortaya çıkabilmektedir (Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020). Bununla birlikte psikodinamik yaklaşımın kurucu Freud (1915), depresyonu sevilen bir kişi ya da nesnenin

kaybına yanıt verme olarak tanımlamaktadır. Abraham, kaybedilen şeye (kişi ya da nesne) karşı öfkenin içe yönlendirilmesi soncu depresyon bozukluğunun geliştiğini ifade etmektedir. Ayrıca Abraham, anne ve çocuk arasında sağlıksız beslenme temelli ilişkinin de depresyonun etiyolojisinde rol oynadığını belirtmiştir (Bleichmar, 1996). Karen Horney ise reddedici ebeveyn tutumunun depresyon bozukluğuna yol açtığını ve bu ebeveyn tutumuyla yetişen çocuklarda sevgisizliğin ve yalnızlığın ön planda olduğunu vurgulamaktadır (Horney, 1991).

Sosyal faktörler arasında kişiler arası iletişim ve bu iletişimden kaynaklı stresörler ön planda yer almaktadır (Sheets & Craighead, 2014). Sosyal faktörlerle ilgili gerçekleştirilen araştırmalar göstermektedir ki olumsuz sosyal ilişkiler, (sosyal destek eksikliği, topluma karışamama gibi) depresyona ve intihar girişimine sebep olmaktadır (Holma ve ark., 2010; Yalçın, 2014). Sosyal ilişki sistemlerinden birisi olarak kabul edilen evlilik ve aile kurumundaki problemler sonucunda da depresyon bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (Trudel & Goldfarb, 2010). Düşük sosyoekonomik düzeyin, depresyonun ortaya çıkmasında anlamlı bir risk teşkil ettiği bilinmektedir. Düşük ekonomik gelire sahip kişilerin depresyon riski daha fazla olmaktadır (McIntosh, Gillanders & Rodgers, 2010; Morvan ve ark., 2005). Depresyon bozukluğu gelişiminde rol oynayan etmenlerden birisi de medeni haldir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki ayrılmış, boşanmış ya da eşi vefat etmiş kişilerin depresyon riski evli kişilere göre daha fazladır (Doğan, 2011; Morvan ve ark., 2005; Ünal ve ark., 2002).

2.5.5. Depresyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Depresyon; küresel çapta bakıldığında, yaşam kalitesinde ve üretkenlikte azalmaya, hatta intihar riskinde artışa neden olan, aynı zamanda kronikleşme potansiyeli yüksek psikiyatrik hastalıklar arasında ön sıralardadır. Türkiye genelinde, orta ve şiddetli depresyon bozukluklarının prevalansı %4, erkek nüfusunda %2.3, kadın nüfusunda ise %5.4 olarak kaydedilmiştir. Bu tür depresyon bozuklukları, intihar girişimlerine ve mesleki/sosyal

işlevsellik kaybına yol açmaktadır. Genellikle 25-44 yaş aralığındaki bireylerde sıkça görülen depresyon bozukluğu vakalarında işlev kayıpları, hastalık belirtilerinin görülmediği dönemlerde de devam edebilmektedir (Derin, 2023). 2013 yılında yapılan bir çalışma, majör depresyon bozukluğunun küresel maluliyet nedenleri arasında ikinci sırada yer aldığını ortaya koymuştur (Morgan & Taylor, 2013). Yaşam boyu depresyon bozukluğu riski kadınlarda %10-26 aralığındayken bu oran erkeklerde ise %3-12'dir (Kafes, 2021).

Depresyon bozuklukları arasında en fazla görülen tür majör depresyon bozukluğudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir bilimsel araştırma, majör depresyon bozukluğunun yaygınlığını %16,6 olarak tespit etmiştir (Kessler, Petukhova, Zaslavsky & Wittchen, 2012). Kessler ve arkadaşları (2005) depresyon bozukluklarının hayat boyu yaygınlık oranını %17.1, yıllık oranını ise %10.3 olarak saptamışlardır. Yetişkinler dışındaki popülasyona bakıldığında ise 13 yaş altı çocuklarda depresyon bozukluğu sıklığı %2,8 bulunmuştur. Aynı araştırmada 13-18 yaş arasındaki depresyon oranı ise %5,6 olarak tespit edilmiştir (Costello ve ark., 2006). Depresyon bozuklukların görülme yaşı her geçen yıl düşmekte, yaygınlığı ise artmaktadır (Gürcan-Yıldırım & Gençöz, 2020). Süregiden depresyon bozukluğunun prevalansıyla ilgili çalışmalara bakıldığında nüfusun %4'ünde bu bozukluğun görüldüğü tespit edilmiştir (Conway, Compton, Stinson & Grant, 2006).

Türkiye'de depresyon bozukluklarının prevalansının tespit edilmesi ile ilgili gerçekleştirilen çoğu çalışma, diğer ülkelerde yapılan epidemiyolojik araştırmalar gibi belirli bir sistem ya da model çerçevesinde yürütülmemiştir. 1482 çocuk ve ergen katılımcılarla yapılan bir çalışma sonucunda majör depresyon bozukluğu yaygınlığı %1,55 bulunurken distimik bozukluk oranı ise %1,75 olarak belirlenmiştir (Demir, Karacetin, Demir & Uysal, 2011). Eskişehir örneklemli 700 kişiyle yapılan bir çalışmada depresyon bozukluğu yaygınlık oranı %27.7 olarak saptanmıştır (Kaya, Genç, Kaya & Pehlivan, 2007). İzmir ilinde 4011 katılımcı sayısıyla yapılan çalışmada majör depresyonun bir yıllık görülme oranı %8,2 olarak

görülmüştür (Topuzoğlu ve ark., 2015). 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırmasında aile hekimliklerindeki kayıtlı hasta verilerine göre depresyon bozukluğu tanısı alma oranları kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla bulunmuştur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre ülkemiz genelinde yetişkin popülasyonun % 9'u depresyon belirtileri göstermektedir (Kılıç, 2020).

2.5.6. Otizm Spektrum Bozuklukları ve Depresyon

Toplumun en küçük birimi olan aile çocuğun sosyalleşmeye ve belli davranış kalıplarını öğrendiği ilk yerdir. Ruhsal açıdan normal ya da otizm spektrum bozukluğuna sahip her çocuğun, iyi bir aile ortamına ihtiyacı vardır. Aile ortamındaki yolunda gitmeyen işler aile içi dinamikleri bozabilmekte ve ebeveynlerin huzursuzluğuna sebep olabilmektedir. Aile bireyleri arasına katılan otizm spektrum bozukluğu tanılı bir çocuk aile için stres verici niteliktedir. Otizmin kendi içindeki bilinmezlikleri ve ailenin yaşadığı stres evlilik sürecini ve aile içi iletişim dinamiklerini bozabilmektedir. Tüm bu yaşananlardan dolayı kendini çaresiz hisseden ebeveynlerde suçluluk duyguları, maddi kaygılar ve depresyon gibi belirtiler görülebilmektedir (Fırat, 2016). Daha önce ifade edildiği üzere otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bir çocuk, otizmin belirsizliği, ciddiyeti ve yaşam boyu sürmesi bunun yanı sıra çocuğun sosyal ortamlara uymada yaşayacağı zorluklar sebebiyle aile üyeleri üzerinde anksiyete ve depresyona sebep olabilmektedir (Gönen, Yıkmış & Diken, 2020).

Otizm spektrum bozukluğu ve bu bozukluğun aile üzerindeki depresyon etkisine yönelik oldukça fazla çalışma yapılmıştır. Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada 69 otizmli çocuk annesi üzerinde depresyon, anksiyete ve damgalanma algısı incelenmiştir. Araştırma sonucunda ise katılımcılarda orta düzeyde depresyon, anksiyete ve damgalanma algısı tespit edilmiştir (DeFilippis, 2018, Öz, Yüksel & Nasıroğlu, 2016). Bu konu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise 40 otizmli çocuk ebeveynlerinin depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiş ve

annelerin babalara göre daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (Fırat, 2016). Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerde depresyon bozuklukları büyük oranda komorbid (eş tanı) olarak gözlemlenebilmektedir. Sözel iletişim ve etkileşimin otizmin karakteristik özelliklerinden olması depresyonun fark edilmesini zorlaştırabilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu olan ve depresyon semptomları bulunan kişiler takıntılarında ve ritüellerinde artş görülebilmekte veya aksi yönde ilgi kaybı olabilmektedir (DeFilippis, 2018).

2.5.7. Depresyon Bozukluğu ve Adli Bilimler

Depresyon bozukluklarının, kronik, kompleks ve kümülatif travmatik yaşantılar sonrası ortaya çıkmasıyla *''viktimoloji''*; kendine zarar verme ve intihar davranışları belirtilerinden dolayı ise *''adli bilimler''* disiplinleriyle yakından ilişkilidir. Adli bilimler perspektifinden değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalıklardan olan depresyon bozukluğunun şizofreniye kıyasla suça sebebiyet verme oranı daha az olmakla birlikte suça karışanların yaklaşık 1/5'inde depresyon gözlemlenmektedir. Depresyon bozukluklarının klinik seyri ve iyileşme süreci kişiden kişiye farklılık göstermesine rağmen depresif ataklar arası dönemde bilhassa iyileşme döneminde adli bir olaya karışma olasılığı daha azdır. Bununla birlikte hissedilen değersizlik ve suçluluk duyguları nedeniyle depresyon bozukluğu tanılı kişiler işlemedikleri suçları da işlemiş gibi ifade verebilmektedirler (Yayla, 2007). Depresyon bozukluğu vakalarında alkol ve madde kullanım bozukluğunun, travmatik etkiye sahip çocukluk çağı örseleyici yaşantılarının ve kişilik bozukluklarının görülme olasılığının fazla olduğu bildirilmektedir. Cinayet suçunu işleme motivasyonları arasında; narsisistik kırılma, aşağılanma algısı ve utanç duygusu ön plana çıkmaktadır. Bu vakalarda cinayet suçunun ardından intihar girişimleri sıkça görülebilmektedir (Cheng & Jaffe, 2021).

İntihar davranışının temelinde de daha önceki depresyon atak öyküleri, aşırı alkol tüketimi, çocukluk çağı travmaları ve devam eden kişilik bozuklukları gibi faktörler

yatmaktadır. Depresyon bozukluğu tanılı hastaların suç işleme ve intihar davranışı potansiyellerinin klinisyenler tarafından iyi bilinmesi hekimlere yönelik malpraktis davalarının da önüne geçebilecektir (Rosenbaum, 1990). Adli olaya karışmış ergen popülasyonda yapılan bir çalışmada, intihar ve kendine zarar verme girişimlerine ek olarak bu grupta depresyon belirtileri de oldukça fazla gözlemlenmiştir (Akar, Kara, Agambayev & Bilgiç, 2015). İntihar girişimleriyle ilişkili psikiyatrik bozuklukların başında depresyon bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklar gelmektedir (Öztürk, 2020a). Çocuklarını öldüren anne ve babaların sahip olduğu psikiyatrik bozukluklara bakıldığında depresyon bozuklukları ön planda yer almaktadır. Bu konuyla ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmada 85 çocuk öldürme vakası incelenmiş ve bu davranışının temelindeki psikiyatrik bozuklukların oranı %61 şizofreni ve %22 majör depresyon olarak görülmüştür (Poyraz, Kocabaşoğlu & Konuk, 2012). Anne ve babalardaki çocuk öldürme davranışının motivasyonunda ise çocuğun acı çektiğine inanma ve bu duruma son verme isteği bulunmaktadır (Savaş ve ark., 1999).

2.6. Öz-Yeterlilik Kavramı

Öz yeterlik, sosyal öğrenme kuramıyla tanınan psikolog Albert Bandura tarafından ortaya atılmış bir kavramdır ve bu kavramın bireylerin davranışları üzerinde büyük bir etkisinin olduğunu düşünmektedir. Bandura'ya göre, bireyin belirli bir konuda performans sergileyebilme yeteneği, kendi davranışlarını düzenleme ve kontrol etme yeteneği için sahip olduğuna inanma derecesi olan *"öz yeterlilik"* algısı açısından temel bir öneme sahiptir (Bandura, 1982). Bandura (2001)'e göre, öz yeterlilik, bireyin belirli görevleri başarma kapasitesine dair kişisel inançlarını temsil etmekte; bu inançlar, kişinin belirli bir performansı başarmak için gereken etkinlikleri organize etme ve başarılı şekilde gerçekleştirme yeteneğiyle yakından ilişkilidir. Başka bir ifadeyle, öz yeterlilik, bireyin karşılaşabileceği zorluklarla başa çıkabileceğine, belirli bir görevi veya problemi çözebileceğine dair kendi

inancıdır. Bireyin kendisi hakkındaki bu inanç, kişinin belirli bir görevi başarıyla tamamlama yeteneğine olan güvenini ifade eder (Senemoğlu, 2015). Öz yeterlilik, bir problemi çözmek veya bir görevi başarıyla tamamlamak için gereken belirli eylemleri organize etme ve gerçekleştirme yeteneğine duyduğu güvendir (Kansu & Hızlı-Sayar, 2018).

Bandura'nın öz yeterlilik kavramı, kişilerin performansını ve başarılarını etkileyen temel bir inanç sistemini ifade etmekte ve bu inançlar, bireyin yaşamındaki birçok alanı pozitif ve/veya negatif yönde etkilemektedir. Birey, içinde bulunduğu durumun gerektirdikleri ile sahip olduğu yeteneklerini, kişilik özelliklerini, bilgi ve tecrübesini kıyaslar. Bu kıyaslama sonucunda da yetkinliği diğer bir ifadeyle öz-yeterliliği ağır basıyorsa ancak eyleme geçer, aksi durumda ise harekete geçmez (Işık, 2001). Diğer bir ifadeyle öz yeterlilik algısı, kişilerin davranışlarındaki ana motivasyonlardan biridir (Arseven, 2016). Kişinin yapacağı bir iş öncesi sahip olduğu becerilerin farkında olması ve kar-zarar hesabı sonucunda oluşan güdülenmedir. Öz yeterlilik algısının yüksekliği bireyin becerilerinin çeşitlenmesinde ve gelişiminde önemli etkiye sahiptir (Barutçuoğlu & Akçay, 2019).

Kişilerin tecrübeleri, öz yeterlilik algılarında önemli bir etkiye sahiptir. Başarı elde edilen durumlar sonrasında birey, becerilerinin yeterli olduğuna dair yoğun ve kuvvetli inanç geliştirmektedir (Gist & Mitchell, 1992). Kişinin karşılaştığı herhangi bir durum sonrası sahip olduğu yeterlilik düzeyini kavrayabilmesi için olay hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bununla birlikte karşılaşılan durum ya da olay hakkında ne yapması gerektiğine dair bilgi seviyesi de doğrudan öz yeterlilik inancına etki etmektedir (Bandura, 1997). Bandura'ya göre, kişilerin becerilerine yönelik yeterlilik algıları, bireylerin düşünce yapıları ve çevre ile iletişimlerini etkileyebilmektedir. Öz yeterlilik algısı yüksek olan bireyler, başarı elde edemedikleri bir durum sonrası bunu mantıksal ya da rasyonel perspektiften açıklayabilmektedirler. Ancak düşük öz yeterlilik algısına sahip kişiler ise başarısız durum sonrası bunun nedenini beceriksizlik olarak değerlendirmektedirler (Şenay,

2021). Öz yeterlilik inancının seviyesine göre zorlayıcı olaylar sonrasındaki toparlanma süresi değişebilmektedir (Acar, 2021). Öz-yeterlik kavramının bir alt başlığı olarak kabul edilen ebeveyn öz-yeterliği ise aşağıda açıklandığı üzere genel olarak ebeveynlik becerilerine yönelik yeterlilik kapasitesine inancın derecesini göstermektedir (Vural, 2021).

2.6.1. Ebeveyn Öz Yeterliliği

Bireylerin hayatlarının çeşitli evrelerinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkabilmeleri için belirli yetkinliklere sahip olmaları temel bir önem arz etmektedir. Bu yetkinliklerin aile ortamında ele alınması ebeveyn öz yeterliliği kavramı ile ilişkilidir. Özellikle anne ve babaların, çocuklarını başarılı bir şekilde yetiştirmelerini sağlayan ebeveyn öz yeterliliği bu bağlamda ele alınmaktadır (Çankaya, 2020). Ebeveyn öz yeterliliği, anne/babaların çocuklarının bakım ve yetiştirme evresinde sahip oldukları bilgi düzeyleri, bu bilgileri efektif bir şekilde kullanabilme yetileri ve uygun davranışları sergileme konusundaki inançlarını ve davranışlarını kapsamaktadır. Ebeveynlerin öz yeterlilik düzeyleri arttıkça, anne-babalık rolünde daha yetkin hissetmeleri olasıdır. Bu durum, ebeveynlerin görevlerini başarıyla yerine getirebileceklerine olan inançlarıyla birlikte çocukların gelişimi üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır (Büyüktaşkapu, 2012; Gençal Yazıcı, 2015; Crnic & Ross, 2017).

Ebeveyn öz yeterlilik algısı, anne babaların kendi aile bağları, eşleri, akrabaları ve çevresindeki diğer kişilerden aldıkları sosyal desteklerle doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, eğitim düzeyi de öz yeterlilik algısını etkileyen önemli bir faktördür (Holloway ve ark., 2005). Türkiye'de yaşayan ailelerde cinsiyete dayalı toplumsal rol dağılımının yaygın olması, annelerin çocuklarıyla daha yakından ilgilenmesini sağlamaktadır. Özellikle ilk altı yıl, çocuğun sağlıklı gelişimi, özgüveni, başarısı ve beceri kazanımı açısından kritik bir dönemdir ve bu süreçte annenin tutumu son derece önemlidir. Annenin bu dönemde evladına olumlu bir model olması, her zaman destek olması ve ona bağımsızlık kazandırması, çocuğun genel

gelişiminde kilit bir rol oynamaktadır (Şentürk, 2007; Öğretir-Özçelik & Şıvkın, 2019). Bu konu ile ilgili tekrar vurgulanmak istenildiği üzere ebeveyn öz-yeterliliği, bir kişinin ebeveynlik rolünü başarılı bir şekilde yerine getirme yeteneği veya inancı olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, ebeveynlikle ilgili farklı terim ve tanımlarla açıklansa da temelde, bir kişinin ebeveynlik görevlerini yerine getirme konusundaki yetkinlik hissiyle ilgilidir (Cavkaytar, Aksoy & Ardıç, 2014). Bandura (1989), ebeveyn öz yeterliliğini anne-babaların yaşamlarını etkileyen olayları kontrol edebilme yeteneklerine yönelik inançları şeklinde açıklamaktadır. Aynı şekilde, ebeveynlerin çocuklarının gelişimlerine olumlu etki yapabilme yeteneği ve ebeveynlik görevlerini yerine getirme kapasiteleri de ebeveyn yeterliliği olarak adlandırılmaktadır. Bu öz-yeterlik, özellikle gelişimsel zorlukları bulunan çocuklara sahip ebeveynler için, yaşamlarındaki zorlukların üstesinden gelebilmelerine ve belirledikleri gelecek hedeflerine ulaşabilmelerine yardımcı olabilir (Vural, 2021).

2.6.2. Çocuğu Özel Gereksinimli Olan Ebeveynlerde Öz Yeterlilik

Özel gereksinimli çocuğu bulunan ebeveynlerde, ebeveyn öz-yeterliliği, yaşamın zorluklarıyla başa çıkma becerisi ve gelecek için belirledikleri hedeflere ulaşma derecesini temsil etmektedir (Vural, 2021). Özel gereksinimli çocuk sahibi olmak, beraberinde ebeveyn öz-yeterliliğini negatif yönde etkileyebilecek psikopatolojik semptomların gelişmesine yol açmaktadır (Ainsworth ve ark., 2015). Engelli bir çocuğa sahip ebeveynler, çocukları için daha fazla fiziksel, zihinsel ve ekonomik çaba gösterdikleri için diğer sorumluluklarına yeterince zaman ayıramamaktadırlar (Fields, 2006). Engelli çocuk ebeveyni olmak, anne-babanın ve diğer aile bireylerinin stres düzeyini majör oranda arttırabilmektedir (Altındağ Kumaş & Sümer, 2019). Çocuklar özel gereksinimleri doğrultusunda davranış problemleri sergilediğinde, ebeveynler daha fazla başarısızlık hissi yaşamakta ve bu nedenle daha düşük öz-yeterlilik algısına sahip olmaktadırlar (Telef, 2013; Ceran & Ceylan, 2021). Örneğin otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynleri, kendi öz yeterliliğini etkileyebilecek ve

çocuklarına etkili tedaviyi engelleyebilecek özel zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Özel gereksinimli çocukların saldırganlık gibi davranış problemleri, iletişim ve dil aksaklıkları, duygusal ifade eksiklikleri ve sosyal ayrışmalar nedeniyle ebeveyn-çocuk ilişkisi zedelenebilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynleri stres, kaygı ve depresyon yaşayabilmektedir (Top, 2009; Töret, Özdemir, Selimoğlu & Özkubat, 2014).

Ebeveynlerin çocuklarındaki otizmle ilişkili olarak ortaya çıkan davranış değişiklikleri, çeşitli maddi zorluklara yol açabilmektedir. Bu da engelli bir çocuğun ebeveyni, fiziksel, psikolojik ve maddi açıdan daha fazla çaba harcamak zorunda kaldığı için diğer sorumluluklarına yeterli ölçüde zaman ayırmayabilmektedir (Fields, 2006). İlgili durum, ebeveynlerin stres düzeyini artırabilir ve aile içi ilişki dinamiklerinin bozulmasına belirli oranda yol açabilmektedir. Ayrıca çocuklar zorlayıcı davranışlar sergilediğinde, ebeveynler daha fazla başarısızlık hissi yaşayabilir ve bu da ebeveynlik öz yeterliğini düşürebilir (Töret ve ark., 2014; Telef, 2013). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları olan ebeveynler, ebeveynlik öz yeterliliğini olumsuz etkileyebilecek ve çocuklarının etkili tedavisine müdahale edebilecek benzersiz zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Vural, 2021). Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklara ebeveynlik yapmak, genellikle ebeveynlerin aile ilişkileri, evlilik birliği ve kardeşler üzerinde negatif yönde etkilere sebep olabilen oldukça zor bir görevdir. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinin stres, kaygı ve depresyon düzeyleri daha yüksek olabilir. Ayrıca, bu çocukların uyumsuz davranışları, iletişim aksaklıkları, duygularını ifade etmedeki eksiklikleri ve sosyal bağlantı kurma zorluğu gibi özellikleri, ebeveyn-çocuk ilişkisinde zorluklara neden olabilmektedir (McDaniel, 2011).

Otizm spektrum bozukluğu, çocuğun davranışsal, duygusal ve psikolojik işleyişini çeşitli yönlerden etkileyen yaygın ve ömür boyu süren bir durumdur (Töret ve ark., 2014; Vural, 2021). Ebeveynlerin çocukları ile ilgili birinci sorumluluğu, evlatlarının otizm spektrum bozukluğu odaklı özel eğitime ihtiyacı olduğunu öğrendikten sonra, onlara uygun

olan uzmanlar tarafından hazırlanmış bir programı en kısa sürede seçmeleri ve uygulamalarıdır. Ayrıca otizm spektrum bozukluğu çocuğu olan diğer ailelerle iletişime geçmek hem bu ailelerden otizm belirtilerinin azaltılmasına yönelik yeni bilgilerin öğrenilmesine imkan sağlamakta hem de anne-babaların evlatlarıyla geçirdikleri yoğun ve belirli oranda travmatize edici süreçle baş edebilmelerine destek olabilmektedir. Otizmli bir çocuğun olduğu ailede ebeveynler arasında bazen evlilik ve çocuk yetiştirme ile ilgili problemlerin yaşanabilmekte, bazense ebeveynler arasındaki dayanışma ve duygusal bağların güçlü olması, sorunların ortaya çıkmasına engel olabilmektedir (Aydın, 2002).

2.6.3. Ebeveyn Öz Yeterliliğini Etkileyen Faktörler

Anne/babaların, ebeveynlik becerilerini ya da çocuk yetiştirme stillerinini çocuklarının gelişimlerini destekleyecek ölçüde pozitif anlamda değiştirmeleri ve bu fonksiyonel ebeveynlik stillerini uygulamasını sağlayan ebeveynlik öz yeterliliği kavramını anlamak için, bu öz yeterliliği etkileyen faktörleri bilmek önemlidir. Kişilerin ebeveynleriyle kurdukları bağlanma biçimi -özellikle çocukluk döneminde anne ve baba ile kurulan bağlanma-, sosyal destek, anne/babanın eğitim düzeyi, erken çocukluk döneminde ebeveynlerle oluşturulan ilişkilerle karakterize örüntüler, toplumdaki baskın ebeveynlik tutumları, ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri, evlilik kalitesi ve evlilik stresi gibi faktörler ebeveyn öz yeterliliğini etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (Holloway, Suzuki, Yamamoto & Behrens, 2005; Aksoy & Diken, 2009). Anne-babalar arasındaki ilişki de ebeveynlik algısını pozitif yönde artırabilecek önemli bir faktör olup sağlıklı ve destekleyici ilişkilere sahip olan çiftlerin evlilik doyumları da yüksektir. Yüksek evlilik doyumu yaşayan bireylerin ebeveynlik becerileri de daha yüksektir ki iyi ve güçlü bağları bulunan bir evliliğe sahip anne-babalar, çocuklarını travmatize etmeden yetiştirmek konusunda yoğun çaba vermektedirler (Ger, 2021). Özel gereksinimli çocukların yardım ihtiyacının artmasıyla, ebeveynlerin klinik düzeyde yaşantıladıkları stres düzeyinin yükseldiği saptanmıştır (Hassall, Rose & McDonald, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algısı arasındaki ilişki kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Yüksek lisans tez araştırmamız, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ve Adıyaman'da yaşayan 55 anne ve 40 baba olmak üzere toplam 95 ebeveyn ile yürütülmüştür.

3.1. Araştırmanın Modeli

Nicel ve betimsel türde yapılandırılan bu yüksek lisans tez çalışmasında ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok sayıda değişken arasında birlikte değişimin varlığını ya da derecesini belirlemeyi amaçlamakta olup; korelasyon ve karşılaştırma şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Korelasyon çalışmalarında, değişkenler arasındaki ilişki ve ilişkinin yönü değerlendirilmektedir. Karşılaştırmada ise en az iki değişken arasında bağımsız ve bağımlı değişken gruplarına göre, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı araştırılmaktadır. Tarama modelleri, geçmişte olan ya da varlığı hala devam eden bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya dahil olan birey, kendi koşulları içinde, olduğu gibi tanımlanır, koşulları değiştirilmeye çalışılmaz, hakkında bilgi edinilmek istenen özellikler ölçekler aracılığıyla elde edilir (Karasar, 2011).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adıyaman İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı resmi ve özel eğitim kurumlarına (Özel Eğitim Uygulama Okulları ile Rehabilitasyon Merkezleri) devam etmekte olan otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anneler ve babalar oluşturmaktadır. Çalışmamızın örneklemi ise evren grubundan seçilen ve kendilerine ulaşılarak çalışmaya katılım için onam veren otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan

55 anne ve 40 baba olmak üzere toplam 95 ebeveynden oluşmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip olan ebeveynler belirlenirken *"amaçlı örnekleme yöntemi"* kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yönteminde bilimsel çalışmaların hedefine en uygun özellikteki katılımcılar araştırmalara dahil edilmektedir. Amaçlı örnekleme yönteminde, planlanan çalışma kriterlerini karşılayan gruplara ulaşılmaktadır (Gürbüz & Şahin, 2018). Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'nın 27/03/2023-654161 tarih ve sayılı yazısı ile etik açıdan uygun olduğuna dair onay almış olup; etik kurul onayının ardından çalışmaların uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Yüksek lisans tez çalışmamız kapsamında Adıyaman'daki eğitim kurumlarında öğrenim gören otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları olan 50 baba ve 60 anneye ulaşılmıştır. Araştırmamıza katılmayı kabul eden 5 anne ve 10 baba uygulamaları tamamlayamadığı için analizlere dahil edilmemiştir. Yüksek lisans tez çalışmamızın uygulamaları Mart 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek tamamlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların hem sosyo-demografik bilgilerini toplamak hem de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirilen yapılandırılmış bir soru formudur (EK-2). Bu formda; cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim, çalışma ve gelir durumu, meslek, daha önce psikiyatrik/psikolojik rahatsızlığının ya da kendine zarar verme davranışlarının/girişimlerinin olup olmaması ve bir uzmandan yardım

alıp almama ile aile içi ilişkilerin dahil olduğu sosyo-demografik içeriklerin yanı sıra araştırmaya katılım sağlayan ebeveynlerin çocuklarının otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklarının psikiyatrik özellikleri, gelişim dönemlerine yönelik bilgiler ve ebeveynlerin çocuklarına sunduğu desteğin niteliğini ve derecesini içeren sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ)

Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş olan ölçek 28 sorudan oluşmakta ve hem klinik hem klinik olmayan normal gruplara uygulanabilen 5'li likert tipine dayalı öz bildirim ölçeğidir (EK-3). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nde, katılımcılardan 20 yaşından önce deneyimledikleri travmatik olaylar hakkında sorular bulunmaktadır. Katılımcılar her bir soruyu 5'li Likert tipi ölçek üzerinde (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) değerlendirmektedirler. Ölçekte, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere 5 alt başlık bulunmaktadır. CTQ puanlarının hesaplanmasında ilk olarak olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen sonuçlar ters çevrilir (örn; 1 puan 5 puana ve 2 puan 4 puana döndürülür). Nihai puan, alt boyutların tamamından alınan puanların toplamından elde edilmektedir. Alt boyutların toplam puanı 5-25, ölçeğin toplam puanı ise 25-125 arasında dağılım göstermektedir. Duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26, duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 ve cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerledirilmektedir. Cinsel ve fiziksel istismar için 6, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 8, duygusal ihmal için 13 ve toplam puan için de 35 kesme noktası olarak kabul edilmektedir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha değeri 0.93, Gutman Yarım Test katsayısı .97, iki haftalık arayla yapılan testin aynı örnekleme yapılması ile elde edilen test tekrar değeri ise .90 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), dissosiyatif yaşantıları klinik ve normal popülasyonda güvenilir bir şekilde değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır (EK-4). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, katılımcıların dissosiyatif deneyimlerini içeren ve 28 maddeden oluşan bir öz-değerlendirme aracıdır. Her bir madde, 0-100 arasında puanlanmakta ve toplam puanların ortalaması alınarak nihai sonuç elde edilmektedir. Dünya genelinde ve Türkiye'de yapılan bilimsel araştırmalara dayanarak, yüksek lisans ve doktora tezlerinde kullanılan örneklemlerde Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasının 30 veya 25'in üzerinde bulunması, dissosiyatif bozukluk tanısı alma olasılığının yüksekliğine işaret etmektedir (Aydemir & Köroğlu, 2009; Bernstein ve ark., 1993; Öztürk, 2003). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, geç ergenlik dönemindeki üniversite öğrencilerini içeren klinik dışı ve klinik popülasyonlar üzerinde yapılan iki ayrı çalışma ile geçerlilik ve güvenirlik açısından değerlendirilmiştir. İlk çalışmada, ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach Alpha değeri 0.97, Gutman yarım test korelasyonu r=0.95 ve test tekrar test korelasyonu r=0.77 olarak bulunmuştur (Şar, Kundakçı, Kızıltan, Bakim & Bozkurt, 2001). İkinci çalışmada ise, ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alpha=0.93, Gutman yarım test korelasyonu r=0.90 ve test tekrar test korelasyonu r=0.75 olarak saptanmıştır (Aydemir & Köroğlu, 2009).

3.3.4. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından tasarlanan bu ölçek, bireylerin stresle başa çıkma becerileri ve duygusal-bilişsel baş etme yeteneklerini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir öz-değerlendirme aracıdır (EK-5). Toplamda 21 sorudan oluşan bu ölçek, depresif belirtilerle ilişkilendirilen çökkün duygudurum, kötümserlik, başarısızlık inancı, doyumsuzluk, suçluluk hissi, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini

suçlama, intihar düşünceleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, ilgi kaybı, kararsızlık, bedensel imgenin çarpıtılması, odaklanma güçlükleri, uyku bozuklukları, yorgunluk, iştah azalması, aşırı kilo alma/verme, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı odaklarını içermektedir. Beck Depresyon Envanteri, katılımcılara son bir hafta içindeki duygusal durumlarını değerlendirmeleri için 0-3 arasında seçenekler sunmaktadır (Hisli, 1988). İlgili ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması, 1989 yılında Hisli tarafından gerçekleştirilmiş ve test-tekrar test güvenirliği değerleri .65 ile .73 arasında bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri'nden alınan; 0-9 arası puan depresyonun deneyimlenmediğine, 10-16 arası puan hafif depresyon düzeyine, 17-29 arası puan orta depresyon düzeyine, 30 ve üzerineki puan ise şiddetli depresyon düzeyine işaret etmektedir (Aydemir & Köroğlu, 2009; Hisli, 1989).

3.3.5. Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği

Mohammadi (2020) tarafından geliştirilen Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği (EYÖ), otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara sahip ebeveynlerin yeterlilik düzeyini değerlendirmek amacıyla tasarlanmış bir ölçektir (EK-6). Bu ölçek, 5'li Likert tipinde (1-çok az, 5-çok) bir derecelendirme sistemini içermektedir. EYÖ, toplamda 25 madde ve iki alt ölçekten oluşmaktadır: Mevcut duruma uyum sağlama (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 20) ve bakımda mükemmellik (4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25). Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği'nden elde edilen puanlar 25 ile 125 arasında değişmekte olup, artan puanlar yüksek düzeyde ebeveyn yeterliliğini yansıtmaktadır. Mohammadi (2020)'nin çalışmasında, ölçeğin iç tutarlık katsayısı olarak belirlenen Cronbach Alpha değeri 0.95 olarak saptanmıştır. Türkçe adaptasyonu Vural (2021) tarafından yapılmış Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Veri analizleri için SPSS 26.0 istatistik programının kullanıldığı yüksek lisans tez çalışmamızda öncelikle otizmli çocuğa sahip anne ve babalardan oluşan örneklemimizden elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek adına çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiş ve her iki değerin ± 3 sınırlarında olması beklenmiştir (Gürbüz & Şahin, 2018). Verilerimizin ± 3 sınırlarında dağılım gösterdiği ortaya çıktığı için karekök transformasyon işlemi gerçekleştirilmemiştir. Ayrıca Gürbüz ve Şahin (2018), istatiksel analiz yapılmadan önce her bir gruptaki katılımcı sayısının 30 ve üzeri olması durumunda, verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmasının zorunlu olmadığını belirterek, ilgili verilerin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilmesi gerektiğini önermiştir. Gürbüz ve Şahin (2018)'in belirttiği üzere yüksek lisans tezimizde yer alan iki grup 30'ar kişiden fazla olduğu için (55 anne ve 40 baba) normal dağılım gösterdiği kabul edilmiş ve bu doğrultuda istatiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızdaki sıklık verileri için frekans ve dağılım analizleri; betimsel istatistikler ve değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü test etmek adına ise Pearson korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Yüksek lisans tez çalışmamızdaki anne ve babaları Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği (EYÖ) açısından karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklemler t-testi kullanılmıştır. Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları bağımsız değişken; depresyon, dissosiyatif yaşantılar ve ebeveyn yeterliliği ise bağımlı değişken olarak istatiksel analizlere dahil edilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip ebeveynlerde çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılar, depresyon ve yeterlilik algısı üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo I. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Demografik Özellikleri

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	N	2	1	3
		%	2.1%	1.1%	3.2%
	İlkokul	N	24	9	33
		%	25.3%	9.5%	34.7%
	Ortaokul	N	13	5	18
		%	13.7%	5.3%	18.9%
	Lise	N	12	13	25
		%	12.6%	13.7%	26.3%
	Üniversite	N	3	10	13
		%	3.2%	10.5%	13.7%
	Yüksek lisans ve üzeri	N	1	2	3
		%	1.1%	2.1%	3.2%
Aylık Gelir	8.500 TL ve aşağısı	N	30	18	48
		%	31.6%	18.9%	50.5%
	8.501 TL-13.000 TL arası	N	11	11	22
		%	11.6%	11.6%	23.2%
	13.001 TL-18.000 TL arası	N	10	7	17
		%	10.5%	7.4%	17.9%
	18.001 TL ve üzeri	N	4	4	8
		%	4.2%	4.2%	8.4%
Meslek	Ev Hanımı	N	51	0	51
		%	53.7%	0.0%	53.7%
	Öğretmen/Memur	N	1	14	15
		%	1.1%	14.7%	15.8%
	Hemşire/Sağlık Sektörü	N	3	2	5
		%	3.2%	2.1%	5.3%
	Tarım/Hayvancılık	N	0	4	4
		%	0.0%	4.2%	4.2%
	Esnaf/İşçi	N	0	19	19
		%	0.0%	20.0%	20.0%
	Emekli	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%
	Toplam	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo I’de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler yer almaktadır. Annelerin 24 (%25.3)’ü ilkokul mezunu iken, babaların ise 13 (%13.7)’si lise mezunudur. Annelerin 30 (%31.6)’unun ve babaların 18 (%18.9)’inin aylık geliri 8.500 TL ve daha azdır. Annelerin 51 (%53.7)’i çalışmıyorken, babaların ise 19 (%20.0)’u esnaf ya da işçidir. Katılımcılarımız arasında 25 evli çift (25 kadın ve 25 erkek toplam 50 kişi), 30 anne ve 15 baba bulunmakta olup; 30 anne ve 15 baba arasında evli çift olarak araştırmaya dahil olan kimse yoktur.

Tablo II. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile Dinamiklerine İlişkin Özellikler

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Evlilik Şekli	Arkadaş ortamında tanıştık	N	5	4	9
		%	5.3%	4.2%	9.5%
	İş ortamında tanıştık	N	2	2	4
		%	2.1%	2.1%	4.2%
	Görücü usulü	N	42	30	72
		%	44.2%	31.6%	75.8%
	Diğer	N	6	4	10
		%	6.3%	4.2%	10.5%
Evlilik Süresi	5 yıl ve aşağısı	N	3	2	5
		%	3.2%	2.1%	5.3%
	6-10 yıl	N	11	8	19
		%	11.6%	8.4%	20.0%
	11 yıl ve üzeri	N	41	30	71
		%	43.2%	31.6%	74.7%
Çocuk Sayısı	1	N	8	5	13
		%	8.4%	5.3%	13.7%
	2-3	N	28	21	49
		%	29.5%	22.1%	51.6%
	4 ve üzeri	N	19	14	33
		%	20.0%	14.7%	34.7%
Ailedeki Kişi Sayısı	1-3 kişi	N	6	5	11
		%	6.3%	5.3%	11.6%
	4-6 kişi	N	43	29	72
		%	45.3%	30.5%	75.8%
	7 ve üzeri kişi	N	6	6	12
		%	6.3%	6.3%	12.6%
	Toplam	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo II'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin aile dinamiklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Annelerin 42 (%44.2)'si ve babaların ise 30 (%31.6)'u görücü usulü evlenmiştir. Annelerin 41 (%43.2)'inin ve babaların ise 30 (%31.6)'unun evlilik süresi 11 yıl ve üzeridir. Annelerin 28 (%29.5)'inin ve

babaların ise 21 (%22.1)'inin çocuk sayısı 2-3 aralığındadır. Annelerin 43 (%45.3)'ünün ve babaların ise 29 (%22.1)'unun ailedeki kişi sayısı 4-6 kişi aralığındadır.

Tablo III. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Evlilik Problemlerine İlişkin Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Evlilik Problemi	Evet	N	4	1	5
		%	4.2%	1.1%	5.3%
	Bazen	N	26	15	41
		%	27.4%	15.8%	43.2%
	Hayır	N	25	24	49
		%	26.3%	25.3%	51.6%
Duygusal Şiddet	Hayır	N	53	39	92
		%	55.8%	41.1%	96.8%
	Evet	N	2	1	3
		%	2.1%	1.1%	3.2%
Fiziksel Şiddet	Hayır	N	54	40	94
		%	56.8%	42.1%	98.9%
	Evet	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
Duygusal ihmal	Hayır	N	43	34	77
		%	45.3%	35.8%	81.1%
	Evet	N	12	6	18
		%	12.6%	6.3%	18.9%
Fiziksel ihmal	Hayır	N	54	40	94
		%	57.9%	42.1%	98.9%
	Evet	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
Cinsel Şiddet	Hayır	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%
	Evet	N	0	0	0
		%	0%	0%	0%
Çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlıklar	Hayır	N	48	32	80
		%	50.5%	33.7%	84.2%
	Evet	N	7	8	15
		%	7.4%	8.4%	15.8%
	Toplam	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo III'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin evlilik problemlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Annelerin 26 (%27.4)'sı

bazen evlilik problemi yaşadıklarını, babaların ise 24 (%25.3)'ü evlilik sorunu yaşamadıklarını ifade etmiştir. Annelerin 2 (%2.1)'si ve babaların 1 (%1.1)'i duygusal şiddet; annelerin 1 (%1.1.)'i fiziksel şiddet; annelerin 12 (%12.6)'si ve babaların 6 (%6.3)'sı ise duygusal ihmal deneyimlerini bildirmiştir. Çalışmamızda, cinsel şiddet deneyimleyen ebeveyn bulunmamaktadır.

Tablo IV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Kendine Zarar Verme Davranışlarına ve İntihar Girişimlerine İlişkin Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Kendine Zarar Verme Durumu	Evet	N	0	2	2
		%	0.0%	2.1%	2.1%
	Hayır	N	55	38	93
		%	57.9%	40.0%	97.9%
Kendine Zarar Verme Şekli	Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma	N	0	2	2
		%	0.0%	100.0%	100.0%
İntihar Girişimi	Hayır	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%
	Evet	N	0	0	0
		%	0.0%	0.0%	0.0%
İntihar Düşüncesi	Evet	N	2	1	3
		%	2.1%	1.1%	3.2%
	Hayır	N	53	39	92
		%	1.1%	0.0%	1.1%
İntihar Düşüncesi Sıklığı	Çoğunlukla	N	1	1	2
		%	33.3%	33.3%	66.7%
	Nadiren	N	1	0	1
		%	33.3%	0.0%	33.3%
	Toplam	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo IV'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Anneler arasında kendine zarar veren kimse yokken, babaların ise 2 (%2.1)'si

kendine zarar verdiğini belirtmiş olup bu zarar verme; başını, yumruğunu ya da diğer beden parçalarını şiddetle yere vurma şeklindedir. İntihar girişimi olan ebeveyn yokken, intihar düşüncesi olan 2 (%2.1) anne ve 1 (%1.1) baba bulunmaktadır. Ebeveynlerin intihar düşünceleri ise çoğunlukla (2 kişi [%2.1]) ve nadiren (1 kişi [%1.1]) sıklığındadır.

Tablo V. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Aile İçi İlişki Dinamiklerine Dair Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Eşinizle İlişkiniz	Kötü	N	2	2	4
		%	2.1%	2.1%	4.2%
	Ortalama	N	16	8	24
		%	16.8%	8.4%	25.3%
	İyi	N	37	30	67
		%	38.9%	31.6%	70.5%
Çocuğunuzla İlişkiniz	Kötü	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%
	Ortalama	N	8	4	12
		%	8.4%	4.2%	12.6%
	İyi	N	47	35	82
		%	49.5%	36.8%	86.3%
Babanızla İlişkiniz	Kötü	N	2	2	4
		%	2.1%	2.1%	4.2%
	Ortalama	N	9	2	11
		%	9.5%	2.1%	11.6%
	İyi	N	44	36	80
		%	46.3%	37.9%	84.2%
Annenizle İlişkiniz	Ortalama	N	4	5	9
		%	4.2%	5.3%	9.5%
	İyi	N	51	35	86
		%	53.7%	36.8%	90.5%
	Toplam	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo V'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin aile içi ilişki dinamiklerine dair frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Annelerin 37

(%38.9)'sinin ve babaların ise 30 (%31.6)'unun eşleriyle ilişkileri iyi düzeydedir. Annelerin 47 (%49.5)'sinin ve babaların ise 35 (%36.8)'inin çocuklarıyla ilişkileri iyi seviyededir. Annelerin 44 (%46.3)'ünün ve babaların ise 36 (%37.9)'sının kendi babalarıyla ilişkileri iyi düzeydedir. Annelerin 51 (%53.7)'inin ve babaların ise 40 (%42.1)'ının kendi anneleriyle ilişkileri iyi seviyedir.

Tablo VI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Suçun Mağduru Olma ve Adli Olaya Karışmalarına İlişkin Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Suçun Mağduru Olma	Hayır	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%
	Evet	N	0	0	0
		%	0.0%	0.0%	0.0%
Adli Olaya Karışma	Evet	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%
	Hayır	N	55	39	94
		%	57.9%	41.1%	98.9%
Adli Olayın Türü	Hayır	N	55	39	94
		%	57.9%	41.1%	98.9%
	İş Kazası	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%
	Toplam	N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo VI'da otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin suçun mağduru olma ve adli olaya karışmalarına dair frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Hiçbir ebeveynin suçun mağduru olmadığı ve adli olaya karışan 1 (%1.1) babanın olduğu ortaya çıkmış olup; karışılan adli olay ise iş kazasıdır.

Tablo VII. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Özellikleri-I

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Çocuğunuzun Otizm Derecesi	Hafif	N	14	11	25
		%	14.7%	11.6%	26.3%
	Orta	N	25	18	43
		%	26.3%	18.9%	45.3%
	Ağır	N	16	11	27
		%	16.8%	11.6%	28.4%
Çocuğunuzun Otizm Tanısı Alma Yaşı	1	N	5	3	8
		%	5.3%	3.2%	8.4%
	2	N	13	7	20
		%	13.7%	7.4%	21.1%
	3	N	23	20	43
		%	24.2%	21.1%	45.3%
	4	N	6	5	11
		%	6.3%	5.3%	11.6%
	5	N	4	4	8
		%	4.2%	4.2%	8.4%
	6	N	3	1	4
		%	3.2%	1.1%	4.2%
	8	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
Çocuğunuzun Cinsiyeti	Kız	N	11	8	19
		%	11.6%	8.4%	20.0%
	Erkek	N	44	32	76
		%	46.3%	33.7%	80.0%
Otizme Yönelik Eğitim Alma Yaşı	1	N	1	2	3
		%	1.1%	2.1%	3.2%
	2	N	10	2	12
		%	10.5%	2.1%	12.6%
	3	N	19	17	36
		%	20.0%	17.9%	37.9%
	4	N	10	7	17
		%	10.5%	7.4%	17.9%
	5	N	9	8	17
		%	9.5%	8.4%	17.9%
	6	N	4	3	7
		%	4.2%	3.2%	7.4%
	7	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%

8	N	1	0	1
	%	1.1%	0.0%	1.1%
Toplam	N	55	40	95
	%	57.9%	42.1%	100.0%

Tablo VII'de ebeveynlerin çocuklarının otizm spektrum bozukluğu ile ilişkili verilerin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Çocuğunun otizm derecesi orta olan 25 (%26.3) anne ve 18 (%18.9) baba bulunmaktadır. Çocuklar en çok 3 yaşında (%45.3) otizm tanısı almıştır. Otizm tanılı erkek çocuk sayısı 76 (%80.0) iken, kız çocuk sayısı ise 19 (%20.0)'dur. Otizme yönelik eğitim alma yaşı, en fazla otizm tanısının konulduğu yaş olan 3 (%37.9)'tür. Araştırmamıza katılan 25 evli çiftin otizm spektrum bozukluğu tanılı 25 çocuğu, 30 annenin otizm spektrum bozukluğu tanılı 30 çocuğu ve 15 babanın otizm spektrum bozukluğu tanılı 15 çocuğu olmak üzere örneklemimizde yer alan tüm ebeveynlerin toplam 70 otizm spektrum bozukluğu tanısı çocuğu bulunmaktadır.

Tablo VIII. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Özellikleri-II

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Otizmi İlk Farkeden Kişi	Anne-Baba	N	38	22	60
		%	40.0%	23.2%	63.2%
	Doktor	N	9	14	23
		%	9.5%	14.7%	24.2%
	Öğretmen	N	2	1	3
		%	2.1%	1.1%	3.2%
	Dayı	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Kardeş	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
Otizm Belirtileri	Geç konuşma/konuşamama	N	49	35	84
		%	51.6%	36.8%	88.4%
	Sosyal ilişkilerde ve iletişimde zayıflık	N	37	28	65
		%	38.9%	29.5%	68.4%
	Rutinlere bağlılık ve aynılıkta ısrar	N	23	17	40
		%	24.2%	17.9%	42.1%
	Sürekli tek bir oyuncakla oynama	N	13	11	24
		%	13.7%	11.6%	25.3%
	Sınırlı göz teması kurma/göz teması kuramama	N	40	31	71
		%	42.1%	32.6%	74.7%
	Çevresine karşı ilgisizlik (örneğin oyuncaklara, kişilere vb.)	N	30	23	53
		%	31.6%	24.2%	55.8%
	İsmine tepki vermeme/bakmama	N	36	19	55
		%	37.9%	20.0%	57.9%
	El çırpma, sıçrama, etrafında dönme gibi bazı tekrarlayıcı davranışlar	N	30	15	45
		%	31.6%	15.8%	47.4%
	Diğer	N	2	2	4
		%	2.1%	2.1%	4.2%

Tablo VIII'de ebeveynlerin çocuklarının otizm spektrum bozukluğu ile ilişkili verilerin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Otizmi ilk fark eden kişiler %63.2

oranı ile anne ve babalardır. Anne ve babaların ardından ikinci sırada doktorlar %24.2 ile otizmi fark etmektedirler. Otizm belirtileri en sık görülenden en aza şu şekilde sıralanmaktadır: Geç konuşma/konuşamama (%88.4), sınırlı göz teması kurma ya da göz teması kuramama (%74.7), sosyal ilişkilerde ve iletişimde zayıflık (%68.4), ismine tepki vermeme/bakmama (%57.9), çevresine karşı ilgisizlik (örneğin oyuncaklara, kişilere vb.) (%55.8), el çırpma, sıçrama ve etrafında dönme gibi bazı tekrarlayıcı davranışlar (%47.4), rutinlere bağlılık ve aynılıkta ısrar (%42.1) ile sürekli tek bir oyuncakla oynama (%25.3)'dır.

Tablo IX. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Aldıkları Eğitimlere Dair Bulgular

		Yakınlık Derecesi		Toplam
		Anne	Baba	
Uygulama Okulu	N	26	24	50
	%	27.4%	25.3%	52.6%
Rehabilitasyon Merkezi	N	51	37	88
	%	53.7%	38.9%	92.6%
Dil-Konuşma Terapisi	N	16	6	22
	%	16.8%	6.3%	23.2%
Ergoterapi	N	8	2	10
	%	8.4%	2.1%	10.5%
Fizyoterapi	N	5	4	9
	%	5.3%	4.2%	9.5%
Sportif Faaliyetler	N	8	6	14
	%	8.4%	6.3%	14.7%
Diğer	N	7	4	11
	%	7.4%	4.2%	11.6%

Tablo IX'da ebeveynlerin çocuklarının otizm spektrum bozukluğu ile ilgili aldıkları eğitimlere dair frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Otizm ile ilgili alınan eğitimler en fazladan en aza; rehabilitasyon merkezi (%92.6), uygulama okulu (%52.6), dil-konuşma terapisi (%23.2), sportif faaliyetler (%14.7), ergoterapi (%10.5) ve fizyoterapi (%9.5) şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo X. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlaç Kullanımlarına Dair Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Çocuğun İlaç Kullanımı	Evet	N	15	13	28
		%	15.8%	13.7%	29.5%
	Hayır	N	40	27	67
		%	42.1%	28.4%	70.5%
Kullanılan İlaçlar	Abilify	N	1	2	3
		%	1.1%	2.1%	3.2%
	Abizol	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Atominex	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Attex	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Keppra	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Ricus	N	4	0	4
		%	4.2%	0.0%	4.2%
	Risperdal	N	3	4	7
		%	3.2%	4.2%	7.6%
	Diğer	N	3	3	6
		%	3.2%	3.2%	6.4%

Tablo X'da otizm spektrum bozukluğu ile ilgili ilaç kullanımına dair frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Çocukların 28 (%29.5)'i ilaç kullanmakta olup kullanılan ilaçlar; Abilify (%3.2), Abizol (%2.1), Atominex (%2.1), Attex (%2.1), Keppra (%2.1), Ricus (%4.2) ve Risperdal (%7.6)'dir.

Tablo XI. Ebeveynlerin Otizm Spektrum Bozukluğu Çocuklarında Eş Tanılara İlişkin Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Eş Tanı	Evet	N	8	6	14
		%	8.4%	6.3%	14.7%
	Hayır	N	47	34	81
		%	49.5%	35.8%	85.3%
Eş Tanılar	Disleksi	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
	Epilepsi	N	2	2	4
		%	2.1%	2.1%	4.2%
	Mikrosefali	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Hidrosefali	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Hiperaktivite	N	1	2	3
		%	1.1%	2.1%	3.2%
	Yaygın Gelişimsel	N	1	0	1
	Bozukluk	%	1.1%	0.0%	1.1%
	Zihinsel Yetersizlik	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%

Tablo XI'de ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu çocuklarında eş tanılara ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Çocukların 14 (%14.7)'ünün eş tanısı bulunmakta olup bu eş tanılar; epilepsi (4.2), hiperaktivite (%3.2), mikrosefali (%2.1), hidrosefali (%2.1), disleksi (%1.1) ve yaygın gelişimsel bozukluk (%1.1)'tur. Eş tanılar ebeveynlerin beyan ettiği şekilde yazılmıştır.

Tablo XII. Ebeveynlerin Çocuklarının Gelişim Becerilerine İlişkin Bulgular

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Dil Gelişimi	Konuşuyor	N	7	4	11
		%	7.4%	4.2%	11.6%
	Kısmen konuşuyor	N	27	13	40
		%	28.4%	13.7%	42.1%
	Konuşmuyor	N	21	23	44
		%	22.1%	24.2%	46.3%
Yemek Yeme-İştah Durumu	İyi	N	14	8	22
		%	14.7%	8.4%	23.2%
	Orta	N	17	14	31
		%	17.9%	14.7%	32.6%
	Kötü	N	24	18	42
		%	25.3%	18.9%	44.2%
Uyku Problemi	Evet	N	9	4	13
		%	9.5%	4.2%	13.7%
	Kısmen	N	15	9	24
		%	15.8%	9.5%	25.3%
	Hayır	N	31	27	58
		%	32.6%	28.4%	61.1%
Davranış Problemi	Evet	N	14	10	24
		%	14.7%	10.5%	25.3%
	Kısmen	N	24	20	44
		%	25.3%	21.1%	46.3%
	Hayır	N	17	10	27
		%	17.9%	10.5%	28.4%
Davranış Problemi Türleri	Ağlama Krizi	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
	Aşırı Öfke	N	5	4	9
		%	5.3%	4.2%	9.5%
	Aşırı Öfke ve İnatçılık	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
	Aşırı Öfke ve Sinir Krizi	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%
	Hırçınlaşma	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%
	Öfke	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Sinir Krizleri	N	6	3	9
		%	6.3%	3.2%	9.5%

Tablo XII'de ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarının gelişim becerilerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Çocukların 44 (%46.3)'ü konuşmuyorken, 40 (%42.1)'ı ise kısmen konuşmaktadır. Çocukların 42 (44.2)'sinin yemek yeme-iştah durumu kötü; 13 (%13.7)'sinin uyku problemi bulunmakta ve 24 (%25.3)'ünün davranış problemi bulunmaktadır. Çocuklardaki davranış problemleri arasında ön plana; aşırı öfke (%9.5), ağlama krizi (%1.1), inatçılık (%1.1) ve hırçınlaşma (%1.1) çıkmaktadır.

Tablo XIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Psikiyatrik Özellikleri

			Yakınlık Derecesi		Toplam
			Anne	Baba	
Psikiyatrik Tanı Alma	Evet	N	3	1	4
		%	3.2%	1.1%	4.2%
	Hayır	N	52	39	91
		%	54.7%	41.1%	95.8%
Psikiyatrik Tanılar	Kaygı Bozukluğu	N	1	1	2
		%	1.1%	1.1%	2.1%
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
	Panik Bozukluk	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
Psikiyatrik İlaç Alma	Evet	N	3	1	4
		%	3.2%	1.1%	4.2%
	Hayır	N	52	39	91
		%	54.7%	41.1%	95.8%
Antidepresan Kullanımı	Evet	N	3	1	4
		%	3.2%	1.1%	4.2%
	Hayır	N	52	39	91
		%	54.7%	41.1%	95.8%
Psikolojik Destek Alma	Evet	N	9	3	12
		%	9.5%	3.2%	12.6%
	Hayır	N	46	37	83
		%	48.4%	38.9%	87.4%
Psikolojik Destek Alma Süresi	1 Seans	N	4	2	6
		%	4.2%	1.1%	6.4%
	1 yıl	N	2	0	2
		%	2.1%	0.0%	2.1%
	3 ay	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
	8 ay	N	0	1	1
		%	0.0%	1.1%	1.1%

Tablo XIII'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin psikiyatrik özelliklerine dair frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Ebeveynlerin 4 (%4.2)'ü psikiyatrik tanı almışken bu tanılar; kaygı bozukluğu (%2.1), obsesif kompulsif

bozukluk (%1.1) ve panik bozukluk (%1.1)'tur. Ebeveynlerin 4 (%4.2)'ü psikiyatrik ilaç olarak antidepresan kullanmaktadır. Ebeveynlerden 12 (%12.6)'si psikolojik desteğe başvurmuş olup destek alan kişilerden sadece 6 (%6.4)'sı bir seans psikolojik yardım almıştır.

Tablo XIV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort.	SS	t	p
Duygusal İstismar	Anne	55	6.7818	2.58694	.625	.592
	Baba	40	6.5000	2.42846		
Fiziksel İstismar	Anne	55	5.8909	1.62928	10.862	.059
	Baba	40	5.3500	.86380		
Fiziksel İhmal	Anne	55	8.1091	2.62236	3.270	.249
	Baba	40	8.7000	2.19790		
Duygusal ihmal	Anne	55	11.5636	5.09089	11.269	.281
	Baba	40	10.5500	3.52246		
Cinsel istismar	Anne	55	5.4727	1.85447	10.967	.111
	Baba	40	5.0000	.00000		
CTQ	Anne	55	47.4000	9.70605	12.739	.324
	Baba	40	45.7250	5.19856		

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı

Tablo XIV'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklemler t-testi sonuçları yer almaktadır. Annelerin CTQ Duygusal İstismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6.78, babaların 6.50, annelerin CTQ Fiziksel İstismar alt

boyutu toplam puan ortalaması 5.89, babaların 5.35, annelerin CTQ Fiziksel İhmal alt boyutu toplam puan ortalaması 8.11, babaların 8.70, annelerin CTQ Cinsel İstismar alt boyutu toplam puan ortalaması 5.47, babaların 5.00, annelerin CTQ Duygusal İhmal alt boyutu toplam puan ortalaması 11.56, babaların 10.55, annelerin CTQ toplam puan ortalaması 47.40 iken babaların ise 45.73'tür.

Tablo XV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort.	SS	t	p
DES	Anne	55	18.4870	14.72441	1.009	.316
	Baba	40	15.5804	12.58220		

Not: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması

Tablo XV'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklemler t-testi sonuçları yer almaktadır. Annelerin DES toplam puan ortalaması 18.49 iken babaların ise 15.58'dir.

Tablo XVI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri Toplam Puan Ortalamalarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort.	SS	t	p
BDE	Anne	55	13.2545	9.26207	1.449	.151
	Baba	40	10.6000	8.15177		

Not: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puan Ortalaması

Tablo XVI'da otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklemler t-testi sonuçları yer almaktadır. Annelerin BDE toplam puan ortalaması 13.25 iken babaların ise 10.60'tır.

Tablo XVII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklemler t-Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort.	SS	t	p
EYÖ	Anne	55	61.3636	7.83478	.962	.339
	Baba	40	59.7250	8.67353		
EYÖ-BM	Anne	55	16.6727	2.75583	1.048	.298
	Baba	40	16.0000	3.50092		
EYÖ-MDUS	Anne	55	44.6909	5.76668	.789	.432
	Baba	40	43.7250	6.05101		

Not: EYÖ: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği; EYÖ-BM: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Bakımda Mükemmellik Alt Boyutu; EYÖ-MDUS: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Mevcut Duruma Uyum Sağlama Alt Boyutu

Tablo XVII'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarının toplam puan

ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklemler t-testi sonuçları yer almaktadır. Annelerin EYÖ toplam puan ortalaması 61.36, babaların 59.73; annelerin EYÖ-BM alt boyutu toplam puan ortalaması 16.67, babaların 16.00 ve annelerin EYÖ-MDUS alt boyutu toplam puan ortalaması 44.69 iken babaların ise 43.73'tür.

Tablo XVIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekansları

			Anne	Baba	Toplam
CTQ Kesme Puanı 35	CTQ 35 ve daha fazla	N	54	40	94
		%	56.8%	42.1%	98.9%
	CTQ 35'ten daha az	N	1	0	1
		%	1.1%	0.0%	1.1%
FİS Kesme Puanı 6	Fİ 6 ve daha fazla	N	18	8	26
		%	18.9%	8.4%	27.4%
	Fİ 6'dan daha az	N	37	32	69
		%	38.9%	33.7%	72.6%
CİS Kesme Puanı 6	Cİ 6 ve daha fazla	N	5	0	5
		%	5.3%	0.0%	5.3%
	Cİ 6'dan daha az	N	50	40	90
		%	52.6%	42.1%	94.7%
DİS Kesme Puanı 8	DİS 8 ve daha fazla	N	15	9	24
		%	15.8%	9.5%	25.3%
	DİS 8'den daha az	N	40	31	71
		%	42.1%	32.6%	74.7%
FİH Kesme Puanı 8	FİH 8 ve daha fazla	N	29	31	60
		%	30.5%	32.6%	63.2%
	FİH 8'den daha az	N	26	9	35
		%	27.4%	9.5%	36.8%
DİH Kesme Puanı 12	DİH 12 ve daha fazla	N	25	13	38
		%	26.3%	13.7%	40.0%
	DİH 12'den daha az	N	30	27	57
		%	31.6%	28.4%	60.0%
Toplam		N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; FİS: Fiziksel İstismar; CİS: Cinsel İstismar; DİS: Duygusal İstismar; FİH: Fiziksel İhmal; DİH: Duygusal İhmal

Tablo XVIII'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin CTQ kesme puanlarına göre frekansları yer almaktadır. Annelerin 54 (%56.8)'sinin, babaların ise 40 (%42.1)'ının CTQ toplam puan ortalaması 35 ve üzerinde; annelerin 18 (%18.9)'inin, babaların ise 8 (%8.4)'inin fiziksel istismar toplam puan ortalaması 6 puan ve üzerinde; annelerin 5 (%5.3)'inin cinsel istismar toplam puan ortalaması 6 puan ve üzerinde; babaların 15 (%15.8)'inin, babaların ise 9 (%9.5)'unun duygusal istismar toplam puan ortalaması 8 puan ve üzerinde; annelerin 29 (%30.5)'unun, babaların ise 31 (%32.6)'inin fiziksel ihmal toplam puan ortalaması 8 puan ve üzerinde; annelerin 25 (%26.3)'inin ve babaların ise 13 (%13.7)'ünün duygusal ihmal toplam puan ortalaması 12 puan ve üzerindedir.

Tablo XIX. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekansları

			Anne	Baba	Toplam
DES Kesme Puanı 25	DES 25 ve daha fazla	N	13	5	18
		%	14.0%	5.4%	19.4%
	DES 25'ten daha az	N	42	33	75
		%	45.2%	35.5%	80.6%
DES Kesme Puanı 30	DES 30 ve daha fazla	N	9	2	11
		%	9.7%	2.2%	11.8%
	DES 30'ten daha az	N	46	36	82
		%	49.5%	38.7%	88.2%
Toplam		N	55	38	93
		%	59.1%	40.9%	100.0%

Not: DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XIX'da otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin DES kesme puanlarına göre frekansları yer almaktadır. Annelerin 13 (%14.0)'ünün, babaların ise 5

(%5.4)'inin DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerinde; annelerin 9 (%9.7)'unun, babaların ise 2 (%8.4)'sinin DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerinde; tüm ebeveynlerin 18 (%19.4)'inin DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerinde, 11 (%11.8)'inin DES toplam puan ortalaması ise 30 ve üzerindedir.

Tablo XX. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri Kesme Puanlarına Göre Frekansları

			Anne	Baba	Toplam
BDE Kesme Puanları	0-9	N	22	16	38
		%	23.2%	16.8%	40.0%
	10-16	N	17	18	35
		%	17.9%	18.9%	36.8%
	17-29	N	13	5	18
		%	13.7%	5.3%	18.9%
	30-63	N	3	1	4
		%	3.2%	1.1%	4.2%
Toplam		N	55	40	95
		%	57.9%	42.1%	100.0%

Not: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı

Tablo XX'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin BDE kesme puanlarına göre frekansları yer almaktadır. Annelerin 22 (%23.2)'sinin, babaların ise 16 (%16.8)'sının BDE toplam puan ortalaması 0-9 arasında; annelerin 17 (%17.9)'sinin, babaların ise 18 (%18.9)'inin BDE toplam puan ortalaması 10-16 arasında; annelerin 13 (%13.7)'ünün, babaların ise 5 (%5.3)'inin BDE toplam puan ortalaması 17-29 arasında; annelerin 3 (%3.2)'ünün, babaların ise 1 (%1.1)'inin BDE toplam puan ortalaması 30-63 arasındadır.

Tablo XXI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	.749**	.679**	.735**	.822**	.493**	.257*	.308**	-.297**	-.277**	-.268**
2	.749**	1	.599**	.401**	.483**	.326**	.116	.319**	-.321**	-.308**	-.285**
3	.679**	.599**	1	.318**	.420**	.577**	.233*	.307**	-.246*	-.188	-.244*
4	.735**	.401**	.318**	1	.621**	.206*	.291**	.201	-.181	-.212*	-.140
5	.822**	.483**	.420**	.621**	1	.176	.152	.303**	-.325**	-.302**	-.295**
6	.493**	.326**	.577**	.206*	.176	1	.266**	.133	-.012	.058	-.048
7	.257*	.116	.233*	.291**	.152	.266**	1	.040	-.028	-.074	.000
8	.308**	.319**	.307**	.201	.303**	.133	.040	1	-.359**	-.328**	-.328**
9	-.297**	-.321**	-.246*	-.181	-.325**	-.012	-.028	-.359**	1	.832**	.957**
10	-.277**	-.308**	-.188	-.212*	-.302**	.058	-.074	-.328**	.832**	1	.634**
11	-.268**	-.285**	-.244*	-.140	-.295**	-.048	.000	-.328**	.957**	.634**	1

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Duygusal İstismar; 3: Fiziksel İstismar; 4: Fiziksel İhmal: 5: Duygusal İhmal; 6: Cinsel İstismar; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı; 9: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği; 10: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Bakımda Mükemmellik Alt Boyutu; 11: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Mevcut Duruma Uyum Sağlama Alt Boyutu; **:p<001; *<.05

Tablo XXI'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.749; p=.000); fiziksel istismar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.679; p=.000); fiziksel ihmal arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.735; p=.000); duygusal ihmal arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.822; p=.000); cinsel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.493; p=.000); dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.257; p=.05); depresyon arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.308; p=.000); ebeveyn yeterliliği arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.297; p=.000); ebeveyn yeterliliği -bakımda mükemmelik- arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.277; p=.000) ve ebeveyn yeterliliği -mevcut duruma uyum sağlama- arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.268; p=.000) bulunmaktadır.

Tablo XXII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	.767**	.729**	.783**	.839**	.534**	.326*	.286*	-.322*	-.275*	-.306*
2	.767**	1	.680**	.421**	.514**	.412**	.181	.213	-.277*	-.195	-.284*
3	.729**	.680**	1	.419**	.445**	.618**	.274*	.213	-.178	-.124	-.183
4	.783**	.421**	.419**	1	.717**	.282*	.387**	.237	-.254	-.292*	-.206
5	.839**	.514**	.445**	.717**	1	.187	.249	.292*	-.367**	-.344*	-.335*
6	.534**	.412**	.618**	.282*	.187	1	.313*	.138	-.040	.060	-.083
7	.326*	.181	.274*	.387**	.249	.313*	1	.075	-.158	-.183	-.126
8	.286*	.213	.213	.237	.292*	.138	.075	1	-.264	-.246	-.241
9	-.322*	-.277*	-.178	-.254	-.367**	-.040	-.158	-.264	1	.827**	.963**
10	-.275*	-.195	-.124	-.292*	-.344*	.060	-.183	-.246	.827**	1	.646**
11	-.306*	-.284*	-.183	-.206	-.335*	-.083	-.126	-.241	.963**	.646**	1

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Duygusal İstismar; 3: Fiziksel İstismar; 4: Fiziksel İhmal: 5: Duygusal İhmal; 6: Cinsel İstismar; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı; 9: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği; 10: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Bakımda Mükemmellik Alt Boyutu; 11: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Mevcut Duruma Uyum Sağlama Alt Boyutu; **:p<001; *<.05

Tablo XXII'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin çocukluk çağı travmaları ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.767; p=.000); fiziksel istismar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.729; p=.000); fiziksel ihmal arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.783; p=.000); duygusal ihmal arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.839; p=.000); cinsel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.534; p=.000); dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.326; p=.05); depresyon arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.286; p=.05); ebeveyn yeterliliği arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.322; p=.05); ebeveyn yeterliliği -bakımda mükemmelik- arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.275; p=.05) ve ebeveyn yeterliliği -mevcut duruma uyum sağlama- arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.306; p=.05) bulunmaktadır.

Tablo XXIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1	.785**	.416**	.735**	.773**	.534**	.039	.359*	-.341*	-.397*	-.258
2	.785**	1	.452**	.394*	.423**	.412**	-.009	.486**	-.399*	-.464**	-.303
3	.416**	.452**	1	.165	.281	.618**	.063	.534**	-.545**	-.458**	-.516**
4	.735**	.394*	.165	1	.476**	.282*	.152	.196	-.050	-.093	-.018
5	.773**	.423**	.281	.476**	1	.187	-.107	.296	-.316*	-.312	-.272
6	.534**	.534**	.534**	.534**	.534**	.534**	.534**	.534**	.534**	.534**	.[c]
7	.412**	.412**	.412**	.412**	.412**	.412**	.412**	.412**	.412**	.412**	.
8	.359*	.486**	.534**	.196	.296	.138	-.067	1	-.550**	-.491**	-.504**
9	-.341*	-.399*	-.545**	-.050	-.316*	-.040	.134	-.550**	1	.838**	.949**
10	-.397*	-.464**	-.458**	-.093	-.312	.060	.032	-.491**	.838**	1	.622**
11	-.258	-.303	-.516**	-.018	-.272	-.083	.173	-.504**	.949**	.622**	1

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Duygusal İstismar; 3: Fiziksel İstismar; 4: Fiziksel İhmal: 5: Duygusal İhmal; 6: Cinsel İstismar; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı; 9: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği; 10: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Bakımda Mükemmellik Alt Boyutu; 11: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Mevcut Duruma Uyum Sağlama Alt Boyutu; **:p<001; *<.05

Tablo XXIII'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan babaların çocukluk çağı travmaları ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.785; p=.000); fiziksel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.416; p=.000); fiziksel ihmal arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.735; p=.000); duygusal ihmal arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.773; p=.000); cinsel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.534; p=.000); dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.412; p=.001); depresyon arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=.359; p=.001); ebeveyn yeterliliği arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.341; p=.05); ebeveyn yeterliliği -bakımda mükemmellik- arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.397; p=.05) ve ebeveyn yeterliliği -mevcut duruma uyum sağlama- arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki (r=-.258; p=.05) bulunmaktadır.

Tablo XXIV. Ebeveynlerin Çocuklarının Otizm Derecesine Göre Beck Depresyon Envanteri, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Otizm Derecesi	N	Ort.	SS	F	p
DES	Hafif	25	15.8714	16.24087	.217	.806
	Orta	43	18.1728	13.45055		
	Ağır	27	17.1032	12.50209		
	Toplam	95	17.2632	13.86771		
BDE	Hafif	25	10.2800	6.93734	.905	.408
	Orta	43	13.2791	9.05624		
	Ağır	27	12.0370	10.08610		
	Toplam	95	12.1368	8.86496		
EYÖ	Hafif	25	62.1200	6.49564	.938	.395
	Orta	43	60.8605	8.83872		
	Ağır	27	59.0370	8.52815		
	Toplam	95	60.6737	8.19372		
EYÖ-BM	Hafif	25	17.1200	2.36854	.967	.384
	Orta	43	16.0698	3.71865		
	Ağır	27	16.2222	2.51661		
	Toplam	95	16.3895	3.09184		
EYÖ-MDUS	Hafif	25	45.0000	4.73462	1.194	.308
	Orta	43	44.7907	6.08495		
	Ağır	27	42.8148	6.41535		
	Toplam	95	44.2842	5.87578		

Not: DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; BDE: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı; EYÖ: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği; EYÖ-BM: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Bakımda Mükemmellik Alt Boyutu; EYÖ-MDUS: Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği Mevcut Duruma Uyum Sağlama Alt Boyutu

Tablo XXIV'te çocuklarının otizm derecesine göre Beck Depresyon Envanteri, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları yer almaktadır. Ebeveynlerin DES toplam puan ortalamaları çocuklarının otizm derecesine göre değişim göstermemekte (p=.806); BDE toplam puan ortalamaları çocuklarının otizm derecesine göre değişim göstermemekte (p=.408); EYÖ toplam puan ortalamaları çocuklarının otizm derecesine göre değişim göstermemekte (p=.395); EYÖ-BM toplam puan ortalamaları çocuklarının otizm derecesine göre değişim göstermemekte (p=.384) ve EYÖ-MDUS toplam puan ortalamaları çocuklarının otizm derecesine göre değişim göstermemektedir (p=.308).

Tablo XXV. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyutları Toplam Puanlarının Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Sıra Ortalaması	Sıra Numaraları Toplamı	Z	p
Duygusal İstismar	> DES 25	18	50.78	914.00	-.729	.466
	< DES 25	75	46.09	3457.00		
Fiziksel İstismar	> DES 25	18	52.50	945.00	-1.219	.223
	< DES 25	75	45.68	3426.00		
Fiziksel İhmal	> DES 25	18	59.78	1076.00	-2.259	**.024**
	< DES 25	75	43.93	3295.00		
Duygusal ihmal	> DES 25	18	52.47	944.50	-.962	.336
	< DES 25	75	45.69	3426.50		
Cinsel istismar	> DES 25	18	52.25	940.50	-2.351	**.019**
	< DES 25	75	45.74	3430.50		
CTQ	> DES 25	18	57.00	1026.00	-1.753	.080
	< DES 25	75	44.60	3345.00		

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XXV'te otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği kesme puanına -25- göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları ve alt boyutları toplam puanlarının Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. DES toplam puan ortalaması 25 ve üzeri olan ebeveynler daha fazla fiziksel ihmal (p=.-024) ve daha fazla cinsel istismar (p=.019) bildirdiği; duygusal istismar (p=.466), fiziksel istismar (p=.223), duygusal ihmal (p=.336) ve CTQ toplam puan ortalamasının (p=.080) ise farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Tablo XXVI. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyatif Yaşantılar Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Ebeveynler	r	r^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit	.375	.141	-193.391	192.064		-1.007	.000	2.911*
Duygusal İstismar			-15.948	20.160	-.103	-.791	.431	
Fiziksel İstismar			35.248	40.838	.125	.863	.390	
Fiziksel İhmal			46.954	20.121	.297	2.334	**.022**	
Duygusal İhmal			-5.794	11.657	-.067	-.497	.620	
Cinsel İstismar			48.449	33.076	.178	1.465	.147	
***p<.05**								

Tablo XXVI'da otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=2.911; p=.000]; modeldeki değişkenlerin dissosiyatif yaşantılar bağımlı değişkenindeki varyansın %14'ünü açıkladığı (R=.375; R^2=.141); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından sadece fiziksel ihmalin dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=2.334; p=.022) ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo XXVII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Ebeveynler	r	r^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit	.382	.146	.326	4.372		.075	**.000**	3.036*
Duygusal İstismar			.535	.459	.151	1.165	.247	
Fiziksel İstismar			1.116	.930	.174	1.201	.233	
Fiziksel İhmal			-.046	.458	-.013	-.101	.919	
Duygusal İhmal			.341	.265	.173	1.284	.203	
Cinsel İstismar			-.280	.753	-.045	-.372	.710	
***p<.05**								

Tablo XXVII'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=3.036; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %15'ünü açıkladığı (R=.382; R^2=.146) tespit edilmiştir.

Tablo XXVIII. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının Ebeveyn Yeterliliği Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Ebeveynler	r	r^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit	.403	.162	67.956	4.001		16.985	**.000**	3.451*
Duygusal İstismar			-.650	.420	-.199	-1.549	.125	
Fiziksel İstismar			-.834	.851	-.141	-.980	.330	
Fiziksel İhmal			.184	.419	.055	.439	.662	
Duygusal İhmal			-.424	.243	-.233	-1.747	.084	
Cinsel İstismar			.941	.689	.164	1.366	.175	
***p<.05**								

Tablo XXVIII'de otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının ebeveyn yeterliliği üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=3.451; p=.000]; modeldeki değişkenlerin ebeveyn yeterliliğini bağımlı değişkenindeki varyansın %16'ünü açıkladığı (R=.403; R^2=.162) tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

"Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar, Depresyon Düzeyleri ve Ebeveyn Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'ndaki *"Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi"*nde yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır. Yüksek lisans tez çalışmamızın temel amacı; otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algıları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir. Bu çalışmada, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynler, *"aile psikolojisi"* ve *"aile psikopatolojisi"* perspektiflerinden değerlendirilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algısı odaklı yüksek lisans tezimizin özgün değerini, otizm spektrum bozukluğunun anne-babalar üzerindeki hem psikotravmatolojik yansımalarının hem de ebeveyn yeterlilik algılarının aile psikopatolojisi perspektifinden ele alınması oluşturmaktadır.

Araştırmanın evrenini, Adıyaman İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı resmi ve özel eğitim kurumlarına (Özel Eğitim Uygulama Okulları ile Rehabilitasyon Merkezleri) devam etmekte olan otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anneler ve babalar oluşturmaktadır. Çalışmamızın örneklemi ise evren grubundan seçilen ve kendilerine ulaşılarak çalışmaya katılım için onam veren otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan 55 anne ve 40 baba olmak üzere toplam 95 ebeveynden oluşmaktadır. Bu yüksek lisans tez çalışmasının hem otizm spektrum bozukluğu tanılı anne-babalarla gerçekleştirilmesi hem de çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, depresyon ve ebeveyn yeterlilik algısı arasındaki ilişki dinamiklerinin analiz edilmesi sebebiyle *"aile psikopatolojisi", "modern psikotravmatoloji"* ve *"dissoanaliz"* özel alanlarına önemli bilimsel katkılar

sağlamasının yanı sıra otizmin önlenmesine dair ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri temelli kurumsal politikaların ve psikotoplumsal stratejilerin geliştirilmesini olanaklı kılması da beklenmektedir. Bu bölümde, temel amacımız doğrultusunda oluşturulan bulgularımız aile psikopatolojisi ve psikotravmatoloji perspektiflerinden detaylı bir şekilde tartışılmaktadır.

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." şeklinde ifade edilen ilk hipotezimiz doğrulanmıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=.257$; $p<.001$) vardır (Bkz. Tablo XXI). Çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki hem klinik örneklemlerle (Bozkurt Zincir, Yanartaş, Zincir & Semiz, 2014; Dominguez, Cohen & Brom, 2004) hem de klinik olmayan örneklemlerle (Ross & Joshi, 1992; Näring & Nijenhuis, 2005) yapılan bilimsel çalışmalar ile net bir şekilde ortaya konmuştur. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların anneler ve psikiyatrik tanısı olmayan yani sağlıklı çocuğu olan anneleri ile gerçekleştirilen bir çalışmada, otizmli çocuğu bulunan annelerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Işık, Yıldırım, Boysan & Murat, 2017).

Hem Türkiye'de hem de dünyada otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerle çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar odaklı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu doğrultuda birinci hipotezimiz, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların anne ve babalarıyla yapılan çalışmaların yanı sıra *"otizm"* ve *"çocukluk çağı travmaları"* ile *"otizm"* ve *"dissosiyatif yaşantılar"* odaklı literatür ekseninde de tartışılacaktır. Otizmli bireylerin çocukluk çağı travmalarını deneyimleme ve bu örseleyici olaylardan negatif yönde etkilenme ihtimallerinin yüksek olduğu ifade edilmektedir. Aynı

zamanda otizm spektrum bozukluğunun psikiyatrik komorbiditesine yönelik yapılan çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu tanısının ön plana çıktığı belirlenmiştir (Kerns, Newschaffer, & Berkowitz, 2015). Otizm spektrum bozukluğu tanılı hastalar arasında travmaya maruz kalma yüksek bir oranda olup; bu vakalarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısının yaygınlığını araştıran bir çalışma, TSSB'nin otizmli vakalarda genel olarak düşük bir prevalans gösterdiğini saptamıştır (Haruvi-Lamdan, Horesh & Golan, 2018).

Otizm spektrum bozukluğu uzun süre teşhis edilmeden sürebilmekte ve kişide ancak depresyon, anksiyete veya intihar davranışları gibi majör psikiyatrik belirtiler ortaya çıktığında ya psikiyatriste gitmekte ya da otizm belirtileri uzmanın dikkatini çekmektedir (Dell ve ark., 2015). Bu vakalarda travmatik olaylara ilişkin içgörünün düşük olması ve psikiyatrik anamnez sırasında rapor edilme sürecinde psikopatoloji ile ilişkili zorluklar sebebiyle otizm spektrum bozukluğu hastalarında travmatik deneyimler genellikle ya eksik teşhis edilmekte ya da geç fark edilebilmektedir. Otizm vakalarının büyük çoğunluğunun iletişim ve bağlama uygun davranışları sürdürme konusundaki eksiklikleri nedeniyle sosyal etkileşimler içerisinde ortaya çıkan akran zorbalığı ve duygusal istismar gibi travmatik kişilerarası deneyimleri yaşamaya yatkın oldukları bildirilmektedir (Hofvander ve ark., 2009). Kronik ve kompleks çocukluk çağı travmalarıyla en yakından ilişkili savunma mekanizması, dissosiyasyondur. Dissosiyatif yaşantıların sıklığı, şiddeti ve süresi arttıkça bireylerde dissosiyatif bozukluk gelişme ihtimali de aynı oranda artmaktadır (Öztürk, 2020a; 2022a).

Dissosiyasyon, nörogelişimsel bozukluğu olan bireylerde ve otizm spektrum bozukluğu vakalarında travmatik yaşantılara maruz kalma oranlarının yüksek olması nedeniyle belirli ölçüde deneyimlenmektedir. Travmatik yaşantıların ve anksiyetenin, otizm spektrum bozukluğu vakalarında dissosiyasyonun yaşantılanmasına yol açtığı ifade edilmekte ayrıca bu vakalarda görülen dissosiyatif reaksiyonlar; onların çevrimiçi forum, sosyal medya platformları ve bloglardaki paylaşımlarında da görülebilmektedir. Dissosiyasyonun otizm

spektrum bozukluğu olan bireyler, özellikle de travma bildiren otizm spektrum bozukluğu vakaları tarafından kullanıldığı önemle vurgulanmaktadır (Reuben & Parish, 2022). Klinger ve Dawson (1995) otizm spektrum bozukluğu tanılı bireylerin otomatik bilgi işleme sürecinde güçlükler yaşadığını ifade etmekte olup karmaşık ve basit otomatik bilgi işleme süreci arasında ortaya çıkan dissosiyasyon, Minshew, Goldstein ve Siegel'in (1997) otizmli kişilerin basit bilgi işleme becerilerinin sağlam olduğunu ancak daha karmaşık bilgi işleme becerilerinde bozulma olduğu yaklaşımıyla tutarlılık göstermektedir.

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır." şeklinde ifade edilen ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=.308$; $p<.001$) vardır (Bkz. Tablo XXI). Araştırmacılar, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları olmayan ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde stres, kaygı ve depresyon yaşadıklarını bildirmektedir (Totsika, Hastings, Emerson, Berridge, & Lancaster, 2011; Zablotsky, Bradshaw & Stuart, 2013). Otizm spektrum bozukluğunda depresyonun ortaya çıkması birçok faktörün birlikte ve eş zamanlı bulunması ile yakından ilişkilidir. Süreğen üzüntü hissi ve aktüel hayatın olağan faaliyetlere karşı belirgin ya da fark edilebilir ilgi kaybı gibi genel semptomların yanı sıra depresyondaki otizmli kişiler benzersiz ya da nadir görülen özelliklere de sahip olabilmektedirler. Otizmli vakalar, bilişsel sistemlerdeki eksikliklerinden ya da bu sistemlerdeki bozulmalardan dolayı başkalarının ve kendilerinin hislerini anlamakta zorlanmaktadırlar (Hobson, 1989).

Otizm vakalarında patolojik düzeydeki depresyon genellikle ergenlerde veya genç yetişkinlerde deneyimlenmektedir. Bu durum kısmen çocuklarda psikiyatrik bozuklukların

değerlendirilmesindeki eksikliklerden kaynaklanıyor olsa da klinik deneyimler, otizm ve ilişkili bozukluklarda depresyon oranının yaşla birlikte arttığını göstermektedir (Ghaziuddin, 1998). Dolayısıyla, otistik çocuklarda ergenlik döneminde gelişen davranışsal bozulma, belirli oranda depresif belirtilerin ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Aynı durum otizmli yaşlı yetişkinler için de geçerli olabilmektedir ancak otizmli yaşlı bireylerin fiziksel bakım ihtiyaçları ile ilgili literatür oldukça sınırlıdır (Howlin, 1997). Depresyon genellikle anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik durumlarla komorbid olarak görülmektedir. Depresyonu olan otistik hastalar da sıklıkla diğer psikiyatrik semptomlara sahiptir. Bazı depresif hastalar obsesif-kompulsif davranışlarında artış gösterebilmekte; ayrıca ruminasyonlar ve perseverasyonlar yoğunlaşabilmektedir (Ghaziuddin ve ark., 1995). Özellikle düşük düzeyde fonksiyonelliği bulunan otizm vakalarında sallanma ve el çırpma gibi stereotipik davranışlarda artış görülmektedir. Yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu ve asperger sendromu bulunan çocukların büyük bir bölümünde ergenlik öncesi dönemde hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat dağınıklığı ile depresif belirtilerin bulunduğu belirtilmektedir (Ghaziuddin ve ark., 1998).

Birden fazla otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip olmak, aile içinde deneyimlenen ruhsal açmazları arttırmakta ve bu durum, ebeveynlerde anksiyete ve depresyon bozuklukları prevalansının normal yetişkin popülasyonuna oranla üç kat daha fazla yaşantılanmasına yol açmaktadır (Bekhet ve ark., 2012). Çocukluk çağı travmalarının yanı sıra ölüm, ebeveynlerin boşanması ve aile içi şiddet gibi örseleyici olaylar da hem çocuklarda hem de yetişkinlerde klinik depresyonla yakından ilişkilidir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı vakalar üzerinde yapılan bir çalışmada; otizm spektrum bozukluğu olan çocukların psikiyatrik bir tanısı bulunmayan kontrol grubuna oranla daha fazla travmatik yaşantı bildirdiği ortaya çıkmıştır (Kendler ve ark., 1999). Otizm spektrum bozukluğu ve depresyon bozukluğu tanıları bulunan 11 katılımcı ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada depresyonun başlamasından önceki 12 ay içinde yas ve ebeveynler arasında evlilik anlaşmazlığı başta olmak üzere birçok

travmatik yaşantının deneyimlendiği belirlenmiştir (Ghaziuddin ve ark., 1995). Otizm spektrum bozukluğu tanılı yüksek düzeyde işlevselliği bulunan katılımcılarla yapılan bir diğer çalışmada farklı zeka düzeyleri ile örseleyici olaylara verilen tepkiler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Travmatik olaylara depresif semptomlarla reaksiyon veren otizm spektrum bozukluğu vakalarının bu psikiyatrik reaksiyonlarının genetik olarak depresyona yatkınlıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Ghaziuddin, Ghaziuddin, & Greden, 2002).

Otizm spektrum bozukluğu ve asperger sendromu olan psikiyatrik vakalar arasındaki depresyon bozukluğu oranları en fazla %34 oranında olmakla birlikte depresyonun prevalansı, literatürdeki çalışmalar arasında birtakım farklılıklar göstermektedir. Bu konu ile ilgili çalışmalarda depresyonun yüksek oranlarda görülmemesinin nedeninin örneklemlerin genç kişilerden oluşması şeklinde düşünülmektedir ki bu durum da onları yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde etkileyebilecek bir depresyon dönemini henüz deneyimlemedikleri anlamına gelmektedir (Stewart, Barnard, Pearson, Hasan, & O'Brien, 2006). Kim ve arkadaşları (2000)'na göre, depresyon bozukluğu oranı, otizm spektrum bozukluğu ve asperger grubunda, klinik olmayan popülasyona göre daha yüksektir. Depresyon bozukluğunun temel özelliklerinin önemli bir bölümü, bireylerin öz bildirimlerinden ziyade üçüncü şahısların ifadeleriyle bildirilmekte veya davranışlarla gösterilmektedir. Otizm ve asperger sendromunun belirtileri olan *"sosyal geri çekilme"* ve *"anormal konuşma kalıpları"*, sırasıyla yorgunluk veya psikomotor gerilikle karıştırılabilmekte; böylece otizm ve asperger sendromu belirtileri ile depresyon arasında ayrım yapmak zorlaşmaktadır (Stewart ve ark., 2006).

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır." şeklinde ifade edilen üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Çocuğu

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.297; p<.001) vardır (Bkz. Tablo XXI). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anne ve babaların ebeveyn yeterlilik algıları ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Lau ve arkadaşları (2016) tarafından otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan 128 anne ve baba ile psikiyatrik tanısı bulunmayan 109 anne ve baba ebeveynlik yeterliliği açısından karşılaştırılmıştır. İlgili çalışmada; otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan babaların en düşük ebeveynlik yeterliliğine, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan annelerin ise ailede otizm spektrum bozukluğu olmayan ebeveynlerle yakın düzeyde ebeveynlik yeterliliğine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarında görülen zorlayıcı davranışların, ebeveynlerin deneyimledikleri stres ve artan istismar riski ile ilişkili olduğu ifade edilmekedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynleri, normal gelişim gösteren ve diğer gelişimsel bozuklukları olan çocuklara oranla çok daha fazla travmatik stres yaşantılamaktadır (Hayes & Watson, 2013).

Türkiye'de otizmli çocuğa sahip olan birincil bakım veren durumundaki 50 ebeveyn ile yarı-yapılandırılmış görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada, anne-babaların görüşlerinin yazıya dökülmesi ile ebeveyn görüşlerini yansıtan ön temaların oluşturulması sonrasında yapılandırılan temalar üzerinden betimsel analizler gerçekleştirilmiştir. İlgili çalışmada otizm ile ilişkili olarak ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarının sahip oldukları otizmin nedeni konusunda "*bilinmezlik yaşadıkları"*, otizmi *"sosyal-iletişimsel davranışlarda bozukluk"* olarak tanımladıkları, otizm ile uyumlu olduğunu düşündükleri en sık karşılaştıkları problemlerin, dil-konuşma ve iletişim bozuklukları olduğu ortaya çıkmıştır (Töret, Özdemir, Selimoğlu & Özkubat, 2014). Yine Türkiye'de çocuğu otizm spektrum bozukluğu tanılı 109 ebeveynin dahil edildiği bir çalışmada; anne-babaların %56'sının otizm spektrum bozukluğunu daha önce hiç duymadıkları, %61'inin otizm spektrum bozukluğunda zeka

düzeyinin değişebileceğini bilmediğini ve %74'ünün ise otizm spektrum bozukluğunu sadece çocuklarda görülen bir psikiyatrik tanı olarak düşündüğünü belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %52'si 0-2 yaş arasındaki çocuklarının gelişimlerinin sağlık merkezinde düzenli olarak izlendiğini, %88'inin çocuklarının gelişimi konusunda kaygılanan ilk kişilerin kendileri ve geniş aileleri olduğunu ve %52,3'ünün ise çocuklarının gelişimiyle ilgili kaygılarının 1-2 yaşlarında ortaya çıktığını bildirmiştir (Turan, Esin, Abanoz, & Dursun, 2020).

Zihinsel engelli, serebral palsili ve otizmli çocukları bulunan 336 ebeveyn ile 2018'de gerçekleştirilen bir çalışmada, üç farklı tanısı bulunan grupta annelerin çocuklarının psikopatolojilerine göre ebeveynlik rolüne ilişkin kendilik algılarının farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada serebral palsili çocuğu bulunan babaların, zeka geriliği bulunan çocuk sahibi babalara oranla ebeveynlik yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu (p=.02) tespit edilmiştir (Aydın & Arslantürk Egin, 2018). Pektaş Karabekir (2021) tarafından yapılan doktora tez çalışmasında ebeveyn koçluğunun anne-babaların işlevsel iletişim öğretimini (İİÖ) uygulamaya yönelik becerileriyle, anne-babalar tarafından sunulan İİÖ'nün otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarının problem davranışlarının azaltılması ve çocuklarına uygun bir iletişim becerisi kazandırılması üzerindeki etkisini incelenmiştir. İlgili çalışmada annelerin ve çocukların uygulama sürecinde edindikleri davranışları uygulama sona erdikten 2, 4, 8 ve 12 hafta sonra sürdürüp sürdürmediklerini ve farklı koşullara genelleyip genellemediklerini değerlendirilmiş olup ebeveyn koçluğunun, annelerin İİÖ uygulamasını kullanmayı öğrenmeleri, uygulama sona erdikten 2, 4, 8 ve 12 hafta sonra bu uygulama becerilerini sürdürebilmeleri ve farklı ortamlara etkin bir şekilde genelleyebilmeleri üzerinde etkili olduğunu, anneler tarafından sunulan İİÖ uygulamasının çocuklarının hedeflenen iletişim becerilerini edinmeleri, problemli ya da zorlayıcı davranışlarının azalması ve/veya ortadan kalkması, bu davranışları belirli bir süre geçtikten sonra korumaları, farklı ortam ve kişilere entegre etmeleri üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların gelişimi ile ilgili online platformlar aracılığıyla çalışmaya katılan 479 ebeveyn (%91'i anne) bu çocukların yaklaşık yarısının özel bir diyet uygularken iyileştiğini ifade etmiş olup glütensiz ve/veya kazeinsiz beslenme programı uygulayanların ise %51 oranında iyileştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada otizm spektrum bozukluğu ile ilgili 16 eğitim ve davranış terapisinden 10'unun çocukların %70'inde iyileşmeye katkıda bulunduğu belirlenmiş; bu iyileşmeye dair en yaygın değerlendirmeler, katılımcılar tarafından *"çocuk biraz iyileşti"* ve *"çocuk dramatik bir şekilde iyileşti"* olarak ifade edilmiştir (Goin-Kochel, Mackintosh & Myers, 2009). Otizm spektrum bozukluğu olan ergenlerin ve yetişkinlerin ebeveynleri, çocuklarının gelişimleri için en uygun hizmetlere erişimde zorluk yaşamakta ve düşük düzeyde ebeveyn öz yeterliliği bildirmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anne-babaların ebeveynlerin öz yeterlilik deneyimleriyle olan ilişkisinin incelendiği 12-25 yaş arası otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin 324 ebeveyninin katıldığı bir çalışmada; ebeveyn öz yeterliliğinin sadece çocuğun psikiyatrik tanısıyla ilgili değil; yaşı, anne-babanın göçmenlik durumu, otizme yönelik kurumsal hizmete erişimin önündeki engeller ve ebeveynlik yükü gibi bir dizi değişkenle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Weiss, Tint, Paquette-Smith & Lunsky, 2016).

Ebeveynlerin, otizm spektrum bozukluğu olan çocukların hayatlarında oynadıkları kritik rol göz önüne alındığında, resmi kurumların evlatlarına bakım sağlayan anne-babaları maddi ve manevi açıdan desteklemesi oldukça önemlidir (Weiss, Tint, Paquette-Smith & Lunsky, 2016). Çocuklarda sahip oldukları psikopatoloji ile ilişkili ortaya çıkan zorlayıcı davranışları önlemek için ebeveyn öz yeterliliği, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anne-babaların davranışlarını geliştirmesini hedeflemektedir. Çoğu ebeveyn, çocuklarının zorlayıcı davranışlarına nasıl karşılık vereceklerini bilmemektedir. Ebeveynler zorlayıcı davranışlar karşısında kendilerini stres altında hissetmekte ancak bu süreçte genellikle profesyonel bir destek almamaktadırlar. Bu doğrultuda, anne-babalar çocuklarının

zorlayıcı davranışlarını önceden fark etmeleri konusunda ebeveyn öz yeterliliklerinin arttırılmasının, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarla en sağlıklı ve en uygun şekilde ilgilenilmesini olanaklı kılabileceği ifade edilmektedir (Ooi, Ong, Jacob, & Khan, 2016).

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanlarından istatiksel açıdan daha yüksektir." şeklinde ifade edilen dördüncü hipotezimiz doğrulanmamıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları ile babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen annelerde, babalara göre daha fazla travmatik yaşantı bulunmaktadır. Annelerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 47.40 iken babaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması ise 45.72'dir (Bkz. Tablo. XIV). Çocukluk çağı travmaları hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonda yaygın bir şekilde görülmektedir. Klinik olmayan popülasyonda gerçekleştirilen bir çalışmada Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 48.09 (Aloba, Opakunle & Ogunrinu, 2020); psikiyatrik tanısı olmayan 1909 yetişkin bireyin katıldığı diğer bir çalışmada ise Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 33.86 olarak bulunmuştur (Spitzer ve ark., 2021). Klinik ve klinik olmayan bir örneklem grubuyla Japonya'da gerçekleştirilen başka bir çalışmada; klinik grupta Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 59.87; klinik olmayan grupta ise bu ortalama 40.64 olarak tespit edilmiştir (Nakajima ve ark., 2022).

Otizmli bir çocuğa sahip olmanın ebeveynler üzerindeki psikolojik yansımaları ağır olabilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynler, normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden (Brobst, Clopton ve Hendrick, 2009) ve diğer gelişimsel bozuklukları olan çocukların anne-babalarından (Abbeduto ve ark., 2004) daha yüksek düzeyde travmatik stres bildirmektedirler. Otizmli bireyler ile otizmli olmayan kişilerin

travmatik olarak deneyimledikleri stresörler birbirinden farklı olabilmektedir. Otizm spektrum bozukluğu vakaları için potansiyel travma kaynaklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmaya otizm spektrum bozukluğu tanılı yetişkinler (N=14) ile onların ebeveynleri (N=15) katılmış olup birbirinden çok farklı deneyimlerin bireyler tarafından travma olarak nitelendirildiği belirtlenmiştir. Ebeveynler kötü muamele gibi geleneksel örseleyici yaşantıları ve sosyal izolasyonu travma olarak tanımlarken; otizm spektrum bozukluğu tanılı yetişkinler ise otizm belirtileri ile kendi sosyal çevreleri arasındaki çatışmaları travma olarak değerlendirmiştir (Kerns ve ark., 2022). Otizm spektrum bozukluğu olan bir çocuğa ebeveynlik yapmak yüksek stres düzeyi ile yakından ilişkilidir. Otizmli çocuğu bulunan ebeveynlerde; kendine zarar verme davranışları, intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve bakım verenlere yönelik fiziksel saldırganlık gibi örseleyici yaşantılar bildirilmektedir. Otizmli çocuğu olan 30 anne ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcılarından 6'sının (%22,2) örseleyici ebeveynlik deneyimleri bağlamında travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada otizmli çocuğu olan ebeveynler için çocuğun ebeveyne yönelik fiziksel şiddet, kendine zarar verici davranışlar ve intihar davranışları gibi yaşantıların travma sonrası stres bozukluğu A tanı kriterine göre travmatik stres faktörleri olarak işlev gördüğü belirtilmektedir (Schnabel ve ark., 2020).

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, babaların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir." şeklinde ifade edilen beşinci hipotezimiz doğrulanmamıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları ile babaların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen anneler, babalara göre daha fazla dissosiyatif yaşantı bildirmiştir. Annelerde Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları ortalaması 18.49 iken babalarda ise

bu ortalama 15.58'dir (Bkz. Tablo. XV). Dissosiyatif yaşantılar hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonda yoğun bir şekilde deneyimlenen en temel savunma mekanizmalarından biridir. Yetmiş altı bilimsel araştırmanın dahil edildiği (N = 25.871) bir meta-analiz çalışmasında üniversite öğrencilerinin %17'sinin patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantılara sahip olduğu ortaya çıkmış; Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması ise tüm popülasyonda 16.62 şeklinde bulunmuştur (Kate, Hopwood & Jamieson, 2020).

Dissosiyatif bozuklukların yaşam boyu deneyimlenmesine ilişkin prevalans, yatarak tedavilerine devam eden hastalarda %46 ve genel popülasyondaki Türk kadınları arasında %18 iken, üniversite öğrencileri arasında ise %1 gibi çok daha düşük bir orandadır (Lynn ve ark., 2012). Araştırmacılar, dissosiyatif kimlik bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığının kimyasal bağımlılık ünitesindeki kadınlar arasında %14'e kadar çıktığını (Ross, Kronson, Koensgen ve Barkman, 1992), genel psikiyatri hastaları ve genel toplumdaki bireyler arasında ise %1-2'ye kadar düştüğünü bildirmiştir (APA, 2013). Dissosiyatif bozukluklar arasında yer alan dissosiyatif amnezi oranları da farklı örneklem gruplarında değişkenlik göstermekte olup bu oran ortalama %.2-6 aralığındadır (Lynn ve ark., 2012). Dissosiyatif bozukluklarda en tutarlı yaygınlık oranları depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu için bildirilmiş olup bu bozukluğun %1-3 oranında yaşantılandığı ortaya çıkmıştır (Hunter, Sierra & David, 2004).

Otizm spektrum bozukluğu ve dissosiyatif füg birlikte görülen yaygın komorbid tanılar arasında yer almamaktadır. Dissosiyatif füg bildiren oldukça sınırlı sayıda otizm spektrum bozukluğu vakası bulunmakta olup, otizmdeki amnezi varlığı ile vakaların dışarıda tek başlarına gezinmelerinin birbirinden ayrılması gerekmektedir. Tek başına ve amaçsız gezinme, normal zihinsel yeteneğe sahip otizm tanılı çocukların yaklaşık üçte birinde görülmektedir. Otizm tanılı ve dissosiyatif fügü olan bir olguda vakanın stereotipik davranışlarından biri olan volta atma ile gezinme davranışı arasındaki ilişkinin net olarak kurulamadığı ortaya çıkmıştır (Libdeh, Brenner & Quigg, 2022). Otizm ile dissosiyatif

yaşantılar arasındaki etiyolojik bağa ilişkin Hare, *"semantik özellik dissosiyasyonu (semantic feature dissociation)"* kavramını yapılandırmıştır. Bu kavram, bazı otizm vakalarında semantik bellekteki özellik temsilleri arasındaki bağlantıların daha zayıf olabileceği iddiası ile yakından ilişkilidir. Hare, kavram daralması -aynı kavramlardan daha az çıkarım yapma eğilimi- ve kavram uzmanlaşması -kategorizasyonda daha az ipucuna duyarlı olma eğilimi- olmak üzere iki kategori sunarak bu değişimin geniş kapsamlı etkilerini göstermekte ve semantik özellik dissosiyasyonunun, otizmli yazarlar tarafından tanımlanan birçok yaygın otizm özelliğini önemli ölçüde açıklayabildiğini ifade etmektedir (Hare, 2020).

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması, babaların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir." şeklinde ifade edilen altıncı hipotezimiz doğrulanmamıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları ile babaların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen annelerin depresyon düzeyleri, babaların depresyon düzeylerine göre daha yüksektir. Annelerde Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları ortalaması 13.25 iken babalarda ise bu ortalama 10.60'tır (Bkz. Tablo. XVI). Otizm tanılı bir çocuğu yetiştirmek birçok açıdan son derece zorlayıcı bir süreçtir. Ebeveynlikten kaynaklanan aktüel hayatın olağan stres seviyesi, anne-babaların otizmli çocuklarının davranışlarıyla başa çıkma konusundaki kendilerine olan güven eksikliği, bu çocukların ihtiyaçlarını karşılayacak destekleyici hizmetlerin eksikliği ve otizm spektrum bozukluklarının başarıyla sonuçlanan bir tedavisinin olmadığının fark edilmesi, depresyon bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveyler tarafından düzenli ve sürekli hem ilgiye hem de bakıma muhtaç olmaları, ebeveynlerin hayatlarını bu psikopatolojiye göre düzenlemelerine yol açmaktadır. Ebeveynlerin travmatik yaşantılarla

fonksiyonel başa çıkma stratejilerine sahip olmaları, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarıyla ilgilenirken deneyimledikleri depresyon bozukluğu semptomlarıyla mücadele etmede öncül bir öneme sahiptir (Twoy, Connolly, & Novak, 2007).

28 çalışmadaki toplam 10.617 katılımcının dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında majör depresyon bozukluğunun prevalansı %8,8 olarak tespit edilmiştir (Vilagut, Forero, Barbaglia, & Alonso, 2016). 3353 kişinin katıldığı İsveç'te gerçekleştirilen başka bir çalışmada herhangi bir depresyon prevalansı (tüm şiddet dereceleri dahil) ICD-10 için %4,2 (orta/şiddetli: %1,6) ve DSM-IV-TR için %9,3 (majör: %2,1) olarak belirlenmiştir (Sjöberg ve ark., 2017). Klinik popülasyonda depresyon bozukluklarının yaygınlığının belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasına 41.344 bireyi kapsayan 83 kesitsel araştırma dahil edilmiş olup depresyon bozukluklarının genel prevalansının %27,0 olduğu tespit edilmiştir. Özellikle, ayakta tedavi gören hastalarda depresyon bozukluklarının ve depresyon semptomlarının prevalansının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir. İlgili çalışmada en yüksek depresyon bozuklukları prevalansları; kulak burun boğaz kliniklerinde (%53,0) ayakta tedavi gören hastalarla yapılan çalışmalarda ortaya çıkmış, bunu dermatoloji klinikleri (%39,0) ve nöroloji klinikleri (%35,0) izlemiş; farklı uzmanlık alanlarında depresif belirtilerin yaygınlığının %17.0 ile %53.0 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Wang ve ark., 2017). Klinik popülasyonda yer alan 702 kişi ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada *"mevcut"*, *"geçmiş"* ve *"mevcut veya geçmiş"* minör depresyonun prevalansları sırasıyla %4,3 (%0,9-9,2), %9,6 (%3,9-15,9) ve %13,9 (%7,7-21,2); *"mevcut"*, *"geçmiş"* ve *"mevcut veya geçmiş"* majör depresyonun prevalansları ise biraz daha yüksek olup sırasıyla %5,0 (%1,9-9,4), %12,0 (%6,1-19,5) ve %17,0 (%10,1-24,8)'dir. Minör depresyonu (%42,2) ve majör depresyonu (%8,1) olan bireylerde anksiyete bozukluklarının birlikte görülme prevalansı oldukça yüksektir (Golden ve ark., 2017).

Depresyon ve otizm odaklı gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasına Ocak 2000 ve Eylül 2017 tarihleri arasında yayınlanan ve anksiyeteyi ölçen 30 çalışma (n = 26.070; ortalama yaş = 30,9, SD=6,2 yıl) ile depresyonu ölçen 29 çalışma (n = 26.117; ortalama yaş = 31,1, SD=6,8 yıl) dahil olmak üzere toplam 59 araştırma tespit edilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu olan yetişkinler için mevcut ve yaşam boyu yaygınlığın birleştirilmiş tahmini sırasıyla herhangi bir anksiyete bozukluğu için %27 ve %42, depresyon bozuklukları için ise %23 ve %37'dir (Hollocks ve ark., 2019). Otizm spektrum bozukluğu vakaları yüksek oranda psikiyatrik komorbiditeye sahip olup bu tanıya eşlik eden depresyonun yaygınlığı, otizm spektrum bozukluğunun daha yüksek işlevli formları ve artan yaş ile yakından ilişkilidir. Ergenlik dönemi, gençlerin kimlik ve kişilerarası ilişkilerle mücadele ettiği bir dönemdir ve otizm spektrum bozukluğu tanısı bu süreci daha da karmaşık hale getirmektedir. Otizm spektrum bozukluğu bulunan ergenler, tanı ile birlikte gelen sosyal iletişim eksikliklerinin, otizmli çocuklara göre daha fazla farkında olabilir ve yüksek işlev düzeyi olan ergenlerin bunu daha şiddetli yaşayabileceğine dair hâkim bir görüş vardır (DeFilippis, 2018).

Otizmli çocuğu bulunan ebeveynlerde evlatları tarafından maruz kalınan zorlayıcı ve problemli davranışlar, daha şiddetli, daha yoğun ve daha sık depresyon bozuklukları belirtileri ile karakterizedir (Ekas & Whitman, 2010). Machado Junior, Celestino, Serra, Caron ve Pondé (2016) ciddi davranış sorunları olan çocukların ebeveynlerinde şiddetli düzeyde depresyon ve anksiyete bozukluğu belirtilerinin anlamlı derecede çok daha yaygın olduğunu (%43), hafif davranış sorunları bulunan çocukların ebeveynlerinin ise yalnızca %16'sının benzer depresyon ve anksiyete bozuklukları belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların annelerinde çocuk davranış problemlerini ve maternal depresyonu değerlendiren boylamsal bir çalışmada, davranış problemleri ve maternal depresyon arasındaki pozitif korelasyon 3 yıllık bir ölçüm dönemi boyunca sabit kalmış; bir diğer ifade ile, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda sıkça ortaya çıkan davranış

problemleri, annelerin deneyimledikleri depresyon bozukluğu belirtileri üzerinde majör oranda anlamlı bir etkiye sahiptir (Baker, Seltzer & Greenberg, 2011).

Depresyon bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu olan kişilerde sıkça görülen bir psikiyatrik tanı kategorisidir. Depresyonun, zorbalık riskinde artış ve toplumsal *"normlara"* uyma baskısı yaşayabilen yüksek fonksiyonlu otizm spektrum bozukluğu tanılı kişilerin sosyal iletişim zorluklarının ikincil bir sonucu olabileceği ifade edilmektedir (Whitehouse, Durkin, Jaquet & Ziatas, 2009). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde doğru depresyon bozukluğu oranlarının tespit edilmesi ve bu çocuklara optimal şekilde rehberlik yapılması onların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirilmesi ve intihar riskini azaltılması için kritik bir öneme sahiptir. Doğru depresyon bozukluğu oranları, depresyonun yaşam kalitesi ve morbidite üzerindeki etkisine karşı koymak için sağlık kaynaklarının tahsisi ve hizmet planlaması konusunda temel bilgi sağlamakta olup otizm spektrum bozukluğu bulunan ve zihinsel yetersizliği olmayan çocuk ve yetişkinlerde depresyon oranlarının sistematik bir incelemesi için on dokuz çalışma araştırılmaya dahil edilmiştir. İlgili çalışmada yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu bulunan kişiler için psikometrik olarak geçerli ve güvenilir depresyon ölçümlerine ihtiyaç duyulduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Wigham, Barton, Parr, & Rodgers, 2017).

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması, babaların Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir." şeklinde ifade edilen yedinci hipotezimiz doğrulanmamıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları ile babaların Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatiksel

açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen annelerin ebeveyn yeterlilik düzeyleri, babaların ebeveyn yeterlilik düzeylerine göre daha fazladır. Annelerde Çocuğu Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Ebeveynlerde Ebeveyn Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları ortalaması 61.34 iken babalarda ise bu ortalama 59.73'tür (Bkz. Tablo. XVII). Otizm, genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı nörogelişimsel bir bozukluktur. Sosyal iletişimde eksiklik ile kısıtlayıcı ve tekrarlayıcı davranış kalıpları, erken dönemlerde ortaya çıkar. Ebeveynler çocuklarının deneyimledikleri bu zorluklara neden olmamakla birlikte, sosyal ilişkideki bozukluklar ebeveyn-çocuk etkileşimlerini negatif yönde etkileyebilmekte ve ebeveyn stresinin çocukların gelişimini engelleyen etkileri olabilmektedir. Normal ya da olağan gelişim gösteren çocuklarda olduğu gibi, ebeveynlerin destekleyici davranışları da otizm spektrum bozukluğunun gelişimi artırabilmekte olup bu sürecin önlenmesi adına ebeveynler birçok müdahalede bulunabilmektedirler (Crowell, Keluskar & Gorecki, 2019).

Margaret Mahler ve Michael Rutter otizmde ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanma kavramını ele almışlardır. Mahler (1968), otizmle ile ilgili çocukların gelişiminin bir ideal ebeveyn-çocuk bağlanma ilişkisini destekleyecek düzeyde ilerlemediği varsayımında bulunmuşken Rutter (1978) ise otizmi "*bağlanma davranışı eksikliği ve bağ kurmada göreceli başarısızlık"* tanımlamıştır. Otizmli çocukların *"tanıdık olmayan yetişkinlerin aksine tanıdık insanlara farklı bağlılık gösteremedikleri"* ifade edilmektedir. Otizmde bağlanma güvenliği, dili anlama ve ortak dikkat ile ilişkilendirilmektedir. Gelişimsel bozukluklara bağlı olarak otizm spektrum bozukluğu bulunan çocukların güvenli anneleriyle daha fazla etkileşim içinde oldukları ve annelerine daha fazla ilgi gösterdikleri tespit edilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda bağlanma güvenliği de oyun davranışı ile ilişkilendirilmiş olup; otizmli çocukların bağlanma ilişkisi kalitesi, gelişimsel düzey kontrol edildiğinde, oyun davranışı düzeyinin çocuğun rahatsızlığından daha iyi bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (Naber ve ark., 2008). Otizm spektrum bozukluğu tanılı 2-5 yaş arasında çocuğu olan 50 anne

ile normal gelişim gösteren çocuğu olan annelerin ebeveyn yeterliliği ekseninde karşılaştırıldığı bir çalışmada, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların annelerinin kendilerini daha fazla yorgun hissettikleri ve daha düşük düzeyde ebeveyn yeterliliği gösterdikleri tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yüksek yorgunluk düzeyi ile ilişkili faktörlerin; annenin düşük uyku kalitesine sahip olması, sosyal desteğe duyulan ihtiyacın yüksekliği ve fiziksel aktivite kalitesinde azalma olduğu ortaya çıkmıştır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa bakım verme sürecinde deneyimlenen yorgunluk; stres, anksiyete, depresyon, düşük ebeveynlik etkinliği ve memnuniyeti ile karakterizedir (Giallo, Wood, Jellett, & Porter, 2013).

Duygu düzenlenme ile ilgili bir araştırmada, otizmli çocuklar ve ebeveynleri, psikiyatrik tanısı olmayan çocuklar ve ebeveynleriyle karşılaştırılmış; Stanford-Binet Zekâ Testinin tüm alanlarının yanı sıra yaş (otizm grubundaki çocuklar biraz daha büyük olmasına rağmen), cinsiyet ve aile demografik özellikleri açısından eşleştirilmiştir. Otizmli okul öncesi çocukların ebeveynleri, çocukları tarafından daha fazla geri çekilme ve daha fazla olumsuz duygu ifade edilmesine rağmen, destek ve disiplin nitelikleri açısından kontrol grubundaki çocuklardan farklı değildir (Osted ve ark., 2015). Otizmli çocukların sıkıntılı olduklarında anne-babalarından yardım istedikleri ve çocuklarla kurulan iş birliğinin destekleyici ebeveynlikle ilişkili olduğu görülmüştür. Okul öncesi dönemdeki kontrol grubunda yer alan çocukların anne-babaları tarafından kullanılan yeniden çerçeveleme, dikkati başka yöne çekme ve yeniden değerlendirme teknikleri gibi karmaşık stratejilere oranla, otizmli çocukların annelerinin duygularını düzenleme aracı olarak fiziksel rahatlık gibi daha basit stratejileri kullanma olasılıkları çok daha yüksektir (Crowell, Keluskar & Gorecki, 2019).

Empati belirli oranda kalıtsal bir özellik olmasına rağmen, çevresel şartlardan da etkilenmektedir. Otizmli çocukların empatinin yanı sıra zihin teorisinde de eksiklikleri olduğu belirtilmiştir. Rozga ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir boylamsal çalışmada, ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanma değerlendirmesinden bir yıl sonra otizmli çocukların

empatik tepkilerini incelemiş ayrıca hem bağlanma güvenliği hem de dil gelişimi, bu çocukların bir yıllık takibinde empatik tepkileri değerlendirilmiştir. Otizmli çocukların dil gelişimleri kontrol edildiğinde, ebeveynleriyle güvenli bağlanma kuran çocukların bir yıl sonra empatik tepkilerinde artış gözlemlenirken, güvenli bağlanma kuramayan çocuklar ise empati konusunda bir ilerleme kaydememiştir. Otizm ile ilgili yüksek risk altındaki küçük çocuklarla yapılan bir araştırmada, ebeveyn etkileşim davranışlarının çocukların empatik tepkilerindeki farklılıkları açıklamadığı belirlenmiştir (McDonald, Baker & Messinger, 2016).

"Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı ruhsal travmaları, dissosiyatif yaşantılarını, depresyonu ve ebeveyn yeterlilik algısını istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yordamaktadır." şeklinde ifade edilen sekizinci hipotezimiz doğrulanmıştır. Hipotezimizle ilgili ilk çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=2.911; p=.000]; modeldeki değişkenlerin dissosiyatif yaşantılar bağımlı değişkenindeki varyansın %14'ünü açıkladığı (R=.375; R^2=.141); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından sadece fiziksel ihmalin dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=2.334; p=.022) ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXVI). Hipotezimizle ilgili ikinci çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=3.036; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %15'ini açıkladığı (R=.382; R^2=.146) tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XXVII). Hipotezimizle ilgili üçüncü çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=3.451; p=.000]; modeldeki değişkenlerin ebeveyn yeterliliğini bağımlı değişkenindeki varyansın %16'ünü açıkladığı (R=.403; R^2=.162) tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XXVIII).

Ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu tanısına verdikleri tepkiler, çocuğun psikiyatrik semptomlarının ciddiyetine göre değişim göstermektedir (Stuart & McGrew, 2009). Ebeveynlerin bu duruma verdikleri tepkiler arasında; kafa karışıklığı, inkâr (Altiere &

von Kluge, 2009) ve karar verme şüphesi (Nealy ve ark., 2012) ön planda yer almaktadır. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynler, çocuklarına yardım etmek için yapabileceklerini gerçekleştirememeleri ile ilgili yoğun bir endişe duymaktadırlar (Lutz, Patterson & Klein, 2012). Otizm spektrum bozukluğunun *"düzeltilememesine"* ilişkin suçlama ve hayal kırıklığı, ebeveyn olarak başarısızlık duygularına yol açmaktadır (Nealy ve ark., 2012). Aile ve arkadaşlarla ilişkiler, günlük rutinler ve geleceğe yönelik umut ve hayaller de dahil olmak üzere ebeveynlerin hayatlarının birçok yönü çocuklarının otizm tanısı ile birlikte değişim göstermektedir (Altiere & von Kluge, 2009). Sürekli bakım ve gözetim ihtiyacı, çeşitli şiddette otizm semptomlarına sahip çocukların ebeveynleri için önemli bir stres faktörüdür (Ludlow ve ark., 2011). Otizm spektrum bozukluğu semptomlarının şiddeti düşük olan çocukların ebeveynlerinde stresin daha düşük olduğu ve çocuğun işlevselliği arttıkça stresin de artma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Sukhodolsky ve ark., 2008).

Otizm spektrum bozukluğunun davranışsal veya eğitsel terapilerinde yer alan ruh sağlığı uzmanları için ebeveynler tarafından aranan kişisel nitelikler arasında; çocukla kişisel düzeyde etkileşim kurabilme, empatik olma ve çocukla ilgilenirken bilinçli ve farkında bir şekilde profesyonel bir tutum gösterme yer almaktadır (Hall & Graff, 2010). Ebeveynler, otizmli çocuklarının yaşantıladıkları mevcut psikopatolojiyle başa çıkabilmelerini ve kendilerine güven duymalarını sağlamaları nedeniyle hekimler tarafından bilgilendirilmek ve tedavi sürecine dahil olmak adına evlatlarının tedavisiyle ilgili olarak bu psikiyatrik tanı konusundan uzmanlığı olan kişilerle sıkı bir iletişim kurmak istemektedirler. Birçok ebeveyn, otizmle ilgili tedavi veren ruh sağlığı uzmanlarının ebeveynlerin endişelerini önemsemediğini belirtmiştir (Mackintosh, Goin-Kochel & Myers, 2012). Ruh sağlığı uzmanlarıyla ebeveynler arasındaki güçlü ve pozitif ilişki dinamiklerinin yanı sıra eğitmenler ile anne-babalar arasında da otizmli çocukların desteklenmesi konusunda karşılılıklığı bulunan bir ilişki dinamiği mutlaka kurulmalıdır. Bazı ebeveynler okul öğretmenlerinin otizm spektrum bozukluğu ve bu

psikopatolojiyle ilişkili davranışlar hakkında sınırlı bilgiye sahip olduklarını ve eksik bilgi nedeniyle çocuğun yaramazlık yaptığı algısına kapıldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum, ebeveynlerin öğretmenleri otizm konusunda eğitimsiz ve bilgisiz olarak görmeleri nedeniyle eğitmenlere olan güvenlerinin azalmasına yol açmaktadır (Safe, Joosten, & Molineux, 2012). Ruh sağlığı uzmanları ve eğitmenlerin çocukların otizm ile mücadelelerine olan destekleri oldukça önemlidir, ancak bu süreçte çocuğun daimî en büyük destekçisi anne-babalarıdır.

Çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkili psikopatolojileri önlemek adına hem öncül bir rehberlik hem de etkin ve uygulanabilir stratejiler sunan dissoanalitik psikotarihe göre; dünyadaki çocuklar *"yardım eden ebeveynlik modu"*nda üzerinde önemle durulan empatik ve destekleyici tutumlarla yetiştirilirse, günümüzde yaşadığımız ve gelecekte deneyimleme ihtimalimizin yüksek olduğu kronik çocukluk çağı travmaları nötralize edilebilir (deMause, 1993; Öztürk, 2023a). Dissoanalitik psikotarihin dünyadaki öncü ismi Öztürk (2023b)'e göre empatik, duygusal ve ilişkisel karşılıklılığı bulunan doğru çocuk yetiştirme stillerinin hakim olmasıyla tüm dünyada hem başkalarına karşı optimal empati gösteren hem de self sabotajları bulunmayan kendileşmiş bireyler maksimal oranda varlanış gösterecek; insanlara merhametli davranan ve psikotoplumsal sisteme zarar vermeyen özneler, huzur dolu, sağduyulu ve barış odaklı progresif yarınların mimarları olacaklardır!

Lloyd deMause çocukluk çağı travmalarının ve bu travmatik yaşantılarla ilişkili psikopatolojilerin önlenmesine yönelik doğru ve fonksiyonel çocuk yetiştirme stillerinin önemine *"Şu anda ihtiyaç duyduğumuz ya da yapılması gereken en önemli tek şey, daha fazla gelişmiş psikosınıfların daha az evrimleşmiş ebeveynlere doğru çocuk yetiştirme stillerini öğretmesidir ki bu sürecin kendisi de çocukluk çağı travmalarını sonlandırmanın en hızlı ve en etkin yoludur."* ifadesiyle dikkat çekmektedir (deMause, 1982). Alice Miller, çocuk yetiştirme stillerine odaklanmayan psikoterapi modellerinin fonksiyonel olamayacağını belirtmektedir. Miller, terapistlerin vakalarının hem çocukluk çağı travmalarına hem de

aileleri tarafından nasıl yetiştirildiklerine önem verdikleri zaman ancak ruhsal sağaltımın gerçekleşeceğini ve bu pozitif yansımanın sonraki nesillerde de kendini gösterebileceğini vurgulamaktadır (Miller, 1985). Psikotarihin özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinde çocukluk çağı travmalarının önlenmesine yönelik gönüllülerden oluşan *"doğru çocuk yetiştirme"* odaklı psikoeğitim faaliyetleri, çocuk istismarının nasıl ortadan kaldırılabileceğini bütün toplumlara bilimsel kanıtlarla net bir şekilde göstermiştir (deMause, 1993; 2001). Psikotarihçi Robert McFarland, ebeveyn-çocuk odaklı çalışmalarının sonrasında yapılandırdığı yeni bir birim olan "*Toplumsal Ebeveynlik Merkezleri*" aracılığı ile uluslarda çocukluk çağı travmalarının sona erdirilmesinin mümkün olduğunu ifade eder (McFarland & Fanton, 1997).

Toplumsal Ebeveynlik Merkezleri'nde gönüllü öğretmenler aldıkları kısa dönemli bir eğiticinin eğitiminden sonra anne-babaların çocuklarını hem fiziksel disipline etme yöntemlerini kullanmaksızın hem de onları travmatize etmeksizin en uygun şekilde nasıl yetiştirebileceklerine yönelik altı ay süren stratejileri öğrenmişlerdir. İlgili eğitimlerden sonra bölgedeki hastane kayıtlarında ve polis raporlarındaki çocuk istismarı vakalarının önemli ölçüde azaldığı ortaya çıkmıştır (McFarland & Fanton, 1997). deMause (1974/1982) ile Öztürk (2023b), travmatik yaşantıların sonlandırılması adına, yanlış çocuk yetiştirme stillerinin yerine doğru çocuk yetiştirme stillerinin dünyada hüküm sürmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Travmatize edilen ve psikiyatrik tanı/tanılar -dissosiyatif bozukluklar ve depresyon bozuklukları gibi- alan özneler kendilerinin sağlıklı yanlarını yeniden aktive ederek başlatacakları *"dissosiyatif devrimler"* ile bireylerden ailelere, ailelerden ise toplumlara genişleyen travmatik yaşantılardan tam anlamıyla kurtulabilirler. Dissosiyatif devrimler, travmatize edilerek kontrol edilen bireylerin disfonksiyonel ilişki paternini sürdürdükleri kişilerle olan bağlarını kesmeleri ve özgürleşmeleri adına yaptıkları eylemlerin bütünüdür ki bu eylemlerle birlikte ancak ve ancak *"psikotoplumsal bilinç alyansı"* ve *"kuşaklararası gelişim"* hatta *"kuşaklaraşırı gelişim"* imkanlı kılınır (Öztürk, 2022a; 2022b; 2023a).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

"Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar, Depresyon Düzeyleri ve Ebeveyn Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamızın temel amacı; otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algıları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algısı üzerine odaklanan bu tez çalışmasının özgün değeri, otizm spektrum bozukluğunun anne-babalar üzerindeki hem psikotravmatolojik yansımalarının hem de ebeveyn yeterlilik algılarının aile psikopatolojisi perspektifinden ele alındığı ilk araştırma olmasıdır. Yüksek lisans tez çalışmamızın hem otizm spektrum bozukluğu tanılı anne-babalarla gerçekleştirilmesi hem de çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, depresyon ve ebeveyn yeterlilik algısı arasındaki ilişki dinamiklerinin analiz edilmesi sebebiyle *"aile psikolojisi," "aile psikopatolojisi", "modern psikotravmatoloji"* ve *"dissoanaliz"* özel alanlarına önemli bilimsel katkılar sağlamasının yanı sıra otizm spektrum bozukluklarının önlenmesine dair aile temelli kurumsal stratejilerin geliştirilmesini olanaklı kılması da beklenmektedir. Araştırmamızdan elde edilen temel sonuçlarımız aşağıda yer almaktadır.

1. Otizmli çocuğu bulunan annelerin 26 (%27.4)'sı evlilik problemi yaşadıklarını, babaların ise 24 (%25.3)'ü evlilik sorunu yaşamadıklarını ifade etmiştir. Annelerin 2 (%2.1)'si ve babaların 1 (%1.1)'i duygusal şiddet; annelerin 1 (%1.1.)'i fiziksel şiddet; annelerin 12 (%12.6)'si ve babaların ise 6 (%6.3)'sı duygusal ihmal bildirmiştir. Fiziksel ihmal ve cinsel şiddet deneyimlenen ebeveyn bulunmamaktadır (Bkz. Tablo III).
2. Otizm spektrum bozukluğu bulunan anneler arasında kendine zarar veren kimse yokken, babaların ise 2 (%2.1)'si kendine zarar verdiğini belirtmiş olup bu zarar verme; başını,

yumruğunu ya da diğer beden parçalarını şiddetle yere vurma şeklindedir. İntihar düşüncesi olan 2 (%2.1) anne ve 1 (%1.1) baba bulunmaktadır (Bkz. Tablo IV).

3. Otizm spektrum bozukluğu bulunan annelerin 37 (%38.9)'sinin ve babaların ise 30 (%31.6)'unun eşleriyle ilişkileri iyi düzeydedir. Annelerin 47 (%49.5)'sinin ve babaların ise 35 (%36.8)'inin çocuklarıyla ilişkileri iyi seviyededir. Annelerin 44 (%46.3)'ünün ve babaların ise 36 (%37.9)'sının kendi babalarıyla ilişkileri iyi düzeydedir (Bkz. Tablo V).
4. Otizmli çocuğu olan hiçbir ebeveynin suçun mağduru olmadığı ve adli olaya karışan 1 (%1.1) babanın olduğu ortaya çıkmıştır. Karışılan adli olay, iş kazasıdır (Bkz. Tablo VI).
5. Çocuğunun otizm derecesi orta olan 25 (%26.3) anne ve 18 (%18.9) baba bulunmaktadır. Çocuklar en çok 3 yaşında (%45.3) otizm tanısı almıştır. Otizm tanılı toplam 70 çocuk bulunmaktadır. Otizme yönelik eğitim alma yaşı, en fazla otizm tanısının konulduğu yaş ise 3 (%37.9)'tür (Bkz. Tablo VII).
6. Otizmi ilk fark eden kişiler %63.2 oranı ile anne ve babalardır. Otizm belirtileri en sık görülenden en aza şu şekilde sıralanmaktadır: Geç konuşma/konuşamama (%88.4), sınırlı göz teması kurma ya da göz teması kuramama (%74.7), sosyal ilişkilerde ve iletişimde zayıflık (%68.4), ismine tepki vermeme/bakmama (%57.9), çevresine karşı ilgisizlik (örneğin oyuncaklara, kişilere vb.) (%55.8), el çırpma, sıçrama, etrafında dönme gibi bazı tekrarlayıcı davranışlar (%47.4), rutinlere bağlılık ve aynılıkta ısrar (%42.1) ve sürekli tek bir oyuncakla oynama (%25.3)'dır (Bkz. Tablo VIII).
7. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların 28 (%29.5)'i ilaç kullanmakta olup kullanılan ilaçlar; Abilify (%3.2), Abizol (%2.1), Atominex (%2.1), Attex (%2.1), Keppra (%2.1), Ricus (%4.2) ve Risperdal (%7.6)'dir (Bkz. Tablo X).
8. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların 14 (%14.7)'ünün eş tanısı bulunmakta olup bu eş tanılar; epilepsi (4.2), hiperaktivite (%3.2), mikrosefali (%2.1), hidrosefali (%2.1), disleksi (%1.1) ve yaygın gelişimsel bozukluk (%1.1)'tur (Bkz. Tablo XI).

9. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların 44 (%46.3)'ü konuşmuyorken, 40 (%42.1)'ı ise kısmen konuşmaktadır. Çocukların 42 (44.2)'sinin yemek-iştah durumu kötü; 13 (%13.7)'sinin uyku problemi ve 24 (%25.3)'ünün davranış problemi bulunmaktadır. Çocuklardaki davranış problemleri arasında ön plana; aşırı öfke (%9.5), ağlama krizi (%1.1), inatçılık (%1.1) ve hırçınlaşma (%1.1) çıkmaktadır (Bkz. Tablo XII).
10. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin psikiyatrik özelliklerine dair frekans dağılımları ve yüzdeleri yer almaktadır. Ebeveynlerin 4 (%4.2)'ü psikiyatrik tanı almışken bu tanılar; kaygı bozukluğu (%2.1), obsesif kompulsif bozukluk (%1.1) ve panik bozukluk (%1.1)'tur. Kullanılan psikiyatrik ilaçlar; Cipralex (%1.1), kaygı bozukluğu ilacı (%1.1), Lustral (%1.1) ve panik atak ilacı (%1.1)'dır (Bkz. Tablo XIII).
11. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin CTQ Duygusal İstismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6.78, babaların 6.50, annelerin CTQ Fiziksel İstismar alt boyutu toplam puan ortalaması 5.89, babaların 5.35, annelerin CTQ Fiziksel İhmal alt boyutu toplam puan ortalaması 8.11, babaların 8.70, annelerin CTQ Cinsel İstismar alt boyutu toplam puan ortalaması 5.47, babaların 5.00, annelerin CTQ Duygusal İhmal alt boyutu toplam puan ortalaması 11.56, babaların 10.55, annelerin CTQ toplam puan ortalaması 47.40 iken babaların ise 45.73'tür. (Bkz. Tablo XIV).
12. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin DES toplam puan ortalaması 18.49 iken babaların ise 15.58'dir (Bkz. Tablo XV).
13. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin BDE toplam puan ortalaması 13.25 iken babaların ise 10.60'tır (Bkz. Tablo XVI).
14. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin EYÖ toplam puan ortalaması 61.36, babaların 59.73; annelerin EYÖ-BM alt boyutu toplam puan ortalaması 16.67, babaların 16.00 ve annelerin EYÖ-MDUS alt boyutu toplam puan ortalaması 44.69 iken babaların ise 43.73'tür (Bkz. Tablo XVII).

15. Otizmli çocuğu olan annelerin 54 (%56.8)'sinin, babaların ise 40 (%42.1)'ının CTQ toplam puan ortalaması 35 ve üzerinde; annelerin 18 (%18.9)'inin, babaların 8 (%8.4)'inin fiziksel istismar toplam puan ortalaması 6 puan ve üzerinde; annelerin 5 (%5.3)'inin cinsel istismar toplam puan ortalaması 6 puan ve üzerinde; annelerin 15 (%15.8)'inin, babaların 9 (%9.5)'unun duygusal istismar toplam puan ortalaması 8 puan ve üzerinde; annelerin 29 (%30.5)'unun, babaların 31 (%32.6)'inin fiziksel ihmal toplam puan ortalaması 8 puan ve üzerinde; annelerin 25 (%26.3)'inin ve babaların 13 (%13.7)'sinin duygusal ihmal toplam puan ortalaması 12 ve üzerindedir (Bkz. Tablo XVIII).
16. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin 13 (%14.0)'ünün, babaların ise 5 (%5.4)'inin DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerinde; annelerin 9 (%9.7)'unun, babaların ise 2 (%8.4)'sinin DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerinde; ebeveynlerin 18 (%19.4)'inin DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerinde, 11 (%11.8)'inin ise DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerindedir (Bkz. Tablo XIX).
17. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin 22 (%23.2)'sinin, babaların ise 16 (%16.8)'sının BDE toplam puan ortalaması 0-9 arasında; annelerin 17 (%17.9)'sinin, babaların ise 18 (%18.9)'inin BDE toplam puan ortalaması 10-16 arasında; annelerin 13 (%13.7)'ünün, babaların ise 5 (%5.3)'inin BDE toplam puan ortalaması 17-29 arasında; annelerin 3 (%3.2)'ünün, babaların ise 1 (%1.1)'inin BDE toplam puan ortalaması 30-63 arasındadır (Bkz. Tablo XX).
18. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin 22 (%23.2)'sinin, babaların ise 16 (%16.8)'sının BDE toplam puan ortalaması 0-9 arasında; annelerin 17 (%17.9)'sinin, babaların ise 18 (%18.9)'inin BDE toplam puan ortalaması 10-16 arasında; annelerin 13 (%13.7)'ünün, babaların ise 5 (%5.3)'inin BDE toplam puan ortalaması 17-29 arasında; annelerin 3 (%3.2)'ünün, babaların ise 1 (%1.1)'inin BDE toplam puan ortalaması 30-63 arasındadır (Bkz. Tablo XX).

19. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.749; p=.000); fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.679; p=.000); fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.735; p=.000); duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.822; p=.000); cinsel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.493; p=.000); dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.257; p=.05); depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.308; p=.000); ebeveyn yeterliliği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.297; p=.000); ebeveyn yeterliliği -bakımda mükemmelik- arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.277; p=.000) ve ebeveyn yeterliliği -mevcut duruma uyum sağlama- arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.268; p=.000) bulunmaktadır (Bkz. Tablo XXI).
20. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan annelerin çocukluk çağı travmaları ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.767; p=.000); fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.729; p=.000); fiziksel ihmal arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.783; p=.000); duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.839; p=.000); cinsel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.534; p=.000); dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.326; p=.05); depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.286; p=.05); ebeveyn yeterliliği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.322; p=.05); ebeveyn yeterliliği -bakımda mükemmelik- arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.275; p=.05) ve ebeveyn yeterliliği -mevcut duruma uyum sağlama- arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.306; p=.05) bulunmaktadır (Bkz. Tablo XXII).
21. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan babaların çocukluk çağı travmaları ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.785; p=.000); fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.416; p=.000); fiziksel ihmal arasında

pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.735; p=.000); duygusal ihmal arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.773; p=.000); cinsel istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.534; p=.000); dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.412; p=.001); depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (r=.359; p=.001); ebeveyn yeterliliği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.341; p=.05); ebeveyn yeterliliği -bakımda mükemmelik- arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.397; p=.05) ve ebeveyn yeterliliği -mevcut duruma uyum sağlama- arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-.258; p=.05) bulunmaktadır (Bkz. Tablo XXIII).

22. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=2.911; p=.000]; modeldeki değişkenlerin dissosiyatif yaşantılar bağımlı değişkenindeki varyansın %14'ünü açıkladığı (R=.375; R2=.141); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından sadece fiziksel ihmalin dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=2.334; p=.022) ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXVI).
23. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=3.036; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %15'ini açıkladığı (R=.382; R2=.146) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo XXVII).
24. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının ebeveyn yeterliliği üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [F=3.451; p=.000]; modeldeki

değişkenlerin ebeveyn yeterliliğini bağımlı değişkenindeki varyansın %16'sını açıkladığı (R=.403; R^2=.162) tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XXVIII).

Yüksek lisans tez çalışmamız, çocukluk çağı travmaları ile otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan anne-babaların hem psikoterapötik açıdan desteklenmelerine hem de evlatlarını otizm belirtileriyle baş edebilme odaklı doğru ebeveynlik stillerine verdiği önem açısından özgündür. Çocukluk çağı travmaları ile ilişkili disfonksiyonel aile modelleri ve dinamiklerinin, ruh sağlığı uzmanları tarafından dikkate alınması gerektiği bu çalışmada önemle vurgulanmaktadır. Otizmin henüz kesin ve başarıyla sonuçlanan bir tedavisinin bulunmaması, bu psikiyatrik tanıya sahip kişilerin başta ebeveynler olmak üzere birincil bakım verenler ve yakın çevresinde yer alan kişiler tarafından desteklenmelerini zorunlu kılmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu, bu tanıya sahip çocukların yanı sıra ebeveynler üzerinde de travmatize edici bir etki yaratabilmektedir. Aile psikopatolojisi ile yakın ilişki dinamikleri bulunan otizmli çocukların en uygun şekilde ebeveynleri tarafından yetiştirilmeleri, bu çocukların daha az travmatize olmalarını sağlamaktadır. Aile psikopatolojisi ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri, otizm spektrum bozukluğu ile baş etme sürecinde ana direnç faktörleri olarak devreye girebilmektedir. Bu doğrultuda otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, depresyon düzeyleri ve ebeveyn yeterlilik algıları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği yüksek lisans tez çalışmamızdan sonra gelecek çalışmalar adına temel bulgularımız ekseninde detaylı bir şekilde yapılandırılan öneriler aşağıda yer almaktadır:

I. Otizmli çocuklar için çok sayıda otizmle mücadele odaklı ebeveyn eğitimi programı mevcuttur. Ebeveyn eğitim programları, anne-babaların otizmli çocuklarının davranışlarını optimal şekilde desteklemelerini sağlamak konusunda yardımcı olmaktadır. Ebeveyn eğitim programları, otizm tanılı çocukların davranışsal sorunlarının yönetimi de dahil olmak üzere çocuğun yetiştirilme sürecinde karşılaşılan zorlukları ele alan temel

becerilerin gelişmesini imkanlı kılabilmektedir. Bu eğitim programlarında öğrenilen yöntemlerin sık ve tutarlı bir şekilde çocuk yetiştirme stillerine entegre edilmesi, çocuğun uyumsuz davranışlarını yönetmesini ve sosyal becerilerini geliştirmesini belirli ölçüde sağlayabilmektedir. Ebeveynler otizmli çocuklarının gelişim dönemleriyle uygun davranışlarını göstermeleri doğrultusunda onları destekleyebilmekte ve olumsuz ya da uyumsuz davranışlarını ise azaltabilmeleri konusunda yardımcı olabilmektedir. Bu doğrultuda otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerine özgü doğru çocuk yetiştirme stilleri odaklı eğitimlerin yaygınlaştırılmasının ve sistemli bir şekilde yürütülmesinin, otizm belirtilerinin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin aynı endişeleri ve zorlukları -otizmli çocuğa sahip olmak- paylaşan ebeveynlerle bir araya gelme fırsatı buldukları otizm odaklı yerel sivil toplum kuruluşları, ebeveynlerin toplum içerisindeki izole edilmişlik hissini azaltabilmekte ve bu anne-babalar, kendilerini daha az yalnız ve yargılanmış hissetmektedirler. Otizm odaklı yerel sivil toplum kuruluşları, ebeveynlerin otizmle ilgili resmi ve özel kuruluşlar ile iletişime geçmelerini sağlayabilmektedir. Bu sivil toplum kuruluşları; otizmli çocuğun kardeşleri, büyükanneleri ve büyükbabaları da dahil olmak üzere ailenin tüm üyeleri için destek grupları sunmaktadır. Bu doğrultuda otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu bulunan ebeveynlerin bir araya gelip, etkileşim kurabilecekleri ve çocuk yetiştirme stilleri konusunda kendilerini geliştirebilecekleri *"otizm odaklı yerel sivil toplum kuruluşları"*na katılmalarının, onların çocuklarının otizm ile mücadele sürecine destek olabilmeleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

III. Ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarının davranışlarını en uygun şekilde sergilemelerine yönelik çeşitli kurumsal destek hizmetleri ve programları mevcut olsa da ebeveynlerin bu kurumsal destekleri kullanmaya yönelik karar verme süreçlerinde birtakım zorluklar yaşanmaktadır. Kurumsal destek hizmetlerinin kullanımını etkileyen

çeşitli faktörler arasında coğrafi uygunluk, erişilebilirlik, maliyet, desteğin sigorta kapsamında yer alıp almaması ve yardımın sürekliliği yer almaktadır. Ebeveynlerin, kurumsal sağlık hizmeti sağlayıcılarından ya da hastanelerden sevk almaları halinde bu hizmetleri kullanma olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca otizm ile ilgili hastaneler hem çocuğun kendi hastalığına özgü ihtiyaçlarını nasıl karşılayacakları konusunda bilgili olmalı hem de ebeveynler ve otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarla iyi iletişim kurabilmelidir. Ebeveynler, otizm tanılı çocukları tedaviye direnç gösteriyorsa veya özellikle ilaçların yan etkileri varsa kurumsal destek hizmetlerini bırakma eğiliminde olabilmektedirler. Yoğun stres deneyimleyen ve ekonomik durumları hakkında endişe duyan ebeveynler, otizmle ilgili alacakları kurumsal destek için zaman ayırma konusunda güçlük çekebilmektedirler. Bu doğrultuda otizmin tedavisi ile ilgili hizmet sağlayan kurumsal destek mekanizmalarının hem ebeveynler tarafından ulaşılabilir olması hem de anne-babaların bu desteklere erişimlerini arttırılmasının sağlanması önerilmektedir.

IV. Otizm tanılı çocuğu bulunan anne-babaların evlilik ilişkileri ve ebeveynlik ittifakı, otizm tanılı çocuğu olmayan ebeveynlere göre daha problemlidir. Otizmli çocuğu olan anne-babaların evlatlarını en iyi şekilde destekleyebilmeleri ve onları yetiştirebilmeleri adına ebeveynlik ittifakının bozulmaması ve eşler arasında sorunların yaşanmaması öncül bir öneme sahiptir. Bu doğrultuda anne-babaların birbirleriyle ilişkilerini iyi seviyede tutmaları ve otizm ile mücadele sürecinde çocuklarının yanında ve destekleyici bir rolde olmaları, otizm belirtilerinin azalmasında kritik bir konuma sahipir.

V. Etkin, başarılı ve uygulanabilir çocukluk çağı travmalarını önleme politikalarının geliştirilmesi üzerine kurulu *"Aile Psikopatolojisi", "Psikotravmatoloji"* ve *"Psikotarih"* derslerinin hem Türkiye'de hem de tüm dünyada İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adli

Bilimler Enstitüsü ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü gibi ilgili enstitülerin lisans, yüksek lisans ve doktora programlarının ders müfredatlarında yer alması önerilmektedir.

VI. Dissosiyatif bozukluklar; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk ile yüksek oranda eş tanılı seyreden bir psikiyatrik hastalıktır. Travmatik yaşantılarla ilişkili psikiyatrik eş tanıları bulunan dissosiyatif bozukluk vakalarında dissosiyatif bozukluk tanısının *"primer tanı"*, eş tanıların ise *"sekonder tanılar"* olarak alınması gerekmektedir. Dissosiyatif bozukluğun primer tanı olarak alınmadığı durumlarda eş tanılı psikiyatri vakalarının tedavileri uzun sürebilmekte hatta tamamlanmayabilmektedir. Uzun süren ve başarıyla tamamlanmayan dissosiyatif bozukluk vakalarının terapileri, adli boyutta malpraktisi sıklıkla gündeme getirmektedir. Günümüzde psikiyatristlerin dissosiyatif bozukluk vakalarında, bu tanıyı primer tanı olarak almamaları, malpraktis davalarının açılmasına neden olmaktadır. Malpraktis davası açan dissosiyatif bozukluk vakaları, tedavi sürecinde yaşadıkları mağduriyetler nedeniyle ruh sağlığı uzmanlarından maddi tazminat talep edebilirler.

VII. Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik dönemindeki negatif ruhsal yansımaları arasında; dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon bozuklukları yer almaktadır. Travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların tedavi sürecinin *"modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon"* paradigmaları ekseninde yapılandırılması, travmatize ve dissosiye ebeveynlerin en kısa sürede ruhsal sağlıklarına kavuşabilmeleri, fonksiyonel ve entegre olabilmeleri adına kritik bir öneme sahiptir. Bu doğrultuda *"Travma Merkezli Alyans Model Terapi"* ve *"Travma Model Terapi"*, tüm dünyada travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların -özellikle dissosiyatif bozuklar- tedavilerinde kullanılabilecek en başarılı, kısa dönemli ve en etkin terapi modellerinden biridir.

VIII. Otizm spektrum bozukluğu ile mücadele sürecinde doğru beslenme stillerinin ve takviye edici gıdaların pozitif bir katkısı bulunmaktadır. Kazein veya glüten içermeyen diyetler ve

takviyelerin kullanımı otizm spektrum bozukluğu vakalarının kendilerini daha iyi hissetmelerini ve daha iyi öğrenme becerileri geliştirmelerini sağlayan konsantrasyonun artması ile ilişkilidir. Bu doğrultuda ebeveynlere, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukları ile ilgili kazein ve glüten içermeyen gıdalardan uzak durmaları önerilmektedir.

IX. Otizm spektrum bozukluğu tanısının psikiyatristler tarafından konulmasından sonra ebeveynlerin büyük oranda; evlatlarını daha fazla destekleyici tutum gösterdikleri ve onlara karşı daha şefkatli ve duyarlı oldukları bilinmektedir. Otizm tanısı ile birlikte ebeveynler, çocuklarının gelecekleri ile ilgili belirsizliğe ve endişeye daha az kapılmakta ve evlatlarını nasıl destekleyicileri konusunda daha yoğun çaba göstermektedirler. Bu doğrultuda; otizm belirtilerinin anne-babalar ya da diğer aile üyeleri tarafından erken dönemde fark edilmesi hem çocukların otizmle daha erken ve daha güçlü bir şekilde mücadele edebilmelerine katkı sağlamakta hem de ebeveynlerin evlatları ile ilgili kendilerini daha az çaresiz hissederek onlara destek olmalarını imkanlı kılabilmektedir.

X. Otizmli bireyler hem aile içerisinde hem de aile dışında -özellikle akran grupları arasında- travmatik yaşantılara maruz kalabilmektedir. Ebeveynlere, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarını en uygun ve en sağlıklı şekilde yetiştirmeleri konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu doğrultuda Öztürk'ün geliştirdiği *"Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"* uygulanarak hem *"pozitif çocuk algıları"* yaratılmalı hem de kısa ve uzun dönemli etkin ve fonksiyonel *"çocukluk çağı travmaları önleme stratejileri"* geliştirilmelidir. Kurumsal müdahaleler kapsamında ebeveyn olmaya karar veren evli çiftlere; fiziksel ve duygusal şiddetin bir disipline etme yöntemi olarak kullanılmadığı empati ve karşılıklılık odaklı doğru çocuk yetiştirme stilleri, sağlıklı ya da fonksiyonel iletişim dinamikleri ve çocukların travmatik yaşantılara maruz kalmamalarını hatta onların kendilerini örseleyici yaşantılardan korumalarını imkanlı kılmaya yönelik psikoeğitim çalışmaları ivedilikle sistemli bir şekilde yapılandırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, orfragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, *109*(3), 237-254.

Acar, H. (2021). *Karar verme tarzlarının öz yeterlilik ve kaygı düzeyleri açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Adak, B., & Halder, S. (2017). Systematic review on prevalence for autism spectrum disorder with respect to gender and socio-economic status. *Journal of Mental Disorders and Treatment*, *3*(1), 1-9.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns *of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Akandere, M., Acar, M., & Baştuğ, G. (2009). Zihinsel ve fiziksel engelli çocuğa sahip anne ve babaların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23-32.

Akar, S. A., Kara, S., Agambayev, S., & Bilgic, V. (2015). Nonlinear analysis of EEG in major depression with fractal dimensions. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference, 2015*, 7410–7413.

Akçe, İ. & Doğan, H. (2020). Cinsel istismara maruz kalmış çocuklar üzerine bir değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi, 4*(1), 12-20.

Aker, A. T. (2012). *Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım*. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi Yayını.

Akmanoğlu, N., Alan, Ş., Pektaş Karabekir, E., Şahin, Ş., Alagözoğlu, E., & Topuz, Ç. (2021). Otizm spektrum bozukluğu ve zihin yetersizliği olan bireylere yönelik cinsel istismar haberlerinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, *22*(2), 77-94.

Aksoy, V. (2013). *Eğitsel planlama için otizm tarama araçları (asıep-3)'nın psikometrik niteliklerinin belirlenmesi: Türkiye örneği* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Aksoy, V., & Diken, İ. H. (2009). Annelerin ebeveynlik öz yeterlik algıları ile gelişimi risk altında olan bebeklerin gelişimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bir bakış. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 10*(01), 59-70.

Allik, H., Larsson, J. O., & Smedje, H. (2006). Sleep patterns of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(5), 585–595.

Aloba, O., Opakunle, T., & Ogunrinu, O. (2020). Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF): Dimensionality, validity, reliability and gender invariance among Nigerian adolescents. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104357.

Altınkese-Göze, Z. (2022). *Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlerin aleksitimi düzeyi ve evlilik doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi.

Altınoğlu-Dikmeer, İ., & Üstün-Güllü, B. (2020). Çocukluk ve ergenlik dönemi psikolojik rahatsızlıkları. E. Tuna, Ö. Öncül Demir (Ed.). *DSM-5'e göre anormal psikoloji içinde* (472-477). Ankara: Nobel Yayıncılık

Altiere, M. J., & von Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 34*(2), 142-152.

Alver, E., & Gümüş, Ç. (2020). Otizm spektrum bozukluğuna sahip bireylerde eğitimin önemine dikkat çekmek üzere hazırlanmış dergi ilanı tasarımı örnekleri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19* (39), 1423-1435.

American Psychiatric Association (APA). (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB Yayıncılık. (Orijinal eserin basım tarihi, 2013).

Anber, T., Akar, T., & Altun, F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal, 2*(2), 99-103.

Aral, N., & Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi, 151*(5).

Arseven, A. (2016). Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. *Electronic Turkish Studies, 11*(19), 63-80.

Arslan, K. (2020). *Otizmli çocuğu olan ailelerin dayanıklılığına etki eden faktörlerin incelenmesi* [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Asma, T. (2006). Çocuk ve medeni hukuk. *Çocuk İstismarı ve İhmaline. Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Avcı, S. Ç. & Şatır, D. G. (2020). Yeni bir kavram: Helikopter ebeveynlik. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3*(2), 163-168.

Ayaz, M., Ayaz, A. B., & Soylu, N. (2012). Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri, 15,* 33-40.

Aydın, A. (2002). *Otistik Çocuk sahibi annelerine yönelik bir eğitim programı modeli*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Aydın, A., & Arslantürk-Egin, C. T. (2018). Zihin engelli, serebral palsili ve otizmli çocuk ebeveynlerinin psikolojik dayanıklılıkları ile ebeveynlik algılarının karşılaştırılması. *Ondokuz Mayis University Journal of Education Faculty*, *37*(1), 171-188.

Aydın, B. N. (2021). Çocukluk çağı travmalarının suç ve şiddet ile ilişkisi. III. Uluslararası Turaz Adli Bilimler, Adli Tıp ve Patoloji Kongresi, Bakü, Azerbaycan, 8-12 Eylül 2021, ss.45-50.

Aydın, N., & Karaaziz, M. (2023). Psikodinamik kurama göre majör depresyon bozukluğunda vaka sunumu. *Journal of Pure Social Sciences, 4*(6), 48-61.

Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 24*(2), 170.

Baker, J. K., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2011). Longitudinal effects of adaptability on behavior problems and maternal depression in families of adolescents with autism. *Journal of Family Psychology*, *25*(4), 601.

Bakır, E., & Kapucu, S. (2017). Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye'de yapılan araştırmalara yansıması: Bir literatür incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13–24.

Balcıoğlu, Y. H., & Balcıoğlu, İ. (2018). Dissosiyatif bozuklukların tanımı ve tanı ölçütleri. E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde (8-13). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2), 122–147.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist, 44*(9), 1175–1184.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Reviews Psychology*, 52(1), 1-26.

Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personalicy and Social Psychology, 56*, 805-814.

Barutçuoğlu, M. S. & Akçay, R. C. (2019). Hayat boyu öğrenme merkezi (hbom) öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme yeterlilikleri ile genel öz yeterlilikleri arasındaki ilişki (ismek örneği). *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi, 6*(40), 1984-2004.

Bayraktar, S. (2015). *İnsanlığın kanayan yarası çocuk istismarı ve ihmali*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing, 33*, 650–656.

Belce Bahşi, A. (2020). Travma: Ruhsal yaralarımız. Z. D. Aktan (Ed.) *Çocukluk çağı travmasının yansımaları* (1-18) içinde. 2.Baskı. Ankara: Nobel Akademi.

Black, D. A., Smith Slep, A. M., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child psychological abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2), 189–201.

Blackburn, I. M., & Cottraux, J. (2022). Psychothérapie cognitive de la dépression. *Elsevier Health Sciences.*

Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal of Psycho-Analysis, 77*(5), 935.

Bodur, Ş., & Soysal, Ş. (2004). Otizmin erken tanısı ve önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13*(10), 394-398.

Bozkurt-Zincir, S., Yanartaş, Ö., Zincir, S., & Semiz, Ü. B. (2014). Clinical correlates of childhood trauma and dissociative phenomena in patients with severe psychiatric disorders. *Psychiatric Quarterly, 85*, 417-426.

Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self awareness, affect regulation and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease,195*, 497-503.

Briere, J. N., & Scott, C. (2021). *Travma terapisinin ilkeleri: Belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir klavuz.* 2.Baskı. İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(6), 497–503.

Brignell, A., Chenausky, K. V., Song, H., Zhu, J., Suo, C., & Morgan, A. T. (2018). Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(11), 1-59.

Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24*(1), 38-49.

Bureau, J.-F., Martin, J., & Lyons-Ruth, K. (2010). Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: Early stress, maternal buffering and psychiatric morbidity in young adulthood. R. Lanius & E. Vermetten (Eds.), *The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease* (48-56) içinde. Cambridge University Press.

Butler, A. C. (2013). Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse & Neglect, 37*(9), 643-652.

Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O., & Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*, 93-99.

Büyüktaşkapu, S. (2012). Annelerin öz yeterlik algıları ile 1-3 yaş çocuklarının gelişimlerinin incelenmesi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1*(1), 18- 30.

Cavkaytar, A., Aksoy, V., & Ardıç, A. (2014). Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışmasının güncellenmesi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International, 4*(1), 21-27.

Ceran, M. A., & Ceylan, B. (2021). Serebral palsili çocuğu olan ebeveynlerin öz yeterlik düzeylerinin belirlenmesi ve anne-baba ebeveyn öz yeterlik düzeylerinin karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing, 12*(2), 113-121.

Cheng, P., & Jaffe, P. (2021). Examining depression among perpetrators of intimate partner homicide. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(19-20), 9277-9298.

Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 147*, 887–892.

Cohen, Z. P. (2019). *Üç kuşak kadın yetişkinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve şiddete yönelik tutumları bakımından incelenmesi*. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü.

Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *90*, 21-29.

Crnic, K., & Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. *Parental Stress and Early Child Development*, 263-284.

Çankaya, F. (2020). *Velilerin çocuklarının eğitimine katılımı ve öz yeterlilik algıları arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Çattık, M. (2022). Otizm spektrum bozukluğu: Tarihçe, tanım, sınıflandırma, yaygınlık. İ. H. Diken (Ed.), *Erken çocuklukta otizm spektrum bozukluğu, temel bilgiler* (2-16). Pegem Akademi Yayıncılık.

Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Majör depresif bozukluk tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi, 6*(1), 51-66.

Dakil, S. R., Cox, M., Lin, H., & Flores, G. (2012). Physical abuse in U.S. children: Risk factors and deficiencies in referrals to support services. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(5), 555–569.

Darıca, N., Abidoğlu, Ü., & Gümüşçü, Ş. (2011). *Otizm ve otistik çocuklar*, (5. Baskı). Özgür Yayın Dağıtım.

Dede, O. (2021). Dünden bugüne çocukluk kavramının gelişimi ve eğitime yansımaları. *Current Debates on Social Sciences, 7,* 43-53.

DeFilippis, M. (2018). Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Children, 5*(9), 1-9.

Dell'Osso, L., Conversano, C., Corsi, M., Bertelloni, C. A., Cremone, I. M., Carpita, B., Carbone, M. G., Gesi, C., & Carmassi, C. (2018). Polysubstance and behavioral addictions in a patient with bipolar disorder: Role of lifetime subthreshold autism spectrum. *Case Reports in Psychiatry, 2018.*

deMause, L. (1998). On writing childhood history. *The Journal of Psychohistory, 16*(2), 135.

Demirkapı, E. Ş. (2013). *Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.

Demirkıran, H (2017). *Engelli çocuğa sahip olan anneler ile engelli çocuğa sahip olmayan annelerin depresyon düzeyi ve problem çözme becerilerinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.

Dereli, F., & Okur, S. (2008). Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi, 25*, 164-168.

Derin, G. (2018). *Kuşaklararası eksende psikotarih temelli çocuk yetiştirme stillerinin travma, bağlanma ve dissosiyasyon açısından incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı.

Derin, G. (2023). *Modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı perspektifinden malul savaş ve malul terör gazilerinde aile dinamikleri ve psikopatolojik belirtiler: Kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı*. [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Doğan, S. (2011). Sexual dysfunctions, depression and antidepressants. *Journal of Mood Disorders, 1(*2), 81-86.

Doğru, S. S., Kayılı, G., Alabay, E., Kuşçu, Ö., & Sarıkaya, A. (2013). Ailesinde engelli birey bulunan okul öncesi dönem çocuklarının sosyal becerileri ve problem davranışlarının incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 14*(2), 219-236.

Dominguez, D. V., Cohen, M., & Brom, D. (2004). Trauma and dissociation in psychiatric outpatients. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *41*(2), 98-110.

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(5), 402–417.

Durkin, M. S., Maenner, M. J., Baio, J., Christensen, D., Daniels, J., Fitzgerald, R., Imm, P., Lee, L., Schieve, L. A., Van Naarden Braun, K. Wingate, M.S., & Yeargin-Allsopp,

M. (2017). Autism Spectrum Disorder Among US Children (2002-2010): Socioeconomic, racial, and ethnic disparities. *American Journal of Public Health, 107*(11), 1818–1826.

Durmuşoğlu Saltalı, N. (2014). Çocuk istismarı ve ihmali. S. Doğru (Ed.). *Çocuk hakları ve koruma içinde* (61-102). Ankara: Eğiten Kitap.

Dye, H. L. (2019). Is emotional abuse as harmful as physical and/or sexual abuse? *Journal of Child & Adolescent Trauma,* 13(4), 399–407.

Ebrinç, S. (2013). Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders, 3*(5), 51-53

Ekas, N., & Whitman, T. L. (2010). Autism symptom topography and maternal socioemotional functioning. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*(3), 234-249.

Esenler, B. (2001). *Otizm veya dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin stres düzeylerinin karşılaştırılması*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Eskin, M., Kaynak-Demir, H., & Demir, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in turkey. *Archives of Sexual Behavior, 34*(2), 185-195.

Everly, G. S. (1993). Psychotraumatology: A two-factor formulation of posttraumatic stress. *Integrative Physiological and Behavioral Science, 28*(3), 270-278.

Evren, C., & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4*, 30-37.

Fazlıoğlu-Özlü Y. (2004). *Duyusal entegrasyon programının otizmli çocuklarda görülen duyusal ve davranış problemleri üzerine etkisinin incelenmesi.* [Doktora Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

Feinauer, L. L., & Stuart, D. A. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy, 24*(1), 31–40.

Fields, M. A. (2006). *Parenting children on the autistic spectrum: A survey of parents' perceived self-efficacy* [Doctoral Dissertation]. Wright Instutie.

Fombonne, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*(4), 281–294.

Geçkil, E. (2017). Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(1), 129-139.

Ger, S. (2021). *Hatırlanan anne-baba kabul ve reddi ile ebeveyn öz yeterliği, evlilik doyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide temel psikolojik ihtiyaçların aracı rolü* [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ghaziuddin, M. (1988). Behavioural disorder in the mentally handicapped: The role of life events. *The British Journal of Psychiatry*, *152*(5), 683-686.

Ghaziuddin, M., Alessi, N., & Greden, J. F. (1995). Life events and depression in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*, 495-502.

Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, 299-306.

Ghaziuddin, M., Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1991). Brief report: violence in Asperger syndrome, a critique. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 21,* 349-354.

Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E., & Ghaziuddin, N. (1998). Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research, 42*(4), 279-283.

Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism, 17*(4), 465-480.

Gillberg, C., & Coleman, M. (2000). *The biology of the autistic syndromes*. 3d edition. London: Cambridge University Press.

Gist, M.E., & Mitchell, T. R. (1992). Self-efficacy a theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Reviev, 17*(2), 183-211

Goin-Kochel, R. P., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2009). Parental reports on the efficacy of treatments and therapies for their children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*(2), 528-537.

Golden, S. H., Shah, N., Naqibuddin, M., Payne, J. L., Hill-Briggs, F., Wand, G. S., Wang, N., Langan, S., & Lyketsos, C. (2017). The prevalence and specificity of depression diagnosis in a clinic-based population of adults with type 2 diabetes mellitus. *Psychosomatics, 58*(1), 28-37.

Gök-Dağıdır, H., Bukan, N., & Bahçelioğlu, M., (2022). Otizmin etiyolojisi. *Future Biochemistry and Bioscience, 4*(2), 49-57.

Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M., & Hopper, E. (2017). Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: A new framework. *American Journal of Ortopsychiatry, 87*(1), 86-93.

Guimond, A., Wilcox, J., & Lamorey, S. (2008). The early intervention parenting self-efficacy scale construction and initial psychometric evidence. *Journal of Early Intervention, 30*(4), 295-320.

Güçlü, S. (2016). Çocukluk ve çocukluğun sosyolojisi bağlamında çocuk hakları. *Sosyoloji Dergisi,* (1), 1-22.

Güleç-Aslan, Y., Cihan, H., & Altın, D. (2014). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk sahibi annelerin deneyimleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 13*(50), 96-111.

Güleç-Aslan, Y., Kircaali-Iftar, G., & Uzuner, Y. (2009). Otistik çocuklar için davranışsal eğitim programı (OÇİDEP) ev uygulamasının bir çocukla incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, *10*(01), 1-25.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24*(3), 128-134.

Gültekin, G., & Baran, G. (2005). Hastalık ve çocuk. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 8(8).

Güner, Ş. İ., Güner, S., & Şahan, M. H. (2010). Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem: İstismar. *Van Tıp Dergisi*, *17*(3), 108-113.

Güneri Yöyen, E. (2017). Childhood trauma and self-respect. *International Journal of Social Sciences and Education Research, 3*(1), 267-282.

Gürcan-Yıldırım, D., & Gençöz, T. (2020). The association of self-discrepancy with depression and anxiety: Moderator roles of emotion regulation and resilience. *Current Psychology*, 1-14.

Hall, H. R., & Graff, J. C. (2010). Parenting challenges in families of children with autism: A pilot study. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *33*(4), 187-204.

Hall, H. R., & Graff, J. C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *34*(1), 4–25.

Hallaç, S., & Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6*(2), 142-153.

Hare, I. (2020). Semantic feature dissociation: A new hypothesis concerning autism. *Philosophical Psychology*, *33*(1), 102-124.

Haruvi-Lamdan, N., Horesh, D., & Golan, O. (2018). PTSD and autism spectrum disorder: Co-morbidity, gaps in research, and potential shared mechanisms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(3), 290.

Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, *49*(6), 405-418.

Hassani, F., Shahrbanian, S., Shahidi, S. H., & Sheikh, M. (2022). Playing games can improve physical performance in children with autism. *International Journal of Developmental Disabilities*, *68*(2), 219-226.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*, 629-642.

Herman, B. E., Makoroff, K. L., & Corneli, H. M. (2011). Abusive head trauma. *Pediatric Emergency Care, 27*(1), 65-69.

Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *9*(2), 125–137.

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, *9*(1), 1-9.

Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(4), 559-572.

Holloway, S. D., Suzukı, S., Yamamoto, Y., & Behrens, K. Y. (2005). Parenting self-efficacy among japanese mothers. *Journal of Comparative Family Studies, 36* (1), 61- 76.

Holloway, S. & Valentine, G. (2013). Children's geographies and the new social studies of childhood. In Jenks, C. (ed.). *Childhood* (p. 164-165). London: Routledge.

Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 167*(7), 801–808.

Horney, K. (1991). The goals of analytic therapy. *American Journal of Psychoanalysis, 51*(3), 219.

Howlin, P. (1997). *Autism: preparing for adulthood.* London: Routledge.

Howlin, P. (2004). Current status of research on autism spectrum disorders and offending. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*, 79-86.

Hunter, E. C., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(1),* 9–18.

Işık, M., Yıldırım, A., Boysan, M., & Murat, D. (2017). Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların annelerinde dissosiyatif yaşantılar, çocukluk çağı travması ve aleksitimi. *Yeni Symposium,* 55(3), 7-10.

İnan-Kaya, G. & Kaya, U. (2018). Bir ebeveyn pratiği olarak 'sharenting'. *Current Debates in Education, 5*, 471-483.

Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. 1st ed. Londra & New York: Macmillan

Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective, 3*(1), 186-194.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*(3), 217-250.

Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,47*(2), 140-151.

Karaaslan, Ö., & Karaaslan, D. (2016). Otizmli çocukların tıbbi tanılama sürecinde yeralan uzman doktorların tanılamaya ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18*(2), 271-293.

Karadoğan, U. C. (2019). Çocuk ve çocukluk kavramının tarihsel süreçte değerlendirilmesi. *Çocuk ve Medeniyet, 4* (7), 195-226

Karakoç Demirkaya, S. (2019). Otizm neden artışta? *Klinik Psikiyatri Dergisi, 22*, 123-124.

Karal, E., & Atak, H. (2022). Çocukluk çağı ruhsal travmaları üzerine kavramsal bir çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2*(1), 82-103.

Kart, A., & Türkçapar, H. (2019). The effects of childhood emotional abuse on aggressive obsessions among patients with obsessive compulsive disorder may be mediated by symptoms of depression and anxiety. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*(4), 411-417.

Kate, M. A., Hopwood, T., & Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation, 21*(1), 16-61.

Katz, N., & Zemishlany, Z. (2006). Criminal responsibility in Asperger's syndrome. *Israel Journal of Psychiatry, 43*(3), 166.

Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., & Pehlivan, E. (2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 18*(2), 137-146.

Kaymak, A. (2020). Otizm spektrum bozukluğu (OSB): Tanım, sınıflama, yaygınlık ve nedenler. İ. H. Diken, H. Bakkaloğlu, (Ed.). *Zihin yetersizliği ve otizm spektrum bozukluğu* içinde. Ankara: Pegem.

Kaytez, N., Durualp, E., & Kadan, G. (2015). Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 4*, 197- 214.

Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 837-841.

Kerns, C. M., Lankenau, S., Shattuck, P. T., Robins, D. L., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (2022). Exploring potential sources of childhood trauma: A qualitative study with autistic adults and caregivers. *Autism, 26*(8), 1987-1998.

Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*, 3475-3486.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *197*(5), 378–385.

Kılıç, C. (2020). Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim,* 35(3), 179-187.

Kınay, G. E. (2020). *Okul öncesi öğretmenlerinin çocuk ihmali ve istismarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi (Bitlis il örneği).* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism, 4*(2), 117-132.

Klinger, L. G., & Dawson, G. (1995). A fresh look at categorization abilities in persons with autism. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition in autism* (pp. 119–136). New York: Plenum Press.

Köroğlu, E. (2009). *Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*(9339), 1083-1088.

Kumaş, Ö. A., & Sümer, H. M. (2017). Özel gereksinimli küçük çocuğu olan annelerin öz yetkinlikleri, yılmazlık düzeyleri ve stres düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi, 27*(1), 163-173.

Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 69,* 313-332.

Kütük, M. Ö., & Bilaç, Ö. (2017). Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. *Türkiye Klinikleri Çocuk İstismarı Özel Sayısı, 3*(3), 181-187.

Lau, J. Y., & Eley, T. C. (2010). The genetics of mood disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 313–337.

Lau, W. Y. P., Peterson, C. C., Attwood, T., Garnett, M. S., & Kelly, A. B. (2016). Parents on the autism continuum: Links with parenting efficacy. *Research in Autism Spectrum Disorders, 26*, 57-64.

Leonard, H. C., Bedford, R., Pickles, A., Hill, E. L. & Basis, T. (2015). Predicting the rate of language development from early motor skills in at-risk infants who develop autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 13*, 15-24.

Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. T. (2009). Autism. *Lancet, 374*(9701), 1627–1638.

Libdeh, A. A., Brenner, L., & Quigg, M. (2022). Recurrent dissociative fugue episodes in a child with autism spectrum disorder. *Clinical Pediatrics*, *61*(3), 253-255.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet, 392*, 508-520.

Ludlow, A., Skelly, C., & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 702-711.

Lutz, H. R., Patterson, B. J., & Klein, J. (2012). Coping with autism: A journey toward adaptation. *Journal of Pediatric Nursing*, *27*(3), 206-213.

Lynn, S. J., Berg, J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., Accardi, M., & Cleere, C. (2012). Dissociative disorders. In M. Hersen, S. Turner, & D. Beidel (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (6th ed., pp. 497–538). New York: John Wiley & Sons.

Machado Junior, S. B., Celestino, M. I. O., Serra, J. P. C., Caron, J., & Ponde, M. P. (2016). Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation, 19*(3), 146-153.

Mackintosh, V. H., Goin-Kochel, R. P., & Myers, B. J. (2012). "What do you like/dislike about the treatments you're currently using?" A qualitative study of parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *27*(1), 51-60.

Mahler, M. (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: I. Infant psychosis. New York: International Universities Press.

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., EdS1, Washington, A., Patrick, M. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2016. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, *69*(4), 1–12.

McDonald, N. M., Baker, J. K., & Messinger, D. S. (2016). Oxytocin and parent–child interaction in the development of empathy among children at risk for autism. *Developmental Psychology*, *52*(5), 735.

McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *17*(1), 33-43.

Mellier, D., & Gratton, E. (2015). Éditorial. La parentalité, un état des lieux. *Dialogue*, 7-18.

Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2016). Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. *Neuroscience, 321*, 138-162.

Mengi, A. (2019). Engelli öğrencilerin üniversite eğitimi sürecinde karşılaştığı güçlükler: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi örneği. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16*(1), 147-170.

Mertens, Y. L., Racioppi, A., Sheinbaum, T., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2021). Dissociation and insecure attachment as mediators of the relation between childhood emotional abuse and nonclinical paranoid traits. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1-14.

Miller, A. (1985). *Thou shalt not be aware: Society's betrayal of the child*. Macmillan.

Minshew, N. J., Goldstein, G., & Siegel, D. J. (1997). Neuropsychologic functioning in autism: Profile of a complex information processing disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society, 3,* 303–316.

Morgan III, C. A., & Taylor, M. K. (2013). Spontaneous and deliberate dissociative states in military personnel: Are such states helpful?. *Journal of Traumatic Stress, 26*(4). 492-497.

Morvan, Y., Tibaoui, F., Bourdel, M. C., Lôo, H., Akiskal, K. K., Akiskal, H. S., & Krebs, M. O. (2011). Confirmation of the factorial structure of temperamental autoquestionnaire TEMPS-A in non-clinical young adults and relation to current state of anxiety, depression and to schizotypal traits. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 37.

Motavalli Mukaddes, N. (2021). *Otizm spektrum bozuklukları: Tanı ve takip* (3. baskı). Simurg Art Yayınları. İstanbul.

Mouridsen, S. E. (2012). Current status of research on autism spectrum disorders and offending. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *6*(1), 79-86.

Mukaddes, N. M., & Dursun, O. B. (2018). Otizm spektrum bozukluklarında tanım, prevalans ve klinik özellikler. M. N. Mukaddes. & E. Es (Ed.), *Nörogelişimsel Bozukluklar* içinde (261-284). İstanbul: Nobel Yayınevi.

Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Dietz, C., Daalen, E. M., & Van Engeland, H. (2008). Play behavior and attachment in toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *38*, 857-866.

Nakajima, M., Hori, H., Itoh, M., Lin, M., Kawanishi, H., Narita, M., & Kim, Y. (2022). Validation of childhood trauma questionnaire-short form in Japanese clinical and nonclinical adults. *Psychiatry Research Communications*, *2*(3), 100065.

Näring, G., & Nijenhuis, E. R. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(11-12), 982-988.

Nealy, C. E., O'Hare, L., Powers, J. D., & Swick, D. C. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work*, *15*(3), 187-201.

Newman, S. S., & Ghaziuddin, M. (2008). Violent crime in Asperger Syndrome: The role of psychiatric comorbidity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *38*, 1848-1852.

Nicolson, R., & Szatmari, P. (2003). Genetic and neurodevelopmental influences in autistic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(8), 526–537.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *3*(5), 400–424.

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology, 9*(4), 855–879.

Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 745-762.

Oral, G., & İnanıcı, M. A. (2004). *Risk altındaki çocukların saptanmasında öğretmenin rolü*. İstanbul: Milli Eğitim Müdürlüğü.

Oshima, K. M. M., Jonson-Reid, M., & Seay, K. D. (2014). The influence of childhood sexual abuse on adolescent outcomes: The roles of gender, poverty, and revictimization. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(4), 367–386.

Ostfeld-Etzion, S., Feldman, R., Hirschler-Guttenberg, Y., Laor, N., & Golan, O. (2016). Self-regulated compliance in preschoolers with autism spectrum disorder: The role of temperament and parental disciplinary style. *Autism, 20*(7), 868-878.

Öğretir-Özçelik, A. D. & Şıvkın, E. (2019). Çeşitli sosyo-ekonomik düzeydeki anne tutumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Asya Studies Akademik Sosyal Araştırmalar, 9*, 1-14.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, K. A., & Aktaş, A. E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(2), 130-136.

Öz, B. (2018). *Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinde görülen depresyon-anksiyete belirtileri ve damgalanma algısı.* [Uzmanlık Tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi.

Öz, S. (2022). *Okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalıklarının incelenmesi.* [Yüksek lisans tezi]. Kastamonu Üniversitesi.

Özbey, Ç. (2005). *Otizm ve otistik çocukların eğitimi*. İstanbul: İnkılâp Kitabevi.

Özcan, Ö. (2017). Orta Çağ'dan erken modern döneme çocukluğun tarihsel gelişimi. *Çocuk ve Medeniyet, 2*(4), 91-126.

Özdemir, O. (2014). *Otizm davranış kontrol listesi Türkçe versiyonu geçerlik ve güvenirlik çalışması.* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Özel Eğitim Ana Bilim Dalı.

Özer, B. (2021). *Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı ruhsal travmaları ile depresyon arasındaki ilişkide affetmemenin ve sürekli öfkenin rolü* [Yüksek Lisans Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Özlü Fazlıoğlu, Y. (2004). *Duyusal entegrasyon programının otizmli çocukların duyusal ve davranış problemleri üzerine etkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi.

Öztürk, E. (2003). *Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı.* [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı.

Öztürk, E. (2018a). Travma merkezli alyans model terapi: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. E. Öztürk, (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon içinde* (31-38). Ankara: Türkiye Klinikleri

Öztürk, E. (2018b). Psikotarih ruhsal travma ve dissosiyasyon. Celbiş O, editör. *Turaz Akademi 2018*. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi. s. 92-106.

Öztürk, E. (2020a). *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı.* 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. p.1-33.

Öztürk, E. (2020b). Psikotarih, travma ve dissosiyasyon: Çocukluk çağı travmaları, savaşlar ve dissosiyasyonun anamnezi. E. Öztürk (Ed.). *Psikotarih içinde* (1-21). Ankara, Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2021a). Disfonksiyonel aile modellerinden fonksiyonel aile modeline: *"Doğal ve rehber ebeveynlik stili"*. E. Öztürk (Ed.), *Aile Psikopatolojisi içinde* (1-39). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2021b). Trauma based alliance model therapy. *Medicine Science, 10*(2), 631-650.

Öztürk, E. (2022a). Dissoanaliz ve psikotoplumsal bilinç alyansı kuramı: İnkar travması ve dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçisi. E. Öztürk (Ed.), *Psikotravmatoloji içinde* (1-40). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2022b). Dissoanalysis as a modern psychotraumatology theory: Denial trauma and mass dissociation versus dissociative revolution and psychocommunal therapy. *Medicine Science, 11*(3), 1359-1385.

Öztürk, E. (2022c). Modern psikotravmatoloji ve dissosiyasyon teorileri. E. Öztürk, (Ed.). *Psikotravmatoloji içinde* (41-49). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2022d). Dysfunctional generations versus natural and guiding parenting style: Intergenerational transmission of trauma and intergenerational transfer of psychopathology as dissociogenic agents. *Medicine Science, 11*(2), 886-904.

Öztürk, E., & Çalıcı, C. (2018). Modern toplumda kimlik, “siber dissosiyasyon” ve “siber alter”: Teorik ve klinik bir yaklaşım. E. Öztürk (Ed.) *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon içinde* (39-47). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E., & Derin, G. (2020). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 6*(2), 181-214.

Öztürk, E., & Şar, V. (2005). The "apparently normal" family: A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice, 4*(3-4), 287-303.

Öztürk, E., Derin, G., & Ateş-Coşkun, A. (2019). Adli psikiyatri ve dissosiyatif bozukluklar. 2.Türk Adli Bilimler Kongresi, Antalya, Türkiye, 11-14 Nisan 2019, cilt.1, ss.127- 138.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Derin, G. (2021). Psychotraumatology and dissociation: A theoretical and clinical approach. *Medicine Science, 10*(1), 246-254.

Özyürek, A., Şahin, F. T., & Gündüz, Z. B. (2018). Nesilden nesile kültürel aktarımda oyun ve oyuncakların rolü. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *27*(1), 1-12.

Palermo, M. T. (2004). Pervasive developmental disorders, psychiatric comorbidities, and the law. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *48*(1), 40-48.

Pehlivan, S., & Çıkrıkçı, A. (2023). Çocuk ihmal ve istismarında genetik faktörler. E. Tüccar (Ed.), *Çocuklarda ihmal ve istismar* içinde (101-124). İstanbul: Efe Akademi Yayınları.

Pektaş Karabekir, E. (2021). *Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan ebeveynlere sunulan koçluk uygulamalarının anne-çocuk çiftleri üzerindeki etkileri.* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Ana Bilim Dalı.

Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (2000). Adolescent physical abuse: Age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *Journal of Family Violence, 15*(4), 375-389.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect, 33(*6), 331- 342.

Poyraz, C. A., Kocabaşoğlu, N. & Konuk, N. (2012). Psikotik özellikli depresyonun adli boyutu. *Journal of Mood Disorders, 2*(4), 180-185.

Rakap, S., Birkan, B., & Kalkan, S. (2017). *Türkiye'de otizm spektrum bozukluğu ve özel eğitim.* S. Rakap (Ed.), Tohum Otizm Vakfı Yayınları

Reuben, K. E., & Parish, A. (2022). Dissociation in autism spectrum disorders: An under-recognized symptom. In: E Christenseni (eds). *Perspectives of Dissociative Identity Response: Ethical, Historical, and Cultural Issues* (p.151-183). HWC Press.

Rosenbaum, M. (1990). The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1036-1039.

Ross, C. & Halpern, N. (2009). *Trauma model therapy. A treatment approach for trauma, dissociation, and complex comorbidity. Richardson, TX*: (1. bs.). Richardson: Manitou Communications.

Ross, C. A., & Joshi, S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry, 33*(4), 269-273.

Ross, C. A., Kronson, J., Koensgen, S., & Barkman, K. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital & Community Psychiatry, 43(8),* 840–842.

Ross, C. A., & Ness, L. (2010). Symptom patterns in dissociative identity disorder patients and the general population. *Journal of Trauma & Dissociation, 11*(4), 458–468.

Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation, 2*(3), 169-189.

Rozga, A., Hesse, E., Main, M., Duschinsky, R., Beckwith, L., & Sigman, M. (2018). A short-term longitudinal study of correlates and sequelae of attachment security in autism. *Attachment & Human Development, 20*(2), 160-180.

Runyan, D. K., May-Chahal, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. *World Report on Violence and Health,* 57-86.

Ruppert, F. (2021). *Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları: Ruhun yaralarını anlamak ve iyileştirmek*. 3.Baskı. İstanbul: Kaknüs Yayınları

Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition. In: Rutter M, Schopler E, editors. *Autism: A re-appraisal of concepts and treatment.* New York: Plenum Press.

Safe, A., Joosten, A., & Molineux, M. (2012). The experiences of mothers of children with autism: Managing multiple roles. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 37*(4), 294-302.

Savaş, H., Çakıcı, M., & Uygur, N. (1999). Bir olgu dolayısıyla infantisit ve filisitin psikiyatrik yönü. *Adli Tıp Bülteni, 4*(2), 74-77.

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: Genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics, 35*(1), 51-71.

Schnabel, A., Hallford, D. J., Stewart, M., McGillivray, J. A., Forbes, D., & Austin, D. W. (2020). An initial examination of post-traumatic stress disorder in mothers of children with autism spectrum disorder: challenging child behaviors as criterion a traumatic stressors. *Autism Research, 13*(9), 1527-1536.

Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect, 28*(2), 167–180.

Silva, J. A., Leong, G. B., & Ferrari, M. M. (2004). A neuropsychiatric developmental model of serial homicidal behavior. *Behavioral Sciences & The Law, 22*(6), 787-799.

Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A. R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H. X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders, 221*, 123-131.

Smith, L. E., & Anderson, K. A. (2014). The roles and needs of families of adolescents with ASD. *Remedial and Special Education, 35*(2), 114–122.

Sofuoğlu, Z., & Cankardaş Nalbantçılar, S. (2018). Hastanelere yönlendirilen adli çocuk istismarı olguları ile sağlık çalışanlarınca saptanan çocuk istismarı olgularının özelliklerinin karşılaştırılması. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, *8*(3), 189-195.

Solís-García, G., Marañón, R., Medina Muñoz, M., de Lucas Volle, S., García-Morin, M., & Rivas García, A. (2019). Child abuse in the emergency department: Epidemiology, management, and follow-up. *Anales de Pediatría (English Edition)*, *91*(1).

Spitzer, C., Lübke, L., Klinger-König, J., Frenzel, S., Schminke, U., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). Childhood maltreatment and subclinical atherosclerosis: Findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, *83*(5), 463-469.

Steinberg, M. (1991). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. In *Annual Review of Psychiatry* 10, Ed. by Tasman, A. and Goldfinder, S.M., pp. 233-247; American Psychiatric Press, Washington DC.

Steinberg, M. (1994). *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D).* American Psychiatric Pub.

Steinberg, M. (1994). Systematizing dissociation: Symptomatology and diagnostic assessment. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 59–88). American Psychiatric Association.

Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, *10*(1), 103-116.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M. H., & Alink, L. (2013). Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, *48*(2), 81-94.

Stuart, M., & McGrew, J. H. (2009). Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *3*(1), 86-97.

Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., & Vitiello, B. (2008). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 117-128.

Sücüllüoğlu-Dikici, D., Aşçıbaşı, K., & Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(Ek 2), 51-56.

Şar, V. (2015). Dissociative depression is resistant to treatment as usual. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry, 3*(2).

Şar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2.

Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research, 149*(1-3), 169–176.

Şar, V., Akyüz, G., Kundakçi, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2271–2276.

Şar, V., Onder, C., Kilincaslan, A., Zoroglu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(4), 402–419.

Şar, V., Akyüz, G., Öztürk, E., & Alioğlu, F. (2013). Dissociative depression among women in the community. *Journal of Trauma & Dissociation, 14*(4), 423-438.

Şarlak, D., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal travma ve dissosiyasyon* içinde (14-19). Ankara; Türkiye Klinikleri.

Şekerci, İ. (2022). *Çocukları otizm tanısı almış annelerin çocuklarını kabul-red düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişki* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi.

Şenay, T. (2021). *Okul öncesi öğretmenlerinin bilinçli farkındalık ve duygu yönetme becerileri arasındaki ilişkide öz yeterlilik inancının aracı rolü* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Şentürk, S. (2007). *5–6 yaş çocukların çalışan ve çalışmayan annelerinin çocuk yetiştirme tutumları ile bu çocukların sosyal-duygusal uyum düzeylerinin karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi, 35*, 82-86.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(3), 241–266.

Telef, B. B. (2013). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin öz-yeterliklerinin ve psikolojik belirtilerinin incelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 15*, 33–49.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.

Tidmarsh, L., & Volkmar, F. R. (2003). Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *48*(8), 517–525.

Top, Ü. F. (2009). Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: niteliksel araştırma. *Çocuk Dergisi, 9*(1), 34-42.

Toper, F. (2020). Yeni yoksulluk, sosyal dışlanma ve sosyal hizmet. M. Yılmaz & E. Günay (Ed.), *Farklı boyutlarıyla sosyal problemler: Sosyal politikalar ekseninde multidisipliner yaklaşımlar* içinde (s. 373–406). İksad.

Totsika, V., Hastings, R. P., Emerson, E., Berridge, D. M., & Lancaster, G. A. (2011). Behavior problems at 5 years of age and maternal mental health in autism and intellectual disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(8), 1137–1147.

Töret, G., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö. G., & Özkubat, U. (2014). Otizmli çocuğa sahip olan ebeveynlerin çocuklarının günlük yaşam özellikleri, günlük oyun etkileşimleri, problem davranışlar ve iletişim stillerine ilişkin görüşleri. *Ege Eğitim Dergisi*, *1*(15), 1-44.

Tunçel, A. (2017). *Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan annelerin depresyon, tükenmişlik ve umutsuzluk düzeylerinin çocuktaki otizmin ağırlık derecesine göre karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Turan, B., Esin, İ. S., Abanoz, E., & Dursun, O. B. (2020). Şüpheden tedaviye otizm spektrum bozukluğunda ailelerin gözünden yaşanan sorunlar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (15), 35-49.

Turğut, F. (2017). Tarihsel süreçte aile kurumunun dönüşümü ve geleceğine yönelik çıkarımlar. *Medeniyet ve Toplum Dergisi*, *1*(1), 93-117.

Türkkan, T. & Odacı, H. (2022). Söylemek mi gizlemek mi? Çocuk mağdurların cinsel istismarı açıklamalarını etkileyen faktörler. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 33*(3), 991-1008.

Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*(5), 251-260.

Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırlı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri, 5*(1), 8-15.

Valles, N. L., Harris, T. B., & Sargent, J. (2019). Mental health issues: Child physical abuse, neglect, and emotional abuse. *A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect*, 517-543.

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 505.

Ventriglio, A., Bhugra, D., Sampogna, G., Luciano, M., DeBerardis, D., Sani, G., & Fiorillo, A. (2020). From dysthymia to treatment-resistant depression: Evolution of a psychopathological construct. *International Review of Psychiatry, 32*(5-6), 471-476.

Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for depression in the general population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A systematic review with meta-analysis. *PloS One, 11*(5), e0155431.

Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 7*(8), e017173.

Weiss, J. A., Tint, A., Paquette-Smith, M., & Lunsky, Y. (2016). Perceived self-efficacy in parents of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Autism, 20*(4), 425-434.

Whitehouse, A. J., Durkin, K., Jaquet, E., & Ziatas, K. (2009). Friendship, loneliness and depression in adolescents with Asperger's Syndrome. *Journal of Adolescence, 32*(2), 309-322.

Wigham, S., Barton, S., Parr, J. R., & Rodgers, J. (2017). A systematic review of the rates of depression in children and adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(4), 267-287.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account with respect to gender and socio-economic status. *Journal of Mental Disorders and Psychological Medicine, 11*(1), 115–129.

Wright, M. O., Crawford, E. & Del Castillo, D. (2009) Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect, 33*, 59-68.

Yalçın, B.M., & Öztürk, O. (2016). Birinci basamakta majör depresif bozukluğa yaklaşım. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10*(4), 250-258.

Yalçın, H. (2014). Evlilik uyumu ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, *3*(2), 250-261.

Yancey, C. T., Naufel, K. Z., & Hansen, D. J. (2013). The relationship of personal, family, and abuse-specific factors to children's clinical presentation following childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence, 28*(1), 31–42.

Yayla, Y. (2007). *2001-2005 yılları arasında şanlıurfa adliyesindeki ceza mahkemelerine yansıyan davalarda ceza sorumluluğu kavramının incelenmesi.* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı.

Yazıcı, G. (2015). *Evli ve bekar yetişkinlerin genel öz-yeterlik ve benlik saygılarının incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yazkan, G. (2018). *Otizm spektrum bozukluğu (osb) tanısı almış çocukların aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzlarının depresyon ve kaygı düzeylerindeki rolü* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., & Stuart, E. A. (2013). The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 1380–1393.

Zaki, R. A., & Moawad, G. E. N. A. (2016). Influence of autism awareness on the psychological well-being of mothers caring for their children with autism. *Journal of Nursing Education and Practice, 6*(9), 90-100.

Zastrow, C. (2015). *Sosyal hizmete giriş*. (Çev. Ed. Çiftçi D.B.) 2.Baskı. Ankara: Nika Yayınevi.

Zengin Akkuş, P., Bahtiyar Saygan, B., İlter Bahadur, E., Çak, T., & Özmert, E. N. (2021). Otizm spektrum bozukluğu tanısı ile yaşamak: Ailelerin deneyimleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 15,* 272-279.

Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

8. EKLER

8.1. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi Psikolojik Danışman Enes Evci tarafından Prof. Dr. Erdinç Öztürk danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Bu çalışma *"Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar, Depresyon Düzeyi ve Ebeveyn Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesini"* amaçlamaktadır.

Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. Size yöneltilecek ölçek ve soru formlarında kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Alınan bilgilerle size bir tanı konmayacak veya bir tedavi sunulmayacaktır. Bu veriler ve araştırma sonuçları, toplu olarak bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bu çalışmanın Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar, Depresyon Düzeyi ve Ebeveyn Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkiyi anlamamız açısından önemi vardır.

Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamak ya da araştırmadan çekilmek size bir sorumluluk yüklemeyecektir.

"Aydınlatılmış Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu araştırmaya kendi isteğimle, gönüllü olarak katılıyorum ve soruları cevaplamaya başladıktan sonra istediğim zaman katılmaktan vazgeçebileceğim hakkında bilgilendirildim. Bana anlatılan bu araştırmaya, herhangi bir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

Gönüllü Katılımcı

Onay

Araştırmacı

Enes Evci

Psikolojik Danışman

8.2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli anneler/babalar;

Bu form, yüksek lisans tezi araştırması olan *''Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuğu Bulunan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar, Depresyon Düzeyleri ve Ebeveyn Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi''* amacıyla düzenlenmiştir. Vereceğiniz tüm yanıtlar gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmanın güvenilir olması vereceğiniz cevapların içtenliğine bağlıdır. Lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız.

1) Çocuğunuza yakınlık dereceniz:
   ( ) Anne ( ) Baba

2) Yaşınız:

3) Eğitim durumunuz:
   ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( )Lise
   ( ) Üniversite ( )Yüksek lisans ve üzeri

4) Mesleğiniz:

5) Aylık ortalama gelirinizi aşağıdaki seçeneklere göre işaretleyiniz?
   ( )5500 TL ve aşağısı
   ( )5501 TL-10.000 TL arası
   ( )10.001 TL- 15.000 TL arası
   ( )15.001 TL ve üzeri

6) Evlilik şekliniz?
   ( )Arkadaş ortamında tanıştık
   ( )İş ortamında tanıştık
   ( )İnternet ortamında tanıştık

( )Görücü usulü

( )Diğer

7) Kaç yıldır evlisiniz?

( ) 5 yıl ve aşağısı ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıl ve üzeri

8) Kaç çocuğunuz var?

( ) 1 ( ) 2-3 ( ) 4 ve üzeri

9) Aileniz toplamda kaç kişi (siz, eşiniz, çocuklar ve evde yaşayan diğer bireyler)

( ) 1-3 kişi ( ) 4-6 kişi ( ) 7 ve üzeri kişi

10) Evlilik problemleri yaşıyor musunuz?

( )Evet ( )Bazen ( )Hayır

11) Evlilik problemine bazen ya da evet cevabı verenler için en sık yaşadığınız evlilik sorunu nedir?

( ) Duygusal şiddet

( ) Fiziksel şiddet

( ) Duygusal ihmal

( ) Fiziksel ihmal

( ) Cinsel şiddet

( ) Kayınvalide/kayınpeder problemleri

( ) Çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlıklar

( ) Diğer

12) Kendinize zarar verdiğiniz oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

13) Üstteki soruya yanıtınız evet ise, hangi şekilde bu girişimi gerçekleştirdiniz?

( ) Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme ve/ya çizme

( ) Sigara ya da diğer yollarla yakma

( ) Saçlarınızı yolma

( ) Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma

( ) Diğer……

14) İntihar girişiminiz oldu mu?

( )Hayır ( )Evet

15) Evet ise lütfen belirtiniz;

( )1 kez ( ) 2-4 kez ( ) 5 ve daha fazla ( ) son 1 ay içinde

( ) 2-6 ay içinde ( ) 7-12 ay içinde ( ) 1 yıl ve daha öncesi

16) İntihar düşünceleriniz var mı?

( ) Hayır ( ) Evet

17) Evet ise lütfen belirtiniz;

( ) Her zaman ( ) Çoğunlukla ( ) Arada sırada ( ) Nadiren

18)Eşinizle olan ilişkiniz:

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

19) Çocuğunuzla ilişkiniz:

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

20)Annenizle olan ilişkiniz:

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

21)Babanızla olan ilişkiniz:

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

22) Herhangi bir suçun mağduru oldunuz mu? (Evet ise bu suç veya suçlar nelerdir?)

( )Evet (……)

( )Hayır

23) Adli bir olaya karıştınız mı? (Evet ise bu adli nitelikteki olay nedir?)

( )Evet (……..)

( )Hayır

24)Çocuğunuzun otizm derecesi?

( ) Hafif ( ) Orta ( ) Ağır

25)Otizmli çocuğunuzun cinsiyeti?

( ) Kız ( ) erkek

26)Otizmli çocuğunuzun yaşı? ……

27)Birden fazla çocuğunuz varsa otizmli çocuğunuz kaçıncı çocuğunuzdur?.....

28)Çocuğunuz kaç yaşında otizm tanısı aldı?.....

29)Çocuğunuz kaç yaşında otizme yönelik eğitim almaya başladı? .....

30)Otizmle ilgili aldığı eğitimler nelerdir? .....

( ) Uygulama okuluna gidiyor ( ) Rehabilitasyon merkezine gidiyor

( ) Dil-konuşma terapisine gidiyor ( ) Ergoterapiye gidiyor

( ) Fizyoterapi desteği alıyor ( ) Sportif faaliyetlere gidiyor

( ) Diğer…….

31)Otizm belirtilerini ilk kim fark etti?

( ) Anne- Baba ( ) Doktor ( ) Öğretmen ( ) Diğer

32)Çocuğunuzda gözlemlediğiniz erken dönem otizm belirtileri nelerdir?

( ) Geç konuşma / konuşamama

( ) Sosyal ilişkilerde ve iletişimde zayıflık

( ) Rutinlere bağlılık ve aynılıkta ısrar

( ) Sürekli tek bir oyuncakla oynama

( ) Sınırlı göz teması kurma / göz teması kuramama

( ) Çevresine karşı ilgisizlik (örneğin oyuncaklara, kişilere vb.)

( ) İsmine tepki vermeme / bakmama

( ) El çırpma, sıçrama, etrafında dönme gibi bazı tekrarlayıcı davranışlar

( ) Diğer…….……

33)Çocuğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor mu?

( ) Evet *(ise ilacın adı……..)*

( ) Hayır

34)Çocuğunuzun otizmle birlikte eş tanısı (başka bir tanısı) var mı?

( ) Evet *(ise belirtiniz…….……..)*

( ) Hayır

Aşağıdaki soruları tanı alan çocuğunuz için doldurunuz.

35)Çocuğunuzun dil gelişim düzeyi nedir?

( ) Konuşuyor ( ) Kısmen konuşuyor ( ) Konuşmuyor

36)Çocuğunuzun yemek-iştah ile ilgili problemleri var mı?

( ) Evet, var ( ) Kısmen var ( ) Hayır yok.

37)Çocuğunuzda uyku problemleri var mı?

( ) Evet, var ( ) Kısmen var ( ) Hayır yok.

38)Çocuğunuzda davranış problemleri(aşırı öfke, sinir krizleri vb.) var mı?

( ) Evet, var. ( ) Kısmen var ( ) Hayır yok.

39)Çocuğunuz tuvalet becerilerini bağımsız olarak yerine getirebiliyor mu?

( ) Evet, var. ( ) Kısmen var ( ) Hayır yok.

40)Otizmli çocuğunuzla evde destekleyici faaliyetler/etkinlikler yapıyor musunuz?

( ) Hayır

( ) Nadiren (ise bunlar nelerdir?.....
……
…….)

( ) Sık sık (ise bunlar nelerdir?.....
……
…….)

41)Çocuğunuzun eğitimine yeterince destek olduğunuzu düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

42)Tanı alan çocuğunuzla ilgilenirken eşinizden destek alıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

43)Kendi çocuklarınız için düşündüğünüzde aşağıdaki anne-baba tutumlarından hangisi sizin için daha yakındır?

( )Aşırı koruyucu

( )Otoriter

( )Tutarsız

( )İlgisiz

( )Destekleyici ve kabul edici

44)Bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

( ) Evet *(ise belirtiniz ……..)*

( ) Hayır

45)Şu an (psikiyatrik tanınız varsa) psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

( ) Evet *(ise belirtiniz ……)*

( ) Hayır

46)Daha önce psikolojik destek aldınız mı?

( )Hayır

( )Evet *(ise süresini belirtiniz ……)*

47)Daha önce psikolojik destek aldıysanız hangi amaç/amaçlar için aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

( ) Aile içindeki sorunlar

( ) Eşimle yaşadığım sorunlar

( ) Çocuklarımla ilgili sorunlar

( ) Kendimle ilgili sorunlar

( ) Diğer……..

8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLUĞUMDA YA DA İLK GENÇLİĞİMDE;

		Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3	Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim birşey yoktu.	1	2	3	4	5
11	Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12.	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5

13	Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14	Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16.	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17.	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.	Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış o lduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

8.4. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

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

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.5. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, bugün dâhil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

8.6. ÇOCUĞU OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ EBEVEYNLERDE EBEVEYN YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Çok fazla	**Fazla**	**Bazen**	**Az**	**Çok az**
1- Çocuğumun hastalığını kabullendim.					
2-Çocuğumla ilgilenirken sabırlıyım.					
3- Çocuğumun sözlerine ve davranışlarına karşı sabırlıyım.					
4-Çocuğumun hastalığı ve eğitimi hakkında farklı kişilerden ve kaynaklardan bilgi almaya çalışırım.					
5- Olumsuz hislerimin ve duygularımın üstesinden gelebilirim.					
6.Çocuğumun hastalığından utanıyorum					
7.Eşim ve akrabalarım koşullarımı anladıkça kendimi rahat hissediyorum.					
8-Allah'a güvendiğim ve dua ettiğim için içim rahat.					
9- Çocuğuma daha iyi bakım vermeleri için rehabilitasyon merkezlerine giderim.					
10. Yaşam koşullarımı iyileştirmek için maddi destek arıyorum					
11.Çocuğumun eğitimi ve bakımını sürdürdüğüm için kendimden memnunum.					
12. Başarılı bir Anne/Babayım.					
13. Bir eş olarak görevlerimi iyi yaparım.					
14. Kendi ilgi ve isteklerimi dikkate alırım					
15- Çocuğumun diğer aile üyeleri ile ilişkilerini geliştirebildim.					
16. Aile üyelerim çocuğumun bakım ve eğitiminde bana yardımcı olur.					
17. Çocuğuma olan sevgim, onun eğitimini devam ettirme motivasyonumu artırır.					
18. Çocuğumun iyileşmesini umarak onu eğitmeye devam ediyorum.					
19.Çocuğum bir şey öğrendiğinde, onun eğitimi için daha fazla istekli oluyorum.					

20. İnançlarım, beni öğrenmeye ve çocuğuma bakmaya devam etmem için motive ediyor.					
21**.** Çocuğuma iyi bakabilirim ve onda doğru davranışı oluşturabilirim.					
22.Çocuğumun geleceğini iyileştirebileceğime inanıyorum.					
23.Her koşulda çocuğumun eğitimini sürdürmekten kendimi sorumlu hissediyorum.					
24. Çocuğumun eğitimi için, çocuğuma uygun ortam ve zamanı sağlarım.					
25. Çocuğuma doğru davranışı oluşturmayı öğretirken çok dikkatli davranırım.					

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Enes EVCİ

Eğitimi

2014-2018: Sakarya Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

Mesleki Deneyim

Ünvan: Psikolojik Danışman

2023-Devam: Gündoğdu İlkokulu

2019-2023: Kahta Özel Eğitim Uygulama Okulu 1. ve 2. Kademe