T. C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

PROF. DR. ERDİNÇ ÖZTÜRK

KUMAR VE MADDE BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR VE KARANLIK ÜÇLÜ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZM. PSK. EMRE AYAR

İSTANBUL, 2024

T. C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

PROF. DR. ERDİNÇ ÖZTÜRK

KUMAR VE MADDE BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR VE KARANLIK ÜÇLÜ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZM. PSK. EMRE AYAR

İSTANBUL, 2024

28 Mayıs 2024, İstanbul

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SOSYAL BİLİMLER ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50. maddesi uyarınca İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Emre AYAR'ın *"Kumar ve Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar ve Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi"* adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır. Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK
Jüri Başkanı/Danışman

Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU
Üye

Doç. Dr. Can ÇALICI
Üye

Doç. Dr. Ş. Güliz KOLBURAN
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Pınar COHEN
Üye

BEYAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Tez Yazım Kılavuzu kurallarına uygun olarak hazırladığım *"Kumar ve Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar ve Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi"* başlıklı doktora tez çalışmamda;

- Doktora tezi içinde sunulan bilgiler ve veriler hem etik hem de akademik kurallara uygun olarak elde edilip sunulmuştur,
- Doktora tezi içinde tüm bilgiler, istatistiksel analizler ve bulgular, bilimsel ahlak ve etik kurallara uygun olarak yapılandırılmıştır,
- Doktora tez çalışmamda yararlanılan ve katkı sağlayan bilimsel yayınların tamamına atıfta bulunarak bu akademik yayınlar kaynak olarak gösterilmiştir,
- Doktora tez çalışmamdaki istatistiksel analizlerde kullanılan veriler ve analiz sonuçlarında hiçbir değişiklik yapılmamıştır,
- Doktora tezinin yazım aşamasında telif hakları ya da patent kurallarını ihlal eden bir davranışta bulunulmamıştır,
- Doktora tez çalışmam ile ilgili bu maddelerin tümüne dair her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ve beyan ederim.

Mayıs 2024, İstanbul

Uzm. Psk. Emre AYAR

KUMAR VE MADDE BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR VE KARANLIK ÜÇLÜ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre AYAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü,

Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi

Danışman: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ÖZET

Bağımlılık çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olup; etiyolojisinde genetik, psikososyal ve çevresel etkenlerin rol aldığı kronik, nörobiyolojik ve yaşam boyunca devam edebilen bir psikiyatrik hastalıktır. Bağımlılık ve psikotravmatoloji ekseninde yapılan araştırmalara göre kumar ve madde kullanım bozukluğu vakalarının büyük bir bölümü travmatizedir. İlgili literatür incelendiğinde kumar ve madde kullanım bozukluğu vakalarının %80'inde travmatik yaşantıların bulunduğu ve yine bu vakalarda yüksek oranda istismar ve ihmal öyküsünün olduğu görülmektedir. Bağımlılık, travmatik yaşantılar ve dissosiyasyon arasında ilişki olduğunu gösteren çok sayıda araştırma vardır. Doktora tez çalışmamızda kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişki modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden incelenmiştir. Bu eksende çalışmamızın temel amacı; kumar ve madde bağımlılarında çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. 15 Kasım 2021-15 Aralık 2023 tarihleri arasında, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü ve Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi

Merkezi'ne tanı veya tedavi için başvuran gönüllü bireylerden, amaçlı örnekleme yoluyla ulaşılan 40 madde kullanım bozukluğu ve 40 kumar oynama bozukluğu tanısı olan toplam 80 yetişkin vaka ile bu tez çalışması gerçekleştirilmiştir. Doktora tez çalışmamızda; Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi Temel Formu, South Oaks Kumar Tarama Testi ve Karanlık Üçlü Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların yaşı ile Bağımlılık Profil İndeksi Temel Formu toplam puanı arasında negatif yönde [r=-.516; p=.000]; South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puanı arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır [r=.417; p=.000]. Kumar oynama bozukluğu örnekleminin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması (32.35), madde kullanım bozukluğu örnekleminin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasından (25.38) istatiksel açıdan daha yüksektir. Madde kullanım bozukluğu örnekleminin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması ile Bağımlılık Profil İndeksi Temel Formu toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır [r=.340; p=.032]. Kumar oynama bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu örnekleminde Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır [r=.293; p=.008]. Kumar oynama bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu örnekleminde Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması ile Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır [r=.313; p=.005]. Kumar oynama bozukluğu örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması (43.97), madde kullanım bozukluğu örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamasından (38.47) istatiksel açıdan daha yüksektir. Kumar oynama bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki

vardır [r=.277; p=.013]. Kumar oynama bozukluğu örnekleminin Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalaması (54.22), madde kullanım bozukluğu örnekleminin Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamasından (36.67) istatiksel açıdan daha yüksektir. Kumar oynama bozukluğu örnekleminin South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır [r=.383; p=.013]. Kumar oynama bozukluğu örnekleminde Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutlarından duygusal istismarın, dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi bulgularına göre duygusal istismarın, dissosiyatif yaşantılar üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır; duygusal istismar, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasındaki varyansın %11'ini açıklamaktadır [R^2=.116; t=2.233; p=.032]. Kumar oynama bozukluğu örnekleminde Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutlarından duygusal istismarın, karanlık üçlü kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi bulgularına göre duygusal istismarın, karanlık üçlü kişilik özellikleri üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır; duygusal istismar, Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanındaki varyansın %12'sini açıklamaktadır [R^2=.123; t=2.305; p=.027]. Madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarının, BAPİ ile ölçülen bağımlılık düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi bulgularına göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin, bağımlılık düzeyi üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır; Bağımlılık Profil İndeksi Temel Formu toplam puanındaki varyansın %11'ini açıklamaktadır [R^2=.116; t=2.229; p=.032]. Doktora tezimiz, kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özelliklerinin ilk kez modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanalitik ekol perspektifinden değerlendirilmesi açısından özgün bir bilimsel araştırmadır. Bu araştırma, kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantıların ve karanlık üçlü kişilik özelliklerinin yüksek

oranlarda görüldüğünün ortaya çıkartılması açısından da oldukça önemlidir. Kumar ve madde bağımlılarında, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar, bu vakaların psikoterapilerinde ele alınması gereken temel odak noktalarıdır. Doktora tez çalışmamızdaki modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanalitik kuram perspektifinden kumar ve madde bağımlılığı örneklemi arasındaki ilişki ve farklılıkların değerlendirilmesi, bu kapsamda gerçekleştirilecek gelecekteki çalışmalara temel bilimsel katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kumar oynama bozukluğu; madde kullanım bozukluğu; modern psikotravmatoloji; dissoanaliz; çocukluk çağı travmaları; dissosiyatif yaşantılar; karanlık üçlü kişilik özellikleri; davranışsal bağımlılıklar; suç

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND DISSOCIATIVE EXPERIENCES AND DARK TRIAD PERSONALITY TRAITS IN GAMBLING AND SUBSTANCE ADDICTS

Emre AYAR

Istanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Forensic Sciences and Legal Medicine,

Department of Social Sciences, Doctoral Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ABSTRACT

Addiction is a multidimensional public health problem and is a chronic, neurobiological and life-long psychiatric disease in which genetic, psychosocial and environmental factors play a role in its etiology. According to research on addiction and psychotraumatology, a large proportion of gambling and substance use disorder cases are traumatised. When the relevant literature is examined, it is seen that 80% of gambling and substance use disorder cases have traumatic experiences and these cases also have a high rate of abuse and neglect history. There is a lot of research showing a correlation between addiction, traumatic experiences and dissociation. In this doctoral thesis study, the relationship between childhood traumas, dissociative experiences and dark triad personality traits in gambling disorder and substance use disorder cases was examined from the perspective of modern psychotraumatology principles and dissoanalysis theory. In this context, the main objective of our study is to evaluate the relationship between childhood traumas and dissociative experiences and dark triad personality traits in gambling and substance addicts. This thesis study was conducted with 80 adult cases (40 of the cases had substance use disorder, 40 of them had gambling disorder) who applied to Antalya Training

and Research Hospital Department of Psychiatry and Akdeniz University Addiction Treatment Center for diagnosis or treatment at between 15 November 2021 and 15 December 2023. In our doctoral thesis; the Demographic Information and Psychotraumatology Based Interview Form, the Childhood Trauma Questionnaire, the Dissociative Experiences Scale, the Addiction Profile Index Basic Form, the South Oaks Gambling Screen and the Dirty Dozen Scale were used. There is a negative relationship between participants' age group and the Addiction Profile Index Basic Form total score [r=-.516; p=.000], while there is statistically significant positive relationship between their ages and the South Oaks Gambling Screen total score [r=.417; p=.000]. The Dissociative Experiences Scale mean total score of gambling disorder sample (32.35) is statistically higher than the Dissociative Experiences Scale mean total score of substance use disorder sample (25.38). There is a statistically significant positive relationship between the Dissociative Experiences Scale total mean score of the substance use disorder sample and the Addiction Profile Index Basic Form total score [r=.340; p=.032]. There is a statistically significant positive relationship between the Childhood Trauma Questionnaire total score and the Dissociative Experiences Scale total mean score of gambling disorder and substance use disorder samples [r=.293; p=.008]. There is a statistically significant positive relationship between Dissociative Experiences Scale total mean score and the Dirty Dozen Scale total score of gambling disorder and substance use disorder samples [r=.313; p=.005]. The mean the Childhood Trauma Questionnaire total score of gambling disorder sample (43.97) is statistically higher than mean the Childhood Trauma Questionnaire total score of substance use disorder sample (38.47). There is a statistically significant positive relationship between the Childhood Trauma Questionnaire total score and the South Oaks Gambling Screen total score of gambling disorder and substance use disorder samples [r=.277; p=.013]. The Dirty Dozen Scale mean total score of gambling disorder sample (54.22) is statistically higher than the Dirty Dozen Scale mean total score of substance

use disorder sample (36.67). There is a statistically significant positive relationship between the South Oaks Gambling Screen total score and the Dirty Dozen Scale total score of the gambling disorder sample [r=.383; p=.013]. According to the regression analysis findings regarding the predictive effect of emotional abuse, one of the sub-dimensions of Childhood Trauma Questionnaire, on dissociative experiences in gambling disorder cases, emotional abuse have a significant effect on dissociative experiences; the Childhood Trauma Questionnaire emotional abuse scores explain 11% of the variance in the Dissociative Experiences Scale scores [R^2=.116; t=2.233; p=.032]. According to the regression analysis findings regarding the predictive effect of emotional abuse, one of the sub-dimensions of the Childhood Trauma Questionnaire, on the dark triad personality traits in gambling disorder cases, emotional abuse have a significant effect on the dark triad personality traits; the Childhood Trauma Questionnaire emotional abuse scores explain 12% of the variance in the Dirty Dozen Scale scores [R^2=.123; t=2.205; p=.027]. According to the regression analysis findings regarding the predictive effect of dissociative experiences on the addiction level measured by the Addiction Profile Index Basic Form in substance use disorder cases, the dissociative experiences have a significant effect on addiction level and characteristics; the Dissociative Experiences Scale total mean scores explain 11% of the variance in the Addiction Profile Index Basic Form scores [R^2=.116; t=2.229; p=.032]. This doctoral thesis is an original scientific study in terms of evaluating childhood traumas, dissociative experiences and dark triad personality traits in gambling disorder and substance use disorder cases from a modern psychotraumatology principles and dissoanalytic theory perspective for the first time. The study is also very important in terms of revealing that childhood traumas, dissociative experiences and dark triad personality traits are seen at high rates in gambling disorder and substance use disorder cases. Childhood traumas and dissociative experiences in gambling and substance addicts are cases that the main focal points that need to be addressed in terms

of psychological treatment of these cases. In our doctoral study, the evaluation of the relationship and differences between gambling and substance addiction sample from the perspective of modern psychotraumatology principles and dissoanalytic theory will provide basic scientific contributions to future studies to be carried out in this context.

Keywords: Gambling disorder; substance use disorder; modern psychotraumatology; dissoanalysis; childhood traumas; dissociative experiences; dark triad personality traits; behavioral addictions; crime

ÖNSÖZ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi'nde yürütülen *"Kumar ve Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar ve Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi"* başlıklı bu doktora tez çalışması Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK'ün danışmanlığında gerçekleştirilmiştir.

Adli bilimler ekseninde bağımlılık ve psikotravmatoloji alanında bana doktora tez çalışması yapma fırsatını veren, adli bilimler alanındaki doktora eğitimimde klinik ve teorik bilgi birikimini ve zamanını cömertçe bize sunarak öğrenci yetiştirme kavramının içini tam anlamıyla dolduran ve aynı zamanda bilimsel çalışmalarda akademik bakış açısının nasıl olması gerektiğini bana öğreten, rol model olan, her zaman cesaretlendirici ve destekleyici davranan, etik, çalışkan ve ilkeli bir akademisyen olma konusunda yaşantısı ve sağduyulu iletişim biçimi ile rehberlik yapan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanı, Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi Başkanı, çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK'e en içten teşekkürlerimi iletir ve saygılarımı sunarım.

Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü'nde kendisinden ders aldığım, adli psikiyatri alanında bakış açımı genişleten ve doktora tez izleme komitemde yer alarak pozitif, anlayışlı ve destekleyici tutumları ile tezin tamamlanmasına katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU'na teşekkür eder ve saygılar sunarım. Doktora tez izleme komitemde yer alan, destekleyici tutumları ile tezin tamamlanmasına katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bengisu Nehir AYDIN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Pınar COHEN'e teşekkür eder ve saygılar sunarım.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü öğretim üyeleri ve idari personellerine; özellikle bana tez döneminde her zaman destek olan, akademik gelişimimde kendisinden çok bilgi edindiğim, mesleki donanımını ve dikkatini benimle hep paylaşan, nazik ve sabırlı tutumunu her zaman içtenlikle takdir ettiğim Öğr. Gör. Dr. Görkem DERİN'e teşekkür eder ve saygılar sunarım. Doktora ders sürecinde tanıştığımız ve hep birlikte çalıştığımız değerli arkadaşım, sınıf arkadaşım, meslektaşım Dr. Kerem ÇETİNKAYA'ya desteklerinden ötürü teşekkür ederim.

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne, Psikiyatri Bölümü hekimlerine ve meslektaşlarıma; Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Merkezi (AMBAUM) öğretim üyeleri Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU ve Doç. Dr. Ali ERDOĞAN ile Psk. Mehmet GÜLENGÖZ'e desteklerinden dolayı teşekkür ederim. Tez sürecinde bize en büyük desteği sunan danışan ve hastalarımıza teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Kln. Psk. Hasan AKALIN'a, Kln. Psk. Uğurcan KOÇDEMİR'e Kln. Psk. Ferhat ŞEN'e mesleki işbirliğimiz adına teşekkürlerimi iletiyorum.

Değerli annem Fatma, babam Ali, ablam Emel, yeğenim Bade'ye; Sosyolog Kudret SAYLIK'a; değerli abim E. Hâkim Ali KILIÇ'a; ortağım ve abim Yücel AYDIN'a; arkadaşım İlker ÖZGÜN'e teşekkür ederim.

Çok değerli eşim Yeşim AYAR'a sonsuz teşekkürlerimi ve sevgimi sunarım.

Uzm. Psk. Emre AYAR

İstanbul, 2024

Bu doktora tez çalışmasını yaşama gözlerini birkaç gün önce açan oğlum

Ali Arden AYAR'a ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

BEYAN II

ÖZET III

ABSTRACT VII

ÖNSÖZ XI

İÇİNDEKİLER XIV

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ XVIII

KISALTMALAR XXIV

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 13

2.1. Bağımlılık 13

2.1.1. Madde Kullanım Bozukluğu 15

2.1.2. Madde Kullanım Bozukluklarının Etiyolojisi 18

2.1.3. Madde Kullanım Bozukluklarının Epidemiyolojisi 20

2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve Adli Bilimler 23

2.2. Davranışsal Bağımlılıklar 27

2.2.1. Kumar Oynama Bozukluğu 30

2.2.2. Kumar Oynama Bozukluğunun Etiyolojisi 34

2.2.3. Kumar Oynama Bozukluğunun Epidemiyolojisi 36

2.2.4. Kumar Oynama Bozukluğu ve Adli Bilimler 38

2.3. Psikotravmatoloji 41

2.3.1. Ruhsal Travma Kavramı 42

2.3.2. Modern Psikotravmatoloji: Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları 44
2.3.3. Dissoanaliz Kuramı: Psikotoplumsal Terapi 47
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları 49
2.3.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları Kavramı 49
2.3.4.2. Fiziksel İstismar 54
2.3.4.3. Duygusal İstismar 56
2.3.4.4. Cinsel İstismar 58
2.3.4.5. İhmal 60
2.3.4.6. Disfonksiyonel ve Patolojik Ailelerde İstismar Edici İletişim Stilleri 61
2.3.4.7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler 67
2.4. Dissosiyasyon 70
2.4.1. Dissosiyasyon Kavramı 70
2.4.2. Dissosiyatif Bozukluklar 72
2.4.2.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu 73
2.4.2.2. Dissosiyatif Amnezi 76
2.4.2.3. Depersonalizasyon ve Derealizasyon Bozukluğu 78
2.4.2.4. Tanımlanmış Diğer Bir Dissosiyatif Bozukluk 80
2.4.2.5. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk 82
2.4.3. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi 82
2.4.3.1. Sosyo-Bilişsel Model 84
2.4.3.2. Travma Modeli 84
2.4.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları 85
2.4.3.4. Disfonksiyonel Aile Dinamikleri 86
2.4.4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi 88
2.4.5. Dissosiyatif Bozukluklar ve Adli Bilimler 90

2.5. Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri 94
2.5.1. Kişilik ve Karanlık Üçlü Kavramı 94
2.5.2. Psikopati 96
2.5.3. Narsisizm 97
2.5.4. Makyavelizm 99
2.5.5. Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri ve Adli Bilimler 100
3. GEREÇ VE YÖNTEM 102
3.1. Araştırmanın Modeli 102
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 103
3.3. Veri Toplama Araçları 104
3.3.1. Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu 104
3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) 105
3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) 106
3.3.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 107
3.3.5. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) 108
3.3.6. Karanlık Üçlü Ölçeği (KÜ) 108
3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 109
3.5. İstatistiksel Analiz 110
4. BULGULAR 111
5. TARTIŞMA 179
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 203
7. KAYNAKÇA 219
8. EKLER 252

8.1. Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu 252

8.2. Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu..... 254

8.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 259

8.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) 265

8.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) 267

8.6. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) 274

8.7. Karanlık Üçlü Ölçeği (KÜ) 278

9. ÖZGEÇMİŞ 279

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I: Katılımcıların Demografik Özellikleri 112

Tablo II: Katılımcıların Aile ve Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikler 114

Tablo III: Katılımcıların Medeni Durumu 116

Tablo IV: Katılımcıların Ebeveynleri ile İlişki Düzeyi 117

Tablo V: Katılımcıların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikler 118

Tablo VI: Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve Tedavi Durumu 120

Tablo VII: Katılımcıların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma ve Şiddete Tanık Olma Durumu .. 121

Tablo VIII: Katılımcıların İntihar Girişimlerine İlişkin Betimleyici Veriler 122

Tablo IX: Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışlarına İlişkin Betimleyici Veriler . 123

Tablo X: Katılımcıların Sigara ve/veya Alkol Kullanımına İlişkin Betimleyici Veriler 124

Tablo XI: Katılımcıların Suç Deneyimine İlişkin Özellikleri 125

Tablo XII: Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Göre Betimleyici İstatistikleri .. 126

Tablo XIII: KOB Örnekleminin Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Göre Betimleyici İstatistikleri 128

Tablo XIV: MKB Örnekleminin Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Göre Betimleyici İstatistikleri 130

Tablo XV: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları 132

Tablo XVI: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekans Dağılımı 134

Tablo XVII: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi,

Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları 135

Tablo XVIII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 136

Tablo XIX: MKB Örneklemi Katılımcılarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 137

Tablo XX: Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına ve Alt Boyutlara Göre Frekans Dağılımı 138

Tablo XXI: Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 140

Tablo XXII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 141

Tablo XXIII: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 142

Tablo XXIV: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil

İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 143
Tablo XXV: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 144
Tablo XXVI: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 145
Tablo XXVII: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 146
Tablo XXVIII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 147
Tablo XXIX: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 148
Tablo XXX: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil

İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 149

Tablo XXXI: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 150

Tablo XXXII: Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları 151

Tablo XXXIII: Katılımcıların Ailesindeki Kişi Sayısına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları..... 153

Tablo XXXIV: Katılımcıların Anne ile İlişki Düzeyine Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları..... 154

Tablo XXXV: Katılımcıların Baba ile İlişki Düzeyine Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları..... 156

Tablo XXXVI: Katılımcıların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South

Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları 158
Tablo XXXVII: KOB Örnekleminin Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 160
Tablo XXXVIII: MKB örnekleminin Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 161
Tablo XXXIX: Katılımcıların Aile İçi Şiddete Tanık Olma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları 162
Tablo XL: KOB Örneklemi Katılımcılarının Aile İçi Şiddete Tanık Olma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 163
Tablo XLI: MKB Örneklemi Katılımcılarının Aile İçi Şiddete Tanık Olma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 164
Tablo XLII: Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar

Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları..... 165

Tablo XLIII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 166

Tablo XLIV: MKB Örneklemi Katılımcılarının Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları 167

Tablo XLV: Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları 168

Tablo XLVI: Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Puanlarına Göre Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları..... 170

Tablo XLVII: KOB Örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Puanlarına Göre Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları..... 172

Tablo XLVIII: MKB Örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Puanlarına Göre Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları..... 174

Tablo XLIX: Kumar Oynama Bozukluğu Vakalarında Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyasyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları..... 176

Tablo L: Kumar Oynama Bozukluğu Vakalarında Çocukluk Çağı Travmalarının, Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları 177

Tablo LI: Madde Kullanım Bozukluğu Vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Bağımlılık Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları 178

Tablo LII: KOB ve MKB Vakaları ile Gerçekleştirilen ve Tartışmaya Dahil Edilen Güncel Çalışmalar 181

Şekil I: Tarih Boyunca Çocuk Yetiştirme Stilleri (deMause 1997; Öztürk, 2020b) 52

Şekil II: SHÇEK-UNICEF (2010) Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu, 7-18 Yaş Arası Çocukların Maruz Kaldıkları İstismar Türleri 56

Şekil III: Dissosiyatif Bozukluk Savunması Yapılan Davalar: Suç ve Ceza kararları (Kabene ve ark., 2022) 93

Şekil IV: Psikopatinin Dört Boyutu 97

KISALTMALAR

APA: American Psychiatric Association

ASAM: American Society of Addiction Medicine

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

BMYK: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

ÇÇT: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DKB: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

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

ICD: International Classification of Disease

KOB: Kumar Oynama Bozukluğu

KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TUR: Türkiye Uyuşturucu Raporu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Found

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık, kişilerin aile dinamiklerini, kişilerarası ilişkilerini ve iş hayatlarını olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olup; etiyolojisinde genetik, psikososyal ve çevresel etkenlerin rol aldığı kronik, nörobiyolojik ve yaşam boyunca devam edebilen bir hastalıktır. Psikiyatrinin, klinik psikolojinin ve adli psikolojinin en temel çalışma alanlarından biri olan bağımlılık, modern psikotravmatoloji literatüründe travmatik yaşantılar ve dissosiyasyon ekseninde ele alınmaktadır (Öztürk, 2022a). Kumar ve madde kullanım bozukluğu vakalarında travmatik yaşantıların sıkça deneyimlendiği belirtilmektedir. İlgili araştırmalarda kumar ve madde kullanım bozukluğu vakalarının %80'inin travmatik yaşantılarının olduğu, bu vakalarda yüksek oranda istismar ve ihmal öyküsünün bulunduğu bildirilmektedir. Bağımlılık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki odaklı çok sayıda bilimsel çalışma olmasına rağmen kumar ve madde kullanım bozukluğu örneklemlerinde gerçekleştirilen araştırmalar ise oldukça sınırlıdır (Herron & Venner, 2023; Korvuo ve ark., 2023; Najavits ve ark., 2023). Bu doktora tez çalışmasında kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişki modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden incelenmiştir.

Bağımlılık kavramı, toplumsal bağlamda sıkça kullanılsa da psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması sistemlerinde bir ruhsal bozukluk terimi olarak kullanılmamaktadır ki bu konu ile ilgili literatürde "*kullanım bozukluğu*" terimi yer almaktadır. Madde bağımlılığı olarak doktora tez çalışmamızda ele aldığımız kavramın tanısal terim olarak literatürdeki kullanımı "*Madde Kullanım Bozukluğu (MKB)*"; kumar bağımlılığı olarak ele aldığımız kavramın tanısal terim olarak literatürdeki karşılığı ise "*Kumar Oynama Bozukluğu (KOB)"* dur (APA, 2013). Bu çalışmada madde bağımlılığı için madde kullanım bozukluğu; kumar

bağımlılığı için ise kumar oynama bozukluğu kullanılmaktadır. Doktora tez çalışmamızda madde ile ilişkili olan bağımlılıklar için madde kullanım bozukluğu ve madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklar içinse kumar oynama bozukluğu terimi kullanılmaktadır.

Bağımlılık, madde, alkol veya belirli bir davranışa yönelik yoğun istek, durduramama ve başarısız bırakma girişimleri, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, madde aramak ve kullanmak için yoğun çaba-zaman harcama, iş-aile-sosyal yaşamın olumsuz yönde etkilenmesine rağmen kullanmaya devam etmek ile karakterizedir (APA, 2013). Dünyada her yıl, madde bağımlılığı ile ilişkili olarak yaklaşık 12 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Madde bağımlılığının küresel boyuttaki yaygın zarar verici etkisine rağmen genel olarak madde kullanım bozukluğu halk sağlığı sorunu olmaktan ziyade bireysel bir sorun olarak görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu vakaları; "*zayıf*", "*iradesiz*" ve "*ahlaksız*" gibi toplumsal stigmatizasyonlara maruz kalmaktadır (Cheron & Kerchove d'Exaerde, 2021). Madde bağımlılığı kapsamında genellikle uyuşturucu ve uyarıcı etkisi olan opiyat ve halüsinojen gibi psikoaktif maddeler tercih edilmektedir. Madde bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutta önemli etiyolojik risk faktörlerini kendi içerisinde barındıran ve bireyler üzerinde davranışsal etkisi olan bir hastalıktır. Madde bağımlılığı sürecinde birey adeta bir kısır döngünün içerisinde yer almaktadır. Madde kullanım bozukluğu ya da madde bağımlılığı; madde arayışı-temin edilmesi ve kullanımı, madde isteği (aşerme), dürtü denetiminde zorlanma, başarısız bırakma girişimleri, tolerans gelişimi, nüks (relaps) -bırakma girişiminden sonra madde kullanımı- ve tekrarlı madde kullanımı sonucu beyin nörofizyolojisinde bozulmayla gelişen kronik beyin hastalığıdır (Kumar Pandit ve ark., 2022).

Türkiye'de yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2.7 olup, bu kişilerin tercih ettikleri maddeler arasında ilk sırada kannabinoid gelirken ikinci sırada ise inhalan türü maddeler yer almaktadır (Özkan, 2016). Madde kullanımının ve yaygınlığının son yıllarda giderek arttığını

söylemek mümkündür. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gün geçtikçe madde kullanımı daha çok bireyin yaşamını negatif yönde etkilemekte olup, adeta öznelerin hayallerinin solmasına, aile birliğinin bozulmasına ve bireylerin yaşamını yitirmesine sebep olmaktadır (Duman, 2021). Adli açıdan Türkiye'de 5237 sayılı 12.10.2004 tarihinde yayınlanan Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun 191. maddesi uyarınca, opiyat ve halüsinojen gibi uyuşturucu maddelerin veya narkotiklerin kullanımı, bulundurulması, üretimi ve ticareti suç teşkil etmektedir. Literatürde geçmiş yıllardan bugüne kadar ruhsal bozukluklar ile suç arasında istatistiksel ilişki olduğu öne sürülmüştür. 21. yüzyılın başından günümüze kadar yapılan çalışmalarda psikiyatrik vakaların şiddet içeren davranış ve suça karışma sıklığının genel toplum popülasyona göre daha yüksek oranda olduğunu belirten bilimsel çalışmalar bulunmasına rağmen (Ayar & Ayar, 2021; Kumar Pandit ve ark., 2022), psikopatoloji ve suç arasında direkt bir ilişki olduğunu iddia etmek hem oldukça güç hem de bilimsel açıdan doğru değildir (Öztürk, 2020a). Bağımlılarda yapılan adli psikiyatri çalışmalarında genellikle suç geçmişi, intihar girişimi öyküsü ve kendine zarar verici davranışlarına odaklanılmıştır. Psikiyatrik vakaların şiddet içeren davranış göstermediği ve suça karışmadığı da bilinmektedir, psikiyatrik tanısı olanlar klinik olmayan popülasyona göre suç açısından daha fazla tehlike teşkil etmemektedir. Ancak psikiyatrik tanısı olup aynı zamanda alkol-madde kullanımı, psikiyatrik tedaviye uyumsuzluk ve geçmiş suç öyküsü gibi belirli özellikler olduğunda ise suça dahil olmaya ilişkin istatistiki veriler değişmektedir (Ayar & Ayar, 2021).

Davranışsal bağımlılıklar, narkotik bir maddeye bağlı olmayan ve belirli davranışlara yönelik bağımlılıkları ifade eden bir bağımlılık türüdür. Bu bağımlılık türü, adli psikiyatri ve adli psikoloji disiplinlerinde sıkça incelenmektedir. Davranışsal bağımlılıklar; oyun, internet, bilgisayar, televizyon, kumar ve sanal kumar oyunları gibi bağımlılıklar ile elektronik kumar makineleri gibi daha çok makine-insan etkileşiminin olduğu teknolojik bağımlılıkları kapsamaktadır (Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu [BMYK], 2022). Son yıllarda

literatürde henüz bilimsel olarak net bir konsensüs oluşmasa da alışveriş, seks, spor ve egzersiz türü davranışsal bağımlılıklar ile ilgili çalışmalar da yer almaya başlamıştır. Davranışsal bağımlılıklar, haz almak amacıyla tekrarlayan davranış örüntüleri, davranışa yönelik yoğun istek ve davranış üzerinde kontrolün kaybedilmesi olarak tanımlanmaktadır (Evren, 2020). Madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklar kategorisinde olan davranışsal bağımlılıklar arasında yer alan kumar oynama bozukluğu, bireyin kişisel, ailesel veya mesleki işlevselliğini bozacak düzeyde kumar oynama davranışının kontrol edilememesiyle karakterize olup, tekrar eden, istenmeyen, uzun süreli ve süreğen kumar oynama davranışı şeklinde açıklanmaktadır (Çakmak & Tamam, 2018). Kumar oynama davranışı ve kumar oynama bozukluğu (KOB) birbirinden farklı kavramlardır, ilki davranışı ikincisi ise ruhsal bozukluğu tanımlamakta olup; her kumar oynayan kişi KOB tanısı almamaktadır. KOB vakaları, kumar oynayan yetişkinlerin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır (Evren & Bozkurt, 2016). Kumar oyunları hemen hemen her kültürde mevcut olduğundan patolojik kumar da her yerde mevcuttur; KOB'un yaşam boyu prevalansı %0.2-5.3 arasında değişim göstermektedir (Nautiyal ve ark., 2017). KOB vakalarında kumar oynama davranışı; psikiyatrik bozukluklar, ekonomik kayıplar, yasal açmazlar, intihar girişimleri ve yaşam kalitesinde azalma gibi birçok alanda majör sorunlara yol açmaktadır (Black ve ark., 2013; Koyu, 2021).

Kumar oynama bozukluğu; psikanaliz, öğrenme kuramları, bilişsel teoriler, nörotransmiter temelli nörobiyolojik yaklaşımlar ve genetik çalışmalar ile açıklanmaya çalışılsa da bu psikiyatrik hastalığın çok boyutlu doğasını ve karmaşık yapısını geçmişten günümüze dek tek bir etiyolojik model tam ve kapsamlı biçimde açıklayamamıştır (George & Murali, 2005). Aile ve kültür özellikleri odağında, bireyin kumar içerikli oyunlara erken dönemlerden itibaren maruz kalması, tanıklık etmesi, erken yaşta kumar oyunlarını deneyimlemesi, eşlik eden psikiyatrik tanı geçmişi ve çocukluk çağı travmaları (Slutske, 2001), aile ve ebeveynlerde kumar oynama bozukluğu öyküsünün olması, bireyde kumar

oynama bozukluğunun gelişimi için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Nautiyal ve ark., 2017). Çocukluk çağı travmaları açısından kumar oynama bozukluğunun etiyolojisine bakıldığında, ailede ebeveynin ölümü, ayrılık, boşanma, bir ebeveyn tarafından 15 yaşından önce terk edilme veya ebeveyn ihmali (yokluk, tutarsızlık veya kabalık) gibi örseleyici yaşantılar öne çıkmaktadır (Tufekcic ve ark., 2021; Wardle ve ark., 2018). Kumar bağımlılığı, adli bilimler alanında da üzerine çalışılan çok yönlü bir kavramdır. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Resmi Gazete 17863 sayılı 9.11.1982 tarihinde yayınlanan "*Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*" 58. maddesinde alkol, madde ve kumar kavramlarına yer verilmiştir. 58. maddede devletin gençleri alkol düşkünlüğünden ve uyuşturucu maddelerden koruması ile kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan, cehaletten ve suçluluktan koruması için gerekli tedbirleri alması yer almaktadır. Bu maddede, devletin kumar oynanmamasına, alkol ve madde kullanımına ilişkin anayasal görevlerini tanımlanmaktadır. Kumar oyunlarının oynanması Türkiye Cumhuriyeti 5326 sayılı 31.03.2005 tarihli Kabahatler Kanunu'nun 34. maddesi gereğince "*kabahat*" olarak yer alırken; kumar oyunlarının oynanması için imkan ve mekan sağlama ise TCK'nın 228. maddesinde "*suç*" olarak tanımlanmaktadır (Babayiğit, 2018). KOB ve suç literatürü incelendiğinde kumar bağımlılarının kumar oyununda maddi değer olarak bahise verecekleri para ya da değerli herhangi bir eşyası kalmadığında ise tekrar kumar oynayabilmek amacıyla suça yönelebildiği değerlendirilmiş olup bu odakta yapılan bir bilimsel çalışmada kumar bağımlılığı ve suça yönelim arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (İncekara & Taş, 2022). Kumar bağımlılığı ile suç ve/veya illegal davranışları inceleyen bilimsel çalışmaların sayısı az olmakla birlikte ilgili çalışmalar incelendiğinde, toplum örneklemi üzerinde benzer sonuçları olduğu görülmüş; ancak kumar bağımlılığı örnekleminde daha çok suç davranışından ziyade *"ihlal"* düzeyinde davranışların yaygın olduğu bulgulanmıştır (Grant & Chamberlain, 2022).

Kumar ve madde bağımlılığının önemli etiyolojik faktörleri arasında yer alan ruhsal travma, bireyin yaşadığı stres yaratan bir olay veya durum ile öznenin psikolojik yönden başa çıkma kapasitesi arasında yaşamsal bir uyumsuzluk olduğunda meydana gelen (Öztürk, 2020a; Şar, 2017) genel olarak örseleyici yaşantıya maruz kalanların çok boyutlu ya da çeşitli psikiyatrik bozukluk belirtileri verebilmesine sebep olan hem toplumsal hem de bireysel boyutları olan ruhsal süreçler ve davranışsal tepkiler şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk ve ark., 2019). Travma kavramı kişinin bedensel varlığını ve ruhsal bütünlüğünü çok farklı şekillerde sarsan, yaralayan ve inciten her türlü olay ve/veya durum için kullanılmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016). Travmatik durumlar ve olaylar bireylerde, madde ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar ve alkol kullanım bozuklukları, depresyon ve kaygı bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar gibi birçok ruhsal hastalığın gelişmesine yol açabilmektedir (Derin & Öztürk, 2018; Ross, 2007). Travma ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar ve örseleyici yaşantılar ekseninde ele alan en temel ve en önemli psikoloji alt alanı "*psikotravmatoloji"*dir (Öztürk, 2022a).

Psikotravmatoloji, özde ruhsal travma çalışmaları olarak tanımlanır; bu çalışma alanı travmatik olay ve durumlarla ilişkili bireylerin ve toplumun verdiği psikiyatrik tepkilere, ruhsal travmaların terapötik tedavilerine ve örseleyici yaşantıları önleme çalışmalarına odaklanmaktadır (Öztürk, 2022a). Psikotravmatolojinin odak konuları, travmatik yaşantıların insan psikolojisine etkileri ve psikopatolojilere dönüşümünün değerlendirilmesi, tedavisinin yürütülmesi, yangın, sel ve deprem türü doğal afet düzeyindeki olaylar ile duygusal, fiziksel ve cinsel anlamda kötüye kullanılma ile istismar; terör, savaş, sığınmacılık, göç ve yerel çatışmalar gibi insan odaklı felaket düzeyindeki yaşam olayları sonucu ortaya çıkan *"travmatik stres"* ve *"travmatik dissosiyasyon"* konularını içermektedir (Derin & Öztürk, 2020). Öztürk (2023)'ün güncel tanımlamasına göre *"modern psikotravmatoloji";* ani, kısa veya uzun süreli örseleyici yaşam deneyimlerinin hem insan psikolojisine ve ruhsal uyumuna

olan kısa veya uzun dönemli ruhsal etkilerini hem de yaşam boyu süren psikiyatrik bozukluklara dönüşümünü kapsamlı bir eksende değerlendirerek travma ile ilişkili ruhsal hastalıkların yine travma odaklı yaklaşımlarla psikoterapisini gerçekleştiren, özellikle çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon, dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu temel alanlarında çalışmalar yapan bir psikoloji alanıdır (Öztürk & Derin, 2023).

Çocukluk çağı travmaları, çağlar boyunca şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, kuşaklararası psikopatoloji aktarımları, psikotoplumsal baskılar, kuşaklararası travma geçişleri, zorunlu göçler, savaşlar, terörizm, kitlesel ve bireysel dissosiyasyon deneyimlerini teorik ve klinik çalışmalarla öne çıkarak klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerine bilimsel katkı sunmakta ve akademik bilgi düzeyini yükseltmektedir (Öztürk, 2020b). Öznelerin deneyimlediği her sıkıntı verici olay ya da durum "*ruhsal travma*" olarak nitelendirilmez, travmatik olayın ya da durumun niteliği ve olaya verilen tepkiler de dikkate alınmalıdır; bireyin olay üzerindeki kontrol kaybı, yetersizlik algısı, çaresizlik, aile öyküsü, sosyal destek algısı, toplumun travmatik olaya bakış açısı gibi etkenler olayı ya da durumu "*ruhsal travma*" penceresinden değerlendirebilmemizi sağlayan başlıca unsurlardır (Öztürk, 2020a).

Ruhsal travma kavramının merkezinde yer alan çocukluk çağı travmaları, birçok psikiyatrik bozukluğun etiyolojisinde temel risk faktörü olarak işlev görmektedir; bireyde davranışsal, bilişsel ve sosyal alanda sorunlar oluşturmaktadır. İnsan, tüm canlılar içinde gelişimsel süreci en uzun süren ve en çok bakım desteğine ihtiyaç duyan canlıdır. Doğumdan hemen sonra yenidoğanın, hayatta kalmak için gerekli tüm ihtiyaçları, beslenme en başta olmak üzere, çok uzun bir süre annesi ya da ona bakım veren tarafından karşılanır (Demir, 2019; Öztürk, 2020b). Bebeklik ve çocukluk dönemleri ise evrensel olarak benzer zamanlarda birbirine yakın süreçler (bakım, tutum, ilgi, ebeveyn davranışları vb.) içermektedir; ancak tarihsel olarak eski dönemlere bakıldığında ise günümüzle geçmiş arasında büyük farklılıklar

vardır. Çocuğun gelişim sürecinde maruz kaldığı aile içi şiddet, disfonksiyonel aile dinamikleri (şımartılma, okutulmama ve yüksek beklenti düzeyi), ihmal ile fiziksel, cinsel ve duygusal istismar literatürde en çok odaklanılan çocukluk çağı travmalarıdır (Öztürk, 2020a).

Çocuk istismarı, 0-18 yaş grubundaki çocuğun, ebeveynleri ve/veya bakım verenleri tarafından, toplumsal değerler ve meslek profesyonelleri tarafından zarar verici veya uygunsuz olarak görülen ve çocuğun biyopsikososyal gelişimsel sürecini olumsuz yönde etkileyen, ket vuran ya da engelleyen kaza dışı önlenebilir eylem ve/veya eylemsizlik halinin tamamı olarak adli psikoloji literatüründe tanımlanmaktadır (Dokgöz & Polat, 2020). Tüm dünyada ve tüm toplumlarda görülen çocuk istismarı küresel bir olgudur ve %5-18 arasında yaygınlık oranına sahiptir (Clayton ve ark., 2018; Odacı & Türkkan, 2021). Adli bilimlerin temel araştırma konularından biri olan çocukluk çağı travmaları ve çocuk istismarına yönelik ülkemizde kanun, sözleşme ve yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne 1990 yılında ilk imza atan devletler içerisinde yer almaktadır. Bu sözleşme 1995 yılında Resmî Gazete'de yayınlanarak resmi iç hukuk kuralına dönüşmüş olup, çocuğa yönelik tutum ve davranışları içeren evrensel standartları belirleyen ve bağlayıcı olan ilk belgedir; bu sözleşme çocuğa yönelen şiddet davranışlarına ve istismara karşı küresel alanda açık bir koruma getirmeyi hedeflemiştir. Türkiye'de, *"5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu"*, *"TCK"* ve *"6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesi Kanunu"* kronik çocukluk çağı travmaları ve çocuk istismarına yönelik ceza, usül ve düzenlemeleri kapsamaktadır.

Ruhsal travma ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkili bir kavram olan dissosiyasyon, normalde bütünlük içerisinde olan duygu, algı, bellek, bilinç, kimlik, motor kontrol ve davranışta sürekliliğin olmaması ve/veya ayrışma olarak tanımlanır (Şar, 2018); ancak dissosiyasyonun en güncel operasyonel tanımı ise, çoklu ve bölünmüş bilinç sisteminin yoğun

ve aşırı biçimde entegrasyon çabasının kendisidir (Öztürk, 2022a). Dissosiyatif bozuklukların yaygın belirtileri; paralizi (güç veya fiziksel fonksiyon kaybı), konuşamama, duyusal kayıp, görsel bozukluklar, amnezi, bilinçte bölünme ve konfüzyondur. Dissosiyatif bozukluk vakaları çeşitli psikiyatrik semptomlar gösterebilirler ve bu psikiyatrik semptomlar zamanla değişiklik gösterebilir. Dissosiyatif semptomlar, birçok ruhsal bozukluk ile yakından ilişkilidir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kaygı ve depresyon bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, panik bozukluk ve kişilik bozuklukları, dissosiyatif belirtiler ile yakından bağlantılı olan psikiyatrik hastalıklardır (Lyssenko ve ark., 2018). Dissosiyasyon, yaşamın erken yıllarında çocuğun, travmatik olayı anlamlandırma ve baş etme çabasıyla ilişkili bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır; ancak yaşın ilerlemesi ile travmatize bireyin ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde kullandığı, baş etme mekanizmaları psikopatolojik bir tabloya dönüşebilmektedir (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif bozuklukların kökenini oluşturmaktadır. Dissosiyatif bozukluklar, sıklıkla ve tekrar eden biçimde, çocukluk döneminde yaşantılanan çocukluk çağı travmaları ve intihar girişimi ile karakterize olmakla birlikte klinik psikoloji ve psikiyatri alanında çok eksende incelenen bir tanı grubudur (Öztürk, 2003; 2017; 2020a). Dissosiyatif bozuklukların değerlendirilmesi ve psikoterapisinde *"Dissoanaliz Kuramı"* önemli ve güncel bir etiyolojik yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Öztürk'ün geliştirdiği *"Dissoanaliz Kuramı",* en kısa ve öz ifade ile *"psikotoplumsal terapi"*nin ta kendisidir (Öztürk, 2022b).

Dissoanaliz, bireysel ve toplumsal travmaların kısa dönemli tedavisine ve örseleyici yaşantıları önleme stratejilerine odaklanan bir bilimsel yaklaşımdır. Bu yöntem, erken yaşlardan itibaren başlayan kronik çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili dissosiyatif bozuklukları ele almak için psikotravmatoloji ve psikotarih perspektifinden modern psikoterapi yöntemlerini kullanmaktadır. Dissoanaliz, bireysel ve toplumsal travmaların temel dissosiyojenik bileşenlerini bütüncül bir şekilde ele alarak nötralize etmeyi amaçlamaktadır

(Öztürk, 2022b). Dissoanaliz kuramının temel misyonu, sürekli gelişim gösteren ve bütünleştirici bireyler ve/veya toplumlar yaratmaktır. Dissoanalitik ekolün temel amacı ise, sağduyulu, şefkatli, adil, yetenekli ve empatik bireylerden oluşan, gelişim odaklı, psikolojik açıdan normal ve işlevsel toplumları hakim kılmaktır. Toplum, bireylerin bir araya getirdiği bütünden çok daha da fazlasıdır, toplumun içinde bireysel özellikler, bireylerde ise toplumsal özellikler majör farklılıklar gösterebilmektedir (Öztürk, 2022b; Öztürk & Derin, 2023).

Kişilik özellikleri, ruhsal bozuklukların etiyolojisinde önemli yer tutmakta ve etiyolojik araştırmalarda sıkça çalışılmaktadır, bireyin kişilik özellikleri ruhsal bozuklukların gelişimi ve prognozu üzerinde etkili olmaktadır. Karanlık üçlü; psikoloji, adli psikoloji ve psikiyatri çalışmalarında ve literatürdeki güncel bilimsel çalışmalarda yer bulan yeni bir kavramdır. Karanlık üçlü kişilik özellikleri, psikopatoloji düzeyinde olmayan ancak psikopatolojiye yakın özelliklere sahip, narsisizm, makyavelizm ve psikopati olmak üzere üç kişilik tipini kapsayan bir şemsiye kavramdır (Temelli ve ark., 2021). Hak sahipliği düşüncesi, üstünlük ve baskınlık, yüzeysel sosyal etkileşim, aldatma, manipülatif davranışlar sergileme, yoğun dürtüsellik, anti-sosyal davranışlarda bulunma ve kişilerarası düşmanlık karanlık üçlü kişilik özellikleriyle en yakından ilişkili bireysel karakteristiklerdir (Jonason ve ark., 2015). Paulhus ve Williams (2002), karanlık üçlü kavramı ile karanlık üçlü kişilik tiplerini literatüre kazandırmıştır ve geçmişten bugüne kadar ki uzamda, karanlık üçlü kişilik özelliklerini inceleyen çok sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır (Irfan ve ark., 2022; Jauk & Dieterich, 2019; Jonason ve ark., 2015; Rogoza & Cieciuch, 2020). Karanlık üçlü kişilik özelliklerinin birbiriyle ilişkili olduğu, bu üç kişilik tipinin ortak özelliklere ve kendilerine özgü kandırma ve duygusal manipülasyon yöntemlerine sahip olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bencillik, ahlak gelişimindeki yetersizlik ve duyarsızlık gibi karakteristikler de bu üç karanlık kişilik tipinde ortak olarak gözlemlenmektedir (Irfan ve ark., 2022; Jonason ve ark., 2015).

Psikopati, davranışsal olarak dürtüsel, risk alıcı, antisosyal özelliklere sahip ve suç davranışı gösterme olasılığı yüksek kişilik özellikleridir; bu kişilik özelliğine sahip bireyler kişiler arası ilişkilerde büyüklenmeci ve benmerkezci, manipülatif, zorlayıcı ve esnek olmayan görünüme sahiptirler (Temelli ve ark., 2021). Narsisizm, hala devam eden bir dönüşüm süreciyle mitolojideki Narkissos'un efsanesine benzetilerek ortaya çıkan bir kavramdır. Narsisizm, Otto Rank ve Sigmund Freud'un psikanaliz üzerine yazılarıyla başlamış ve bugün aktüel hayatımızın bir parçası haline gelmiştir (Schmidt, 2019). Narsisizm, bireyde kısa vadeli popülerlik arzusu, yüksek statü beklentisi, liderlik pozisyonlarına ulaşma çabası, uzun süreli ilişkileri sürdürememe ve uyumsuzluk gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Araştırmalar, narsisist bireylerin kendilerine yönelik bir tehdit algıladıklarında saldırgan davranışlar sergileyebildiğini ve adli süreçlere dahil olabileceğini göstermektedir (Dudeck ve ark., 2007; Jones & Paulhus, 2010). Makyavelizm, temelde klinik anlamda tanı kriterleri olan bir kişilik bozukluğu olmaktan ziyade, Christie ve Geis'in (1970) çalışmalarına ilham veren ünlü politikacı Nicolo Machiavelli'nin isminden gelmektedir (Uysal Irak & Saltoğlu, 2020).

Makyavelizm, bireyleri kendi hedefleri doğrultusunda kullanma, aldatma ve manipüle etme gibi kişiler arası stratejileri uygulamayı ifade etmektedir. Makyavelist kişiler, toplumsal birlik, ailevi meseleler ve kendini sevme gibi değerleri geri plana atarak, para, güç ve rekabeti öncelikli hale getirebilirler (Jones & Paulhus, 2009; Temelli ve ark., 2021). Makyavelist özelliklere sahip olan bireyler, kişisel çıkarlarını öncelikli tutarlar ve ahlaki kurallara pek aldırmazlar, ayrıca başkalarını incittiklerinde vicdan azabı veya pişmanlık gibi duyguları daha az hissederler (Paulhus & Williams, 2002). Ayrıca, makyavelist bireyler öz ve genel ifade ile pragmatik, taktiksel ve stratejik davranmaktadırlar ki aynı zamanda ahlaksız, manipülatif ve alaycı bir yapıya sahiptirler (Rogoza & Cieciuch, 2020). Muris ve arkadaşları (2017), üç kişilik özelliği ile ilgili olarak tutarsız davranışlar, cinsellikle ilgili sorunlar, saldırganlık ve suça yatkınlık, duygusal eksiklik, kötü sağlık durumu, zorluklar, kişilerarası problematik

ilişkiler, etik açmazlar ve antisosyal davranış paternleri gibi olumsuz psikososyal sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir; bu ilişkinin gücü psikopatide en yüksek, makyavelizmde orta ve narsisizmde ise en düşük seviyededir (Uysal Irak & Saltoğlu, 2020). Bu doktora tez çalışmasında kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişki modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Öztürk'ün modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı ekseninde yapılandırılan klinik odaklı doktora tez çalışmamızın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler şunlardır:

H1: Kumar oynama bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H2: Kumar oynama bozukluğu vakalarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu vakalarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H3: Madde kullanım bozukluğu vakalarında dissosiyatif yaşantılar, bağımlılık özelliklerini ve düzeyini istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yordamaktadır.

H4: Kumar oynama bozukluğu vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir.

H5: Kumar oynama bozukluğu vakalarında Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı ile South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

Bağımlılık kavramı, insanlık tarihi kadar eski olduğu varsayılan ve genellikle "*birey*" odağında sıklıkla üzerinde çalışılan bir kavramdır. Bağımlılık, antik Mısır belgelerinde, antik Yunan Mitolojisi'nde, edebi metinlerde, şiirlerde, sağlık-tıp literatüründe, romanlarda, toplumsal hayatta ve bireysel düzeyde bazen tam da yakınımızda deneyimlediğimiz bir ruhsal bozukluktur. Disiplinler arası sıkça çalışılan bağımlılık; alt tipleri ile kapsamı genişleyen bir tanıma sahiptir. Bağımlılık, madde, alkol kullanımı veya davranışa yönelik, yoğun istek, durduramama ve başarısız bırakma girişimleri, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, madde aramak ve kullanmak için yoğun çaba-zaman harcama, iş-aile-sosyal yaşamın olumsuz yönde etkilenmesine rağmen kullanmaya devam etme ile karakterizedir (APA, 2013). Tarihsel süreçte bireyler kendi travmatik deneyimleri sonucunda bazı nesnelere, içeceklere, maddelere ve davranışlara yönelik aşırı kullanım sonucu farklı patolojik bağlanma paternleri geliştirmişlerdir. Çin'de 12.000 yıl öncesinde insanların ödüllendirme amaçlı "*alkol"* tüketimine, Eski Sümerler'in neşelenmek amaçlı "*haşhaş-afyon*" kullanımına, Güney Amerika'da 3000 yıl öncesine tarihlenen "*koka*" yaprağı çiğnenmesine ait tarihsel kalıntı-buluntular maddeler ve insanlığın geçmişine yönelik bize fikirler sunmaktadır. Zamanla bu davranış ve alışkanlıkların devam etmesi ile alkol/madde kullanım sıklığının ve kullanılan miktarın artması bağımlılık kavramının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Olsen, 2022).

Bağımlılık kavramı dilimizde tarihsel süreç içerisinde çeşitli adlandırmalara maruz kalsa da tıp literatüründe ilk kez 1800'lü yıllarda bağımlık kavramı ele alınmıştır. 1700'lü yılların son çeyreğinde Benjamin Rush, alkol ile ilgili bir ruhsal probleme dikkat çekse de ancak 1800'lü yıllarda yavaş yavaş tıp literatüründe de "*hastalık"* olarak kabul edilmeye başlamıştır, tedaviyle ilgili süreçlerin başlaması ise 1900'lü yıllara tarihlenmektedir (Olsen,

2022). Bağımlılık, kişinin belirli bir etkiyi elde etmek için madde veya alkol kullanmasını gerektiren, uzun süreli kullanım veya sonrasında ortaya çıkan fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlara rağmen kullanımın devam etmesi durumudur (Darçın ve ark., 2015). Madde veya alkol kullanımını bırakma çabalarının başarısız olması, giderek artan madde/alkol miktarının artmasıyla tolerans gelişmesi ve bireysel ya da sosyal sorunlara rağmen kullanımın durdurulamaması durumunu tanımlayan bir ruhsal bozukluktur (Ayar & Ayar, 2021). Bağımlılık, etiyolojisinde genetik, psikososyal ve çevresel etkenlerin rol aldığı kronik, nörobiyolojik ve yaşam boyu sürebilen bir hastalıktır (Derin ve ark., 2021). Bağımlılık ve psikotravmatoloji ekseninde yapılan araştırmalara göre kumar oynama ve madde kullanım bozukluğu vakalarının, büyük bir bölümü travmatik yaşantı bildirmektedir (Çetin Şeker ve ark., 2019). Bernstein'in (2000) çalışmasına göre kumar oynama ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocuk istismar ve ihmali oranı yaklaşık %80'dir. Madde bağımlılığının etiyolojisi ile ilgili literatür, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar arasında doğrudan bağlantı olduğunu göstermektedir (Bernstein, 2000; Çetin Şeker ve ark., 2019; Schimmenti ve ark., 2022).

Bağımlılık kavramı, toplumsal bağlamda sıkça kullanılsa da psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması sistemlerinde bir terim olarak kullanılmamaktadır ki bu konu ile ilgili literatürde "*kullanım bozukluğu*" terimi yer almaktadır. Madde bağımlılığı olarak doktora tez çalışmamızda ele aldığımız kavramın tanısal terim olarak literatürdeki kullanımı "*Madde Kullanım Bozukluğu (MKB)*"; kumar bağımlılığı olarak ele aldığımız kavramın tanısal terim olarak literatürdeki karşılığı ise "*Kumar Oynama Bozukluğu (KOB)"* dur (APA, 2013). Psikiyatri terminolojisine 1964 yılında bağımlılık kavramıyla girmiş olsa da güncel terminolojide kullanım bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (Toker Uğurlu ve ark., 2020). Bu çalışmada madde bağımlılığı için madde kullanım bozukluğu; kumar bağımlılığı için ise kumar oynama bozukluğu kullanılmaktadır. Bağımlılık ile ilişkili bozukluklarla ilgili

çalışmalarda genellikle alkol ve madde kavramları öne çıkmaktadır; bu tez çalışmasında ise madde ile ilişkili olan bağımlılıklar çerçevesinden madde kullanım bozukluğu ve madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklar yelpazesinden ise kumar oynama bozukluğu yer almaktadır.

2.1.1. Madde Kullanım Bozukluğu

Madde, bir kütlesi olan, boşlukta yer kaplayan, duyularla algılanabilen nesne ve her türlü varlık veya molekül gibi çeşitli sözcük tanımlamalarına sahiptir; ancak bu tez çalışmasında "*madde*" olarak ele aldığımız kavram, tıp alanında psikoaktif madde olarak nitelendirilen, beynin fonksiyonlarını etkileyen, duyu, algı, davranış, bilinç ve ruhsal durumda değişikliklere sebep olan kimyasal maddelerdir. Madde bağımlılığı, zararlı sonuçlarına rağmen madde kullanımını bırakmada zorlanma ya da bırakamama ile ortaya çıkan kronik beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Tuncer & Şimşek, 2022). Etken bir etiyolojik ajan olarak madde bağımlılığı, dünya çapında her yıl 11,8 milyon insanın hayatını kaybetmesiyle yakından ilişkilidir (Cheron & Kerchove d'Exaerde, 2021). Bu geniş çaplı etkisine rağmen madde kullanım bozukluğu halen halk nezdinde toplumsal bir sorun olarak değil de bireysel bir sorun olarak görülmeye devam etmekte ve madde bağımlılığı vakaları; "*zayıf*", "*iradesiz*" ve "*ahlaksız*" gibi toplumsal stigmatizasyonlara maruz kalmaktadır (Cheron & Kerchove d'Exaerde, 2021). Modern psikoterapi yaklaşımları, madde bağımlılığını biyopsikososyal çerçevede ele almaktadır; biyolojik, psikolojik ve davranışsal etkisi olan ve hem toplumu etkileyen hem de toplumdan etkilenen kronik bir hastalıktır (Kumar Pandit ve ark., 2022).

Madde bağımlılığı sürecinde birey kısır döngünün içerisinde yer almaktadır; bu döngü madde arayışı-temin edilmesi ve kullanımı, madde isteği (aşerme), dürtü denetiminde zorlanma, başarısız bırakma girişimleri, tolerans gelişimi, nüks (kayma, relaps) yani bir bırakma girişiminden sonra madde kullanımı ve tekrarlı madde kullanımı sonucu beyin nörofizyolojisinin bozulmasıyla oluşan kronik beyin hastalığıdır (Kumar Pandit ve ark.,

2022). Madde, genel-şemsiye bir kavramdır ve kendi içerisinde sınıflandırılmaktadır. Bağımlılık yapan maddeler arasında sigara, nikotin içeren tütün ürünleri, kafein, alkol, uyku verenler, opiyatlar, psikomotor uyarıcılar, sentetikler, merkezi sinir sistemini baskılayanlar, uçucu maddeler ve halüsinojenler bulunmaktadır. Bu maddelerin çeşitleri, hastalığın tanısal özellikleri ve belirtileri çerçevesinde kategorize edilmiştir (Ögel, 2002).

Madde bağımlılığı, ruhsal bozukluklar içerisinde tanısal olarak en güncel olan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından (2013) yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders Fifth Edition [DSM-5])'te "*Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları*" ana başlığı altında 10 ayrı madde kümesi ekseninde tanımlanmaktadır. Bu başlık altında, alkolle ilişkili, kenevirle ilişkili, tütünle ilişkili, kafeinle ilişkili, halüsinojenle ilişkili, inhalanla ilişkili, opiyatla ilişkili, uyarıcıyla ilişkili, uyutucu ya da kaygı gidericiyle ilişkili ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeyle ilişkili ruhsal bozukluklar olarak yer almaktadır. Belirtilen 10 madde kümesi birbirinden tam olarak veya net biçimde ayrışmayabilir. DSM-5'te madde ile ilişkili ruhsal bozukluklar; madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı psikiyatrik bozukluklar olarak iki kategoriye ayrılmaktadır. Maddenin neden olduğu sorunlar arasında, sarhoşluk (zehirlenme), yoksunluk ve madde/ilaç kaynaklı psikiyatrik hastalıklar (psikotik bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar, depresyon ve anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar) yer almaktadır (APA, 2013). Beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkileyen herhangi bir madde, aşırı veya yoğun bir şekilde alındığında, davranışın pekişmesine ve anıların oluşmasına neden olarak, bu durum, ödül dizgesinin aşırı aktive olması nedeniyle rutin aktivitelerin gerçekleştirilmesini engelleyebilir (Demir, 2019). Bağımlılık kriterlerinin değerlendirilmesi için sorunlu madde kullanımıyla, en az on iki ay boyunca ve en az aşağıdaki iki belirtiyle kendini gösteren ve de klinik olarak

belirgin sıkıntıya neden olan ya da işlevselliği azaltan bir durum söz konusudur (APA, 2013). DSM-5'te madde ile ilişkili ruhsal bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları başlığı kapsamında 10 farklı madde, kullanım kümesi genelinde ortak belirti özellikleri şu şekildedir:

I. *Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.*
II. *Bir maddeyi kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.*
III. *Bir maddeyi elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.*
IV. *Bir maddeyi kullanmaya ilişkin yoğun arzu ya da maddeyi kullanmak için çok büyük istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.*
V. *İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici madde kullanımı.*
VI. *Bir maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.*
VII. *Bir madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.*
VIII. *Yineleyici biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda maddeyi kullanma.*
IX. *Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımını sürdürme.*
X. *Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:*

   a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde maddeyi kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

XI. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Bir maddeye özgü yoksunluk sendromu belirtileri bulunması.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde alınır.

2.1.2. Madde Kullanım Bozukluklarının Etiyolojisi

Amerikan Bağımlılık Tıbbı Derneği (American Society of Addiction Medicine [ASAM]), bağımlılığı karmaşık bileşenli yapısı olan ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlarken, etiyolojik olarak ise; beyin yapısı, genetik faktörler, çevre ve bireysel yaşam deneyimlerini öne çıkarmaktadır (Olsen, 2022). Bağımlılık, etiyolojisinde genetik, psikososyal ve çevresel etkenlerin rol aldığı kronik, nörobiyolojik ve yaşam boyunca devam edebilen bir hastalıktır (Derin ve ark., 2021). Bağımlılığın biyolojik etiyolojisinde, nörofizyolojik yapısında maddeye duyulan özlem, bireyin temel fizyolojik güdülerinden farklı nöral substratlar içermekte olup; bu bağlamda uzun süreli madde kullanımı nörofizyolojik olarak frontal alan ve limbik sistem yapısıyla ilişkilendirilmiştir (Toker Uğurlu ve ark., 2020). Genetik faktörler yaklaşık olarak %40 oranında bu hastalıkta etiyolojik olarak etkiliyken, toplumsal ve çevresel faktörler ise daha kilit bir role sahiptir (Olsen, 2022; Winstanley, 2008). Madde bağımlılığının başlıca çevresel risk faktörleri arasında aile gelmektedir. Madde bağımlılığı nedeniyle tedavi gören kişilerin aile yapısının incelendiği bir araştırmada, madde kullananların %29.5'inin parçalanmış aileden geldiği (boşanma, ayrı yaşama, ebeveynlerden birinin ölümü) gözlenmiştir (Derin ve ark., 2021; Şimşek ve ark., 2014). Madde bağımlılığıyla ilişkili diğer aile faktörleri arasında; aile içi çatışma, anne-baba eğitim düzeyi, soğuk ve samimiyetsiz ebeveyn-çocuk ilişkisi, duygusal destek eksikliği, ebeveynlerin memnuniyetsiz

tutumu, yönlendirici tutumların eksikliği, karşılıklılığı olmayan aile içi ilişkiler, ebeveyn-çocuk etkileşimi ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri yer almaktadır (Derin ve ark., 2021).

Çocukluk çağı travmaları, bağımlılık etiyolojisinde çevresel faktörlerin etkisini vurgulamaktadır; bu olumsuz çocukluk çağı deneyimleri arasında, aile içi şiddete tanık olma, istismar, ihmal, evde madde kullanımına tanık olma ve ebeveynlerde ruhsal bozukluk öyküsünün varlığı öne çıkmaktadır (Olsen, 2022). Madde kullanım bozukluğu vakalarında, çok sayıda travmatik yaşantı bulunmaktadır (Çetin Şeker ve ark., 2019). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir çalışmada TSSB vakalarında, TSSB tanısı olmayanlara göre 2-4 kat daha fazla madde kullanım bozukluğu tanısının olduğu bildirilmiştir (McCauley ve ark., 2012). TSSB vakalarında, alkol ve madde kötüye kullanımı %73 oranında görülmektedir; madde kötüye kullanımının ise TSSB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında olduğu bildirilmiştir (Bilgiç, 2011). Bernstein'in (2000) çalışmasına göre, alkol/madde kullanım bozukluğu vakalarında yüksek oranda (%80) travmatik yaşantılar ile çoğunlukla çocukluk çağına ilişkin ihmal ve istismar öyküleri görülmektedir. Madde kullanım bozukluğunun etiyolojisinde, literatürde kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar arasında yakın ilişki olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Bernstein, 2000; Çetin Şeker ve ark., 2019; Schimmenti ve ark., 2022).

Bağımlılık ve psikotravmatoloji ilişkisini açıklayan farklı etiyolojik modeller literatürde yer almaktadır. Khantzian (1997) tarafından tanımlanan "*self medikasyon hipotezi*" bu modellerden birisidir. Alkol ve madde kullanımı ile psikotravmatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen teori ve yaklaşımlar, bu alanda en yoğun kabul gören etiyolojik açıklamalardır (Çetin Şeker ve ark., 2019). Self medikasyon hipotezine göre, bireyler travmatik deneyimler sonucu ortaya çıkan fiziksel ve psikopatolojik belirtiler ile duygusal dalgalanmaları bastırmak adına alkol/madde kullanımına yönelmekte ve bu da kullanım miktarını, sıklığını ve de

bağımlılık riskini arttırmaktadır (Aldemir & Tan, 2011). Schimmenti ve arkadaşları (2022), özellikle ihmal ve istismar öyküsü içeren çocukluk çağı travmaları ile madde bağımlılığı arasındaki etiyolojik etkenleri self medikasyon hipotezine dayandırmıştır. Bu bağlamda birey, ruhsal entegrasyonunu sağlamak, yaşadığı ağır travmaya dair duygularını bilinçten uzaklaştırmak için problemli madde kullanım davranışları geliştirir, başka bir ifadeyle madde harici bir düzenleyici, regülatör görevi üstlenmektedir; birey, çocukluk çağı travmasına ilişkin farkındalıklarını geçici olarak zihninden uzaklaştırma çabası içerisindedir (Schimmenti ve ark., 2022). Çocukluk çağı travmaları, intihar eğilimi, kendine zarar verme davranışları ve madde kullanımı gibi yüksek riskli davranışlar ile ilişkilidir, birey bu davranışları ve bağımlılığı adeta kendi kendine bir tedavi yöntemi olarak görebilmektedir (Cabanis ve ark., 2021). Çocukluk çağı travmalarının madde bağımlılığında dolaylı veya doğrudan etkisi vardır, çocuk ya da birey madde kullanımını kendisini tedavi etme yolu olarak görmektedir. Hatta yaşanan travmanın türü bağımlılıkta tercih maddesini de etkilemektedir, cinsel istismar öyküsü olan bireyler daha çok sakinleştirici etkisi olan opiyat türü maddeleri tercih ederken, fiziksel ya da duygusal ihmal öyküsü olan bireyler ise uyarıcı etkisi olan kokain ve ekstazi türü maddeleri tercih maddesi olarak kullanmaktadır (Schimmenti ve ark., 2022).

2.1.3. Madde Kullanım Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Madde kullanım bozukluğu, psikiyatrik bir tanı olmasının ötesinde kolektif bir psikotoplumsal fenomen olarak da ilgili araştırmalarda sıklıkla incelenmektedir. Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği ve Türkiye gibi birçok kurum ve ülke belirli aralıklarla düzenli olarak madde kullanımı ve yaygınlığına ilişkin veriler sunmaktadır. Bu konu ile ilgili aktüel bilimsel istatistikler, 2021 yılına aittir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Ofisi (UNODC) *"2021 Dünya Uyuşturucu Raporları"*na göre, dünya çapında yaklaşık 275 milyon insan madde kullanmış olup 2010 yılına göre kıyaslandığında bu oran, %22'lik bir

artış anlamına gelmektedir. Esrar ve benzeri maddeler dünya çapında yaklaşık olarak 200 milyon kullanıcıyla en yaygın kullanılan illegal maddedir. Opioid kullanım bozukluklarına bağlı ölüm oranı, 2020 yılında 2010'a göre dünya genelinde dramatik bir şekilde %41 artış göstermiştir (UNODC, 2021). ABD'de madde kullanımı yaşam boyu prevalansı %10 olarak bildirilmiştir, 2019 yılı ABD Ulusal Madde Kullanımı ve Sağlık Araştırması'nda 12 yaş üzeri yaklaşık 57,2 milyon kişinin bir kez de olsa madde kullanımı olduğunu, yaklaşık 23 milyon kişinin ise patolojik düzeyde madde kullanıcısı olduğu belirtilmiştir (Ignaszewski, 2021).

Türkiye'de yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur; tercih maddesinde ilk sırada kannabinoid gelirken ikinci sırada inhalan türü maddeler yer almaktadır (Özkan, 2016). Ülkemizde yayınlanan, *"Türkiye Uyuşturucu Raporu (TUR) 2021"*e göre, madde bağımlılığı tanı ve tedavisine ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından "*2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı"*na uyumlu olarak diğer kuruluşlarla ve kurumlarla iş birliği içinde yürütülmektedir. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2021'e göre ülkemizde madde bağımlılığının tanı ve tedavisi ayaktan ve yatarak tedavi olarak sunulmakta olup, 2020 sonu itibariyle 133 madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmakta, 55 merkezde hem ayaktan hem de yatarak, 78 merkezde ise sadece ayaktan tedavi hizmeti yürütülmektedir. 2020 yılında bu tedavi merkezlerine yapılan toplam ayaktan madde bağımlılığı tedavisi için başvuru sayısı 211.991 kişi iken, yataklı tedavi merkezlerine yapılan başvuru sayısı ise 12.269'dur. Aynı şekilde 2020 yılında madde bağımlılığı tanı ve tedavi sürecine başvuran bireylerin %36.5'i ilk kez tedavi gördüğünü, %63.5'i ise daha önce en az bir defa tedavi gördüğünü; cinsiyet dağılımına göre %91.3'ünün erkek, %8.7'sinin kadın olduğu; bireylerin ilk madde kullanım yaşının 15-24 yaş arasında dağılım gösterdiği bildirilmiştir. 15-24 yaş, madde bağımlılığı tanılı ve tedavi sürecine başvuran bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında %1.7'sinin hiç okula gitmediği, %91'inin 1-8 yıl eğitim aldığı, %7.3'ünün ise 9-12 yıl arasında eğitim aldığı bildirilmiştir (TUR, 2021).

Türkiye'de genç ve genç yetişkinler arasında madde kullanımı bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Madde kullanımının en yüksek olduğu Türkiye'deki bölgeler sırasıyla; Batı Anadolu (%3.3), Akdeniz (%1.5), Orta Anadolu (%1.1) ve Güneydoğu Anadolu (%1)'dur (Duman, 2021; Vatandaş ve ark., 2015). TUR 2021'e göre madde bağımlılığı tanısı ile tedavi gören bireylerin kullandığı madde türlerine göre oransal dağılımlarına bakıldığında; %55.1'inin opiyat, %15.3'ünün metamfetamin, %11.7'sinin esrar, %4.5'inin sentetik kannabinoid, %2.4'ünün kokain, %1.9'unun ekstazi, %1.4'ünün uçucu madde ve %2.6'sının ise diğer maddelerin kullanımdan dolayı tedavi süreci içinde olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalar farklı yöntemlerle gerçekleştirilmesine rağmen, araştırmaların benzer sonuçlar ortaya koyduğu gözlemlenmektedir. Son yıllarda ülkemizde madde kullanımının ve yaygınlığının arttığı söylenebilir. Madde bağımlılığı, Türkiye'de her geçen gün daha fazla insanın hayatını etkileyerek hayallerin solmasına, ailelerin parçalanmasına ve gençlerin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (Duman, 2021).

Bağımlılık ve psikotravmatoloji eksenindeki epidemiyoloji çalışmaları incelendiğinde, ülkemizde İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHH) Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)'ne başvuran bireylerle gerçekleştirilen bir bilimsel araştırmanın sonuçlarında, alkol/madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerde TSSB prevalansı %31 olarak bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada TSSB vakalarının %46'sında alkol/madde kullanım bozukluğu görülmüştür (Çetin Şeker ve ark., 2019). Çocukluk çağı travmalarının, bağımlı popülasyonda genel popülasyona göre %30-59 oranında daha yaygın olduğu, travmatik deneyimleri olan bireylerin geçmişindeki yaşantıların içeriğine bakıldığında ortaya çıkmaktadır (Aldemir & Tan, 2011). Çocukluk çağı travmaları, intihar eğilimi, kendine zarar verme davranışları ve madde kullanımı gibi yüksek riskli davranışlar ile ilişkilidir; birey bu davranışları ve bağımlılığı kendi kendine bir tedavi yöntemi olarak algılayabilmektedir

(Cabanis ve ark., 2021). Madde kullanım bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişkiyi incelemek ve anlamlandırmak adına yapılmış olan çok sayıda bilimsel araştırma bulunmaktadır (Öztürk, 2020a). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif bozukluklar yaygın olarak gözlemlenmektedir ki bu konu ile ilgili bir çalışmada 185 dissosiyatif bozukluk vakasının %57'sinde madde kullanımı olduğu bulunmuştur (Öztürk, 2020a; Quintanilla ve ark., 2012).

2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve Adli Bilimler

Madde kullanım bozukluğu, sadece sağlık açısından değil, aynı zamanda sosyal ve adli boyutlarıyla da önemli bir psikotoplumsal sorundur; bağımlılığın biyopsikososyal bir sorun olarak tanımlanması kapsamında önemli bir odak noktası olan *"sosyal"* yönü içinde adli konular ve suç kavramı da ele alınmaktadır (Ayar & Ayar, 2021). Madde kullanımı, bireyleri kural tanımama, kendine ya da çevreye zarar verme ve engellenmeye karşı tolerans gösterememe gibi davranışlara yönlendirebilir; suça sevk edebilir hatta bazen suç işlerken bilincin kontrol mekanizmasını zayıflatmak amacıyla da madde kullanılabilir (Altuner ve ark., 2009). Madde bağımlılığı toplumsal düzeyde, yoksulluk, suç, gelir eşitsizliği, düşük eğitim seviyesi, bozulmuş istihdam yapısı, kişilerarası şiddet, marjinalleşme ve artmış stres düzeyi gibi toplumsal risk faktörleri arasında yer almaktadır. Türkiye; Afganistan, Pakistan ve İran gibi ülkelerde üretilen opiyat gibi narkotik maddelerin Avrupa'ya, Avrupa'da üretilen sentetik ve uçucu narkotik maddelerin ise Ortadoğu ülkelerine transfer edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kıtalar arası bir geçiş noktası olan Türkiye, bu sebeple Avrupa'da en fazla narkotik madde yakalanan ülkeler arasında yer almaktadır (Ignaszewski, 2021).

Türkiye, sosyoekonomik refah düzeyi açısından gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında yüksek bir nüfusa sahip olması ve narkotik madde üretim pazarlarına yakınlığı sebebiyle narkotik madde ticaretinden negatif yönde etkilenen ülkelerin başında gelmektedir (Duman,

2021). Türkiye, coğrafi konumu ve genç nüfus yapısı sebebiyle narkotik madde ticaretinin en yoğun olduğu "*Balkan Rotası*" üzerinde bulunmaktadır; bu durum, uluslararası toplumun da terörizm ve insan kaçakçılığı gibi önemli toplumsal sorunlarından biri haline gelmiştir. Türkiye jeopolitik konumu itibariyle, madde bağımlılığıyla ilgili önemli bir dezavantaja sahiptir. Madde bağımlılığı ile ilgili Adalet Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı'nın istatistik verilerinde Türkiye'de uyuşturucu madde kullanım bozukluğuna sahip olan kişilerin toplam nüfus içindeki payının sürekli olarak artış gösterdiği dikkat çekmekte olup, 2017 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun %1.54'ü uyuşturucu-uyarıcı madde kullanmakta olup en çok kullanılan maddelerin ise uyuşturucu-uyarıcı madde yelpazesindeki opiyat ve esrar olduğu tespit edilmiştir. Adalet Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı kaynaklarından elde edilen bilgilere göre 2019 yılında illegal maddelerle bağlantılı olduğunu düşünülen suçlardan 81.540 kişinin hüküm giydiği görülmekte olup, Türkiye'nin aynı yıl uyuşturucu maddeyle mücadele kapsamında kamu harcaması payı ise 1.461.955.782 TL'dir (Öztürk, 2023c).

Halihazırda Türkiye hukukunda narkotik madde ticaretine ek olarak madde kullanımının kendisi de suç kapsamına girmektedir. Madde kullanımı olan birey, bağımlı olduğu maddeyi alabilmek için gereken parayı temin etmek amacıyla, hırsızlık, gasp, fuhuş ve cinayet gibi suçlar gerçekleştirebilmektedir (Altuner ve ark., 2009). Literatür incelendiğinde madde kullanımı ile suç arasında istatiksel ilişki vardır, madde kullanımı saldırganlık ve şiddet davranışını tetikleyerek hem suçu hem de suça yönelimi artırmaktadır. Toker Uğurlu ve arkadaşları (2020) tarafından Türkiye örnekleminde 97 bağımlı birey ile yürütülen çalışmada, madde kullanımının suç davranışı riskini beş kat arttırdığı ve gasp-darp-cebir suçlarının oransal açıdan daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Türkiye'de Asan ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM polikliniğine başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerini, madde kullanım alışkanlıklarını, suça karışma sıklıklarını ve sosyo-kültürel faaliyetlerini incelemiştir; bu

çalışmaya göre, vakalarda %14 alkol, %53 opiyat, %5 esrar, %3 uçucu, amfetamin, kokain ve %22 karma madde kullanımının olduğu ortaya çıkmıştır. İlgili çalışmaya katılan vakaların %21.5'i madde kullanımından önce yasal sorun yaşadığı, madde kullanımından önce yasal sorun yaşama oranının ise en yüksek opiyat %20.5 ve esrar kullananlarda %17 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada vakaların %36'sının madde kullanımı sonrası yasal sorun yaşadığı; özellikle opiyat kullanıcılarının %44 oranıyla en yüksek düzeyde madde kullanımı sonrasında suç davranışına karıştığı ortaya çıkmıştır (Asan ve ark., 2015).

Literatürde toplam 30 araştırmanın dahil edildiği bir sistematik çalışma, madde kullanımı ile suç arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışma sonucunda, madde kullanan kişilerde suç işleme ihtimalinin kullanmayanlara göre 3 ila 4 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Altuner ve ark., 2009; Bennet, 2008). Madde bağımlılığı, bireyi suç işlemeye iten sebepler arasında yer alırken; madde kullanımı bireyin durumunu ve davranışlarını değiştirerek suçun mağduru haline de getirebilmektedir. Madde kullanımıyla ilişkili olan suçlar arasında hırsızlık, şiddet ve saldırganlık bulunmaktadır; bu suçlar dışında, trafik kazaları, uyuşturucu ticareti ve cinsel saldırı gibi suçlar da gerçekleşebilmektedir (Boles & Miotto, 2003; Karakartal, 2020). Madde etkisi altındayken bireyler, yanlış ve dürtüsel kararlar alarak saldırganlık, yaralama, sahtekarlık, dolandırıcılık ve hırsızlık gibi suçlara karışabilmekte; ayrıca silahlı veya silahsız saldırılar, şantaj, tehdit ve adam öldürme gibi ciddi suçlara da sebep olabilmekte; trafik kazalarına, iş kazalarına yol açabilmekte ve cinsel istismarda bulunabilmektedir; hatta hapis cezası sırasında da madde kullanımı gibi suçlar işleyebilmektedirler (Jones ve ark., 2008; Karakartal, 2020). Madde kullanımı bireylerin kişisel yaşamlarında da birçok soruna yol açmaktadır; özellikle aile içi ilişkilerin bozulması, suç ve intihar oranlarının artması, evliliklerde aidiyet ve güven duygusunun azalması, ergenlerde ruhsal travmaların yaşanması, bireylerin risk alma eğilimlerinin artması ve akademik başarıların düşmesi gibi sorunlar ön planda yer alanlardır (Duman, 2021).

Çok sayıdaki bilimsel çalışma, madde kullanım bozukluğu vakalarının maddeye ulaşmak için giderek daha fazla risk aldığı ve bu süreçte kaza, suç işleme ve şiddet içeren davranışlarda bulunma gibi durumlarla daha sık karşılaştığı gözlemlenmektedir (Aldemir & Tan, 2011; Çetin Şeker ve ark., 2019; Hildebrand ve ark., 2015; Mc Cauley ve ark., 2012; Ögel, 2017). Kullanılan maddelerin farklı türleri ve yarattığı etkiler de saldırgan davranışların ve şiddet içeren suçların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin; amfetamin, kokain ve halüsinojen gibi maddeler, insan beyni üzerinde kontrol mekanizmalarını zayıflatarak ya da yoğun enerji seviyeleri yaratarak kişilerin daha saldırgan ve kontrolsüz davranmalarına neden olabilmekte; bilişsel işlevleri bozarak çatışma durumlarında sorun çözme becerilerini azaltmakta ve aşırı duygusal tepkilerin verilmesine yol açabilmektedir. Bu ilgili literatür doğrultusunda madde kullanımı ve suç davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunduğu ifade edilmektedir (Havaçeliği Atlam & Şaşman Kaylı, 2019).

Goldstein (1985), madde kullanımı ile suç arasındaki ilişkiyi etiyolojik "*psikofarmakolojik*", "*ekonomik gereksinim*" ve "*sistemsel"* olmak üzere üç farklı model ile detaylı bir şekilde açıklamıştır. Goldstein, madde kullanımı ve suç üzerine kapsamlı teorik ve uygulamalı çalışmalar yapan öncü bilim insanları arasında yer almaktadır. *Psikofarmakolojik modele göre,* bir maddenin psikoaktif etkisi, heyecanın aniden ve yoğun bir düzeyde artmasına, irrasyonel davranışlara, hızlı enerji artışına ve bilincin kontrol mekanizmasının zayıflamasına neden olmaktadır. Bu kontrolün ortadan kalkmasına yol açan durum, kişilerin daha saldırgan, daha dürtüsel ve daha kontrolsüz davranışlar sergilemesine ve hem kendilerine hem de çevresine büyük oranda zarar vermesine yol açmaktadır. *Ekonomik gereksinim modeline göre,* uyuşturucu/uyarıcı/uçucu maddeleri temin etmek adına gereken parayı bulmak için gasp, hırsızlık, adam yaralama, öldürme, fuhuş ve diğer suçlar sıklıkla işlenebilir. *Sistemsel modelde* ise maddenin üretimi, trafiği ve ticareti nedeniyle şiddet suçlarının işlenmesi odağında madde ve suç ilişkisi açıklanmaktadır (Goldstein, 1985).

2.2. Davranışsal Bağımlılıklar

Bağımlılık, bireylerin kontrolünü kaybettiği alkol/madde kullanımını veya belirli bir davranışı sürdürmesi durumunu ifade eder; bağımlılık genellikle uyuşturucu maddeler, alkol veya sigara gibi maddelerle ilişkilendirilse de son yıllarda yapılan araştırmalar, bazı patolojik davranışların da bağımlılığa neden olabileceğini göstermektedir (Faraji & Dağ, 2022). Davranışsal bağımlılık, toleransın artması, yoksunluk belirtileri, kontrol kaybı, aşırı istek, bilişsel bozukluklar ve duygusal düzensizlik gibi temel bağımlılık belirtileriyle karakterize edilen, aşırı, ısrarcı ve yoğun kompulsif davranışları tanımlamaktadır (Sayan Karahan, 2023). Haz almak amacıyla tekrarlayan ve aşırı davranış, bu davranışa yönelik yoğun istek ve davranış üzerinde kontrol kaybı olarak da tanımlanabilir (Evren, 2020; Olsen, 2011). Davranışsal bağımlılıklar ile ilgili ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde kavramın geçmişi yaklaşık olarak günümüzden 35 sene öncesine dayanmaktadır. Isaac Marks, 1990 yılında ilk defa kez "*davranışsal bağımlılık*" kavramını kullanmış olup; davranışsal bağımlılıkları, zarar verici yönü bilinmesine rağmen madde dışındaki uyaranları aramaya ve uygulamaya yönelik gelişen tekrarlı dürtüler olarak tanımlanmıştır (Sayan Karahan, 2023). Alışveriş, cinsellik, internet, akıllı telefon ve aşırı bilgisayarı kullanımı hatta problematik düzeyde kullanma gibi bazı davranışsal bağımlılıklar günlük yaşamda dikkat etmemiz gereken ve bireyin psiko-sosyal işlevselliğini kesintiye uğratan davranışlar arasında yer almaktadır. Davranışsal bağımlılıklar, bireyin hem fiziksel hem de psikolojik hayatına önemli ölçüde zarar vermesine, ruhsal entegrasyonunu bozmasına ve belirli bir davranışı kontrol edememesine rağmen sürdürme ve haz veren davranışsal örüntüleri ısrarlı ve önlenemez doğada sürekli olarak sergilemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Mann ve ark., 2017).

Günümüzde davranışsal bağımlılık olarak sadece kumar oynama bozukluğu ve internette oyun oynama bozukluğu, psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılmasında sıklıkla

kullanılan DSM ve ICD'de yer almaktadır. Ancak internet bağımlılığı, telefon, alışveriş, egzersiz ve spor bağımlılığı ile seks bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar odaklı literatür genişlemeye devam etmektedir (Faraji & Dağ, 2022). Davranışsal bağımlılık, internet oyunları, telefon kullanımı, alışveriş ve egzersiz gibi fiziksel aktiviteleri de içeren geniş bir yelpazede yaşanan bir bağımlılık türüdür. Bu tür bağımlılıklar, bireyin ve çevresinin psikolojik, sosyal, mesleki, ekonomik ve yasal açıdan farklı şekillerde etkilenmesine neden olabilir. Davranışsal bağımlılıklarla ilgili araştırmalar hızla ilerlemekte; klinik psikoloji ve psikiyatri literatüründe önem kazanmaktadır. Bu kavramsal gelişim sürecinde tanı kriterleri ve tanısal belirtilere yönelik öneriler de alanyazında yer almaktadır (Sayan Karahan, 2023).

Goodman (1990) tarafından yapılandırılan davranışsal bağımlılıklar için tanı kriterlerinde, belirli bir davranışta bulunma dürtüsüne direnmede başarısızlık, davranışta bulunurken rahatlama veya mutlu olma, davranışa başlamadan hemen önce artan yoğun gerginlik hissi ve davranışta bulunurken kontrol kaybı duygusu ön plana çıkmaktadır. Griffiths'in (1996) davranışsal bağımlılıklar için önerdiği psikiyatrik tanı kriterleri ve kapsamlı açıklamaları şu şekildedir: *Belirginlik:* Bir etkinliğin bireyin yaşamında en önemli etkinlik ya da olay haline gelmesi, düşüncelerinde aşırı meşgul olma ve yoğun bilişsel çarpıtmalar, duygularında aşerme ve davranışlarında sosyalleşmenin ve iletişim becerilerinin bozulması gibi psikiyatrik belirtilerin olmasıdır. *Duygudurum değişiklikleri:* Bir etkinlikte bulunmanın sonucu ve tekrarlayan davranışların bir başa çıkma stratejisi olarak algılanmasıdır. *Tolerans:* Doyum sağlamak için gereken etkinlik miktarının artmasıdır. *Yoksunluk belirtileri:* Davranış yapılmadığında rahatsız edici duygusal durumlar ve/veya fiziksel etkileri olmasıdır. *Çatışma:* Davranışa bağımlılık nedeniyle kendisiyle, ailesiyle veya diğer özneler ile kişilerarası çatışmalar yaşanmasıdır. *Nüks:* Bağımlılık yapan davranışa ilişkin "*bırakma*" dönemlerinin ardından tekrar eski alışkanlıklara hızlı bir geri dönme eğilimidir. Bu kavramlar, Griffiths'in (1996) psikiyatrik tanı kriterlerini oluşturmaktadır.

Madde bağımlılığı ilgili bölümde psikiyatrik belirtilerde ifade edildiği gibi davranışsal bağımlılıkların semptomlarında da benzer özelliklerin olduğu görülmektedir. Madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklar, doğal gelişim öyküsü, klinik fenomenoloji, tolerans, komorbidite, benzer genetik özellikler, nörobiyolojik mekanizmalar, olumsuz sonuçlar ve tedaviye yanıt da dahil olmak üzere birçok alanda benzerlik göstermektedir (Deveci, 2020). Güncel literatür, maddeyle ilişkili kullanım bozukluklarının gelişiminde ve sürmesiyle davranışsal bağımlılıkların gelişiminde ve sürmesinde benzer mekanizmaların olduğu varsayımını desteklemektedir (Demirbaş, 2021). Birey, davranışsal bağımlılıklarda narkotik maddelerden ziyade bir davranışa ya da o davranışın getirdiği duyguya bağımlı hale gelmektedir (Alavi ve ark., 2011). Bu ruhsal bozukluklarda heyecan arama ve yoğun dürtüsellik çok önemli karakteristikler olup, madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklar bireyin işlevselliği ve yaşam kalitesi ile fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen bir psikiyatrik tanı kümesi olarak kendisini göstermektedir (Deveci, 2020).

Davranışsal bağımlılıkların beraberinde getirdiği durumlar arasında depresyon bozukluğu, kaygı bozukluğu, obsesif düşünceler, geri çekilme tepkileri ve izolasyon, duygudurum bozuklukları, sosyal ilişkilerde kopmalar, akademik problemler, mesleki güçlükler, kişilerarası sorunlar, aile ve kişisel sorumlulukların ihmal edilmesi, mental ve fiziksel huzursuzluk gibi durumlar bulunmaktadır. Davranışsal bağımlılıklarda birey belirli bir davranışı bıraktığında veya azalttığında yoksunluk belirtileri olarak; aşırı yorgunluk, yaşam tarzında değişiklikler, azalmış fiziksel aktivite, uyku düzeninde değişiklikler, tahammülsüzlük, şiddet ve yeme bozuklukları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Sayan Karahan, 2023). Davranışsal bağımlılık belirtileri gösteren bozuklukların genellikle majör depresyon bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik tanılarla sıkça ilişkili olduğu görülmektedir (Deveci, 2020; Öztürk, 2020a).

2.2.1. Kumar Oynama Bozukluğu

Kumar, genelde ortaya para veya değerli bir nesne koyarak oynanan talih oyunları şeklinde tanımlanmaktadır. Kumar oynamak, bireyin veya bireylerin değerli olarak gördüğü herhangi bir nesne, para veya mülkü vermesi karşılığında yüksek bir kazanç elde edebileceği düşüncesi neticesinde oluşan bir risk alma davranışıdır (İncekara & Taş, 2022). Kumarın bilinen çeşitleri olarak kart oyunları, slot-makine oyunları, zar oyunları, spor bahisleri, bazı yasal şans oyunları (sayısal loto, şans topu, on numara ve süper loto) örnek olarak verilebilir. Türk Ceza Kanunu'nda ise "*kazanç amacıyla oynanan kar ya da zararı şansa dayalı oyun*" olarak tanımlanır (Karakehya, 2013). Bağımlılık ise bireyin herhangi bir nesne, madde ya da kişi ile kurduğu işlevsiz bilişsel ilişkilendirme neticesinde bağımlı hale geldiği olgu veya davranışa karşı önlenemez istek olarak tanımlanabilir; bağımlı olduğu olguya erişemediği takdirde, birey yoksunluk belirtileri gösterip tolerans geliştirebilir (İncekara & Taş, 2022).

Kumar bağımlılığı olarak atıfta bulunduğumuz *"Kumar Oynama Bozukluğu"* (KOB) ise psikolojik, sosyal, ekonomik ve ailesel olumsuz sonuçlara rağmen tekrarlı ve sürekli olarak kumar oynama davranışının devam ettiği bir psikiyatrik hastalıktır (Kazğan ve ark., 2021). KOB, kişinin kontrol edemediği, bireysel, aile veya mesleki işlevselliğini bozan kalıcı ve tekrarlayan istenmeyen kumar oynama davranışlarıyla karakterize edilen bir durumdur (Çakmak & Tamam, 2018). Yetişkin bireylerde kumar oynama davranışı ve KOB birbirinden farklı kavramlardır. Kumar oynama bir davranışa, KOB ise psikopatolojiye işaret etmekte olup, her kumar oynayan kişi bu psikiyatrik tanıyı almamaktadır. KOB, kumar oynayan yetişkinlerin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır (Evren & Bozkurt, 2016). KOB vakalarında kumar oynama davranışı psikiyatrik problemler, ekonomik kayıplar, intihar girişimleri, adli

problemler ve düşük yaşam kalitesi gibi pek çok alanda sorun yaratacak seviyede devam etmektedir (Black ve ark., 2013; Koyu, 2021). KOB, önemli kişisel ve sosyal sorunlar, yüksek psikiyatrik eştanı (komorbidite) oranları, kötü fiziksel sağlık ve yüksek intihar oranları ile ilişkili önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Nautiyal ve ark., 2017).

Kumar oynama bozukluğu, psikotravmatoloji literatüründe (Öztürk, 2020a) çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar ile çalışılan ve son yıllarda prevalansı majör ölçüde artan en temel psikiyatrik hastalıklar arasında yer almaktadır. Kumar oynama davranışının sıklığının, süresinin ve şiddetinin artması, *"Sıklıkla Kumar Oynama"* kavramıyla isimlendirilerek ilk olarak 1977 yılında Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Disease Edition [ICD])'nın 9. versiyonunda (ICD-9) psikiyatrik hastalıklar arasında kabul edilmiştir. 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayınlanan DSM III'te ilk kez "*Patolojik Kumar Oynama*" olarak kavramsallaştırılarak "*Dürtü Kontrol Bozuklukları*" tanı kategorisi altında yer almıştır. DSM-IV'te ise kumar oynama bozukluğu ile ilgili psikiyatrik tanı ölçütleri güncelleştirilmiş, "*tekrarlayan başarısız bırakma girişimlerinin olması*" kriteri eklenmiş ve madde bağımlılığı ile olan benzerliğe dikkat çekilmiştir. 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te de kumar oynama bozukluğu ile ilgili değişiklikler yapılmış olup; öncelikle patolojik kelimesiyle ortaya çıkan damgalamayı önlemek için "*Patolojik Kumar Oynama*" yerine "*Kumar Oynama Bozukluğu*" şeklinde tanımlanması önerilmiştir (Koyu, 2021). İkinci olarak; ilgili konu odaklı yapılan epidemiyolojik, biyolojik ve genetik çalışmalardan yola çıkarak kumar oynama bozukluğunun "*Dürtü Kontrol Bozuklukları*" bölümü yerine "*Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları*" bölümünde yer almıştır (Nautiyal ve ark., 2017). DSM-5'te psikiyatrik tanı kriterlerinden "*kumar oynayacak parayı bulmak için yasadışı eylemlerde bulunma*" şartı kaldırılmış ve bu psikiyatrik tanıyı koymak için gerekli

olan 10 kriterin 5'ini karşılama şartı, 9 kriterin 4'ünün karşılanması şeklinde düzenlenmiştir (APA, 2013). DSM-5'te Kumar Oynama Bozukluğu tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

"A. On iki aylık bir süre içerisinde aşağıdakilerin en az dördü (ya da daha çoğu) ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışı:

I. *İstediği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinir.*
II. *Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kolay kızan biri olur.*
III. *Kumar oynamayı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için yineleyen, sonuç vermeyen çabaları olmuştur.*
IV. *Sık sık kumar oynama üzerinde düşünüp durur (örn. geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünüp durma, bir sonraki girişimini engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünme).*
V. *Sıklıkla, sıkıntı duyarken kumar oynama (örn. çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün).*
VI. *Parayla kumar oynayıp yitirdikten sonra çoğu kez, eşitlenmek için bir başka gün geri gelir (yitirdiklerinin ardından koşar).*
VII. *Ne denli kumar oynadığını gizlemek için yalan söyler.*
VIII. *Kumar oynaması yüzünden önemli bir ilişkisini, işini, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da yitirmiştir.*
IX. *Kumar oynamak için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağlar.*

B. Kumar oynama davranışı bir mani dönemi ile daha iyi açıklanamaz. Varsa belirtiniz:

Dönemsel: Kumar oynama tanı ölçütlerinin karşılandığı birden çok dönem arasında belirtilerin yatıştığı birkaç aylık dönemlerin olması.

Sürekli: Yıllardır, tanı ölçütlerini karşılayan, sürekli belirtiler yaşama.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kumar oynama bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü, 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kumar oynama bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü, 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Dört-beş belirtinin olması

Orta derecede: Altı-yedi belirtinin olması.

Ağır: Sekiz-dokuz belirtinin olması."

Günümüzde kumar oynama bozukluğunun tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılan DSM-5 tanı kriterleri yukarıda yer alan psikiyatrik belirtilerden oluşmakta ve belirtilerin yoğunluğuna göre de *"ağır olmayan", "orta derecede" ve "ağır düzeyde"* olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Kumar oynama bozukluğu belirtileri ile psikiyatri birimlerine başvuran bireyler ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından bu psikiyatrik belirtilere göre değerlendirilmektedir (APA, 2013). Değerlendirme sürecinde KOB belirtilerinde *"dönemsel"* ya da *"sürekli"* olma özelliği de göz önüne alınabilmektedir. Ancak

kumar oynama bozukluğunun belirti şiddetine göre ağır olmayan, orta derece ve ağır düzeylerindeki belirti düzeyi sıralaması klinik pratikte nadiren kullanılmaktadır.

2.2.2. Kumar Oynama Bozukluğunun Etiyolojisi

Kumar oynama bozukluğu psikanaliz, öğrenme kuramları, bilişsel teoriler, nörotransmitter temelli nörobiyolojik yaklaşımlar ve genetik çalışmalar ile açıklanmaya çalışılmış fakat bu bozukluğun karmaşık ve çok faktörlü doğasını bugüne kadar tek bir model tam olarak açıklayamamıştır (George & Murali, 2005). Kumar oynama bozukluğu, sosyodemografik özellikler, yüksek psikiyatrik eştanı oranları, düşük fiziksel sağlık düzeyi ve artan intihar oranları ile ilişkili önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Nautiyal ve ark., 2017). Kumar oynama bozukluğunun etiyolojisine ilişkin sosyo-demografik risk faktörlerine ilişkin çalışmalarda; erkek cinsiyeti, genç yaş, dezavantajlı yerleşim bölgesi ve düşük sosyoekonomik düzey gibi özellikler ön plana çıkmaktadır (Martins ve ark., 2013). Yaş ve medeni durum odağında özellikle bekar veya boşanmış medeni duruma sahip olma da kumar bağımlılığı için bir risk faktörüdür. Bekar ve boşanmış bireyler üzerinde kontrolün azlığı ve yalnız olma, bu riski desteklemektedir (Syvertsen ve ark., 2023). Aile ve kültür özellikleri odağında, bireyin kumar içerikli oyunlara erken maruz kalması, tanıklık etmesi, erken yaşta kumar oyunlarını deneyimlemesi, eşlik eden psikiyatrik bozukluk öyküleri, çocukluk çağı travmaları (Slutske, 2001), aile ve ebeveynlerde KOB öyküsünün olması, bireyde KOB gelişimi için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Nautiyal ve ark., 2017).

Çocukluk çağı travmaları açısından kumar oynama bozukluğunun etiyolojisine bakıldığında, ailede ebeveynin kaybı, ayrılık, boşanma, bir bakım veren tarafından 15 yaşından önce terk edilme veya anne-baba ihmali (yokluk, tutarsızlık veya kabalık) gibi çocukluk çağı travmaları öne çıkmaktadır (Wardle ve ark., 2018; Tufekcic ve ark., 2021). Bireysel açıdan kumar oynama bozukluğunun etiyolojik karakteristikleri incelendiğinde,

kişilik özellikleri, yüksek risk algısı, kumar veya kazanmaya ilişkin hatalı biliş ve çarpıtılmış bilişsel düşünceler, ödül algısı, dürtüsel karar verme mekanizmaları, zayıf başa çıkma ve problem çözme mekanizmaları, sorunlu aile öyküsü ve travmatik yaşam olayları öne çıkmaktadır (Blaszczynski, 2002). Travma ve kumar bağımlılığı arasındaki özellikle son yıllarda yapılan araştırmalar, kavramlar arasında yüksek düzeyde ilişki bildirmiştir. Bu konu ile ilgili gerçekleştirilen bir çalışmada travma mağduru kadınlarda kumar bağımlılığı, erkeklere oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (Dinç, 2014; Tufekcic ve ark., 2021).

Kültürel açıdan KOB'un etiyolojik özellikleri incelendiğinde, tüm insan topluluklarında görülebilen kumar oynama davranışının kumar oynama bozukluğuna transforme olması bazı etiyolojik kültürel özellikleri içerisinde barındırmaktadır; kültürel açıdan kumar oyunlarının kabul edilebilir ve kolay ulaşılabilir olması, birey ve toplum arasında optimal uyumun sağlanamaması, göç, işsizlik, sosyal dışlanma, damgalanma, etnik veya ırkçı yaklaşım kültürel açıdan başlıca etiyolojik etkenlerdir (Okuda, 2009). KOB'da sosyo-kültürel etiyolojik etkenlerin incelendiği bir çalışmada, dünyanın dört farklı bölgesinde azınlık grubu olarak ele alınan, Porto Riko'da Porto Rikolular, Yeni Zelanda'da Maoriler, Kuzey Dakota'da Amerikan yerlileri ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde Türk toplumunda yüksek kumar oynama bozukluğu yaygınlığı bulunmuştur; dünyanın dört bölgesinde yaşayan bu etnik grupların sosyo-kültürel olarak, geçmişte koloni olma öyküsü, ekonomik sömürüye uğrama, sosyo-ekonomik dezavantajlar, düşük eğitim düzeyi ve yüksek işsizlik oranı gibi benzer özellikleri vardır (Çakıcı ve ark., 2019).

Nörobiyolojik açıdan kumar oynama bozukluğunun etiyolojik özellikleri incelendiğinde, bu psikopatolojinin nörobiyolojik olarak birkaç beyin bölgesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Quientro Garzola, 2019). Bu alanlar orbito frontal korteks, hipokampus ve limbik sistem, prefrontal korteks, prefrontal subkortikal ağ ve striatumdur. Bireyde beyninin dürtüsel karar vermeye yarayan alanlarında hasar olduğu, striatum ve prefrontal

korteks yapılarında düşük aktivite düzeyi, nörotransmitter olarak ise dopamin ve glutamatın KOB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tufekcic ve ark., 2021). Genetik faktörler açısından etiyolojik özellikler incelendiğinde, aile ve ikiz çalışmaları KOB tanısı alan bireylerin aile üyelerinde KOB yaygınlığının daha yüksek olması, KOB etiyolojisinde ailesel geçişin rol oynadığını düşündürmektedir. Klinik örneklemde yürütülen bir çalışmada, kumar oynama bozukluğu vakalarının birinci derece akrabalarında %20'ye varan yaşam boyu KOB yaygınlığı bildirmiştir (Walters, 2001). İnsan ve hayvan genetik çalışmalarında; MAOA, 5-HTTLPR, DRD3, DRD4, HTR2A ve COMT dahil olmak üzere bir dizi gendeki polimorfizmler KOB ile ilişkilendirilmiştir (Wilson ve ark., 2013). Kumar oynama bozukluğu vakalarında, çift-nükleotid polimorfizmler (SNP) genotiplendirilmiş; bu çalışmada DRD3 ve CAMK2D'nin KOB ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Nautiyal ve ark., 2017).

2.2.3. Kumar Oynama Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Kumar oyunları hemen hemen her kültürde mevcut olduğundan kumar sorunları da her yerde mevcuttur. Dünya çapında yetişkin nüfusun yaklaşık %0.2-5.3'ü hayatlarının bir noktasında kumar oynama bozukluğu geliştirir (Nautiyal ve ark., 2017). Kumar oynama bozukluğunun genel popülasyonda görülme sıklığı yaklaşık %0.5'tir; yani 1000 kişiden 5'inin kumar oynama bozukluğu yaşayabileceği belirtilmektedir (Potenza ve ark., 2019). Ancak bu sıklık ve yaygınlık oranı madde kullanımı olan bireylerde %14-23'e kadar yükselmekte, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ise %28-50'ye kadar yükselmektedir (Grant & Chamberlain, 2020). Kumar oynama bozukluğu, madde kullanım bozukluklarıyla birlikte sıklıkla eş tanı olarak yer almaktadır. Rueda Ruiz ve arkadaşları (2023) tarafından İspanya'da 97 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada erkek oranı %68.6 olarak bulunmuş, erkek cinsiyetinin kadın cinsiyetine oranla 2 kat daha fazla oranda bağımlılık sıklık ve yaygınlık dağılımında yer aldığı bulgulanmıştır. Kumar oynama bozukluğu ile ilişkili bağımlılık

sorunları dünya nüfusunun %0.2-%4'ünü etkilemektedir ve bu odakta KOB tedavisiyle ilgili yapılan araştırmalar da son on yılda hızla artmaktadır (Nancy ve ark., 2017).

Dünya çapında kumar oynama bozukluğu yaygınlık oranları 12 aylık çalışmalarda, %0.2 (Norveç) ile %5.3 (Hong Kong) arasında bildirmektedir (Hodgins ve ark., 2011). Genel karşılaştırılma olarak değerlendirildiğinde en düşük KOB yaygınlığı Avrupa ülkelerinde, orta derecede Kuzey Amerika (A.B.D. ve Kanada) ve Avustralya'da, en yüksek ise Asya ülkelerinde bildirilirken; Asya ülkelerinden Hong Kong, Singapur ve Macau ülkelerinde KOB oranları yüksek oranlarda ve yaklaşık %2 olarak bildirilmiştir (Fong & Orozio, 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen ulusal epidemiyolojik çalışmada %0.4'lük bir yaşam boyu yaygınlık bildirmiştir (Petry ve ark., 2017). DSM-5'e göre kumar oynama bozukluğunun, tüm popülasyonda erişkinlerin %0.2-5.3'ünü etkilediği, kumar oynama bozukluğunun genel popülasyonda 12 aylık yaygınlığının %0.2-%0.3, yaşam boyu yaygınlığının ise %0.04-%1 olduğu bildirilmiştir (APA, 2013). KOB, erkek ve kadın cinsiyeti için yaşam boyu yaygınlık oranı sırasıyla %0.64 ve %0.23 olarak bildirilmiştir. (Nautiyal ve ark., 2017). Kumar içerikli oyun; at yarışı, masa oyunları, zar oyunları, rulet, iskambil, spor bahisleri, motor sporları, futbol-basketbol türü müsabaka sonuçlarına ilişkin sonuç bahisleri, oyun makineleri, borsa, piyango ve internetten oynanan yasal olmayan bahis gibi türlerde olabilmekte; teknolojik gelişmelerle birlikte yeni oyun tipleri ortaya çıkmakta ve bu değişim-devinimle kumar oynama davranışlarının görülme sıklığı artmaktadır (Altıntaş, 2018).

Kumar oynama bozukluğu üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, olguların dörtte üçünün erkek olduğu tespit edilmiş; genç yetişkinlerde yaygınlığın ortalama yetişkin nüfusa göre oransal olarak yüksek olduğu bildirilmiş; Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Kapucı, 2020); bir hastanenin yatan hasta servisindeki hastalar arasında, kumar oynama bozukluğu sıklığı %6.8 olarak bildirilmiştir (Tamam ve ark., 2008).

Türkiye'de kumar oynama bozukluğu odağında patolojik/problematik kumar oynama ve kumar oynama bozukluğuna ilişkin epidemiyolojik bir rapor en son Devlet Denetleme Kurulu (DDK) tarafından 2009 yılında yayınlanmıştır; bu raporda ülkemizdeki bireylerin bir ayda ortalama 6 saat 6 dakika gibi bir süre şans oyunlarına zaman ayırdığı, ortalama bir ay içinde 8 kez internet üzerinden paralı oyunlar, 7 kez at yarışı, 7 kez ise iddia oynandığına dair veri sunulmuştur. Aynı raporda; bireylere hangi amaç ve motivasyon ile şans oyunu oynadıkları sorulmuş ve katılımcıların %46.1'i para kazanmak için, %20.3'ü şanslarını denemek için, %19.9'u ise eğlenmek için bu oyunları patolojik düzeyde oynadıklarını belirtmişlerdir (DDK, 2009). Türkiye'de 339 üniversite öğrencisinin katılımıyla yapılan bir araştırmada, çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin %41.4'ünün hayatı boyunca en az bir kez, %21.5'inin son bir ayda, %15.3'ünün internetten kumar oynadığı bildirilmiştir (Köksoy ve ark., 2019). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada 182 üniversite öğrencisinin katılımcıların yaklaşık %50'sinin ayda en az bir kez kumar veya bahis oynadıklarını bildirmesi, Türkiye'de gençler arasında kumar oyunlarının nadir olmadığına işaret etmiştir (Kaya & Başkan, 2020). Oynanan kumar oyununun çeşidine göre bakıldığında ise bir çeşit oyunla sınırlı olanlar büyük çoğunluğu %31.3 ile oluştururken, iki farklı bahis ya da kumar oyunu oynayan bireyler %29.7 olarak bildirilmiştir (Arcan, 2020). Türkiye'ye ilişkin KOB odaklı tanısal prevalans sonuçlarına rastlanmamıştır; ancak farklı kumar oyunlarına ilişkin DDK raporu ve üniversite öğrencilerine yönelik çalışmalar, ülkemizde de patolojik KOB'un azımsanmayacak düzeyde yüksek olabileceğine yönelik ipucu ve bilgiler sunmaktadır.

2.2.4. Kumar Oynama Bozukluğu ve Adli Bilimler

Kumar oynama bozukluğu, adli bilimlerin bir kesişim noktasında yer alan tıp, psikoloji, sosyoloji, hukuk disiplinleri tarafından birlikte ele alınan bir psikiyatrik tanıdır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 58. maddesinde kumar kavramına şu şekilde yer verilmiştir;

"*Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır*". Bu madde devletin kumar ve kumar oynanmasına ilişkin anayasal görevlerini tanımlamaktadır. Kumar oyunlarının oynanması Türkiye Cumhuriyeti 5326 sayılı Kabahatler Kanunu'nun 34. maddesi gereğince "*kabahat*" olarak; kumar oyunlarının oynanması için yer ve imkân sağlama ise 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 228. maddesinde "*suç*" olarak düzenlenmiştir. İlgili kanunda kabahat olarak anlamlandırılan kumarın fiil unsurunu kumar oynamak oluşturmakta; suçun ise imkân sağlama ve yer sağlama olmak üzere iki hareketi bulunmaktadır. Reşit olmayanın kumar oynaması için imkân ve yer sağlama, suçun bilişim sistemlerinin kullanılması yoluyla ve bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi şeklinde suçun üç farklı nitelikli hali bulunmaktadır (Babayiğit, 2018). Kumar oynamanın kanun çerçevesinde maddi yaptırımı bulunmaktadır, Kabahatler Kanunu'nun 34. Maddesi'nde şu şekilde açıklanmıştır (Altıparmak, 2008): *"(1) Kumar oynayan kişiye, yüz Türk Lirası idarî para cezası verilir. Ayrıca, kumardan elde edilen gelire el konularak mülkiyetin kamuya geçirilmesine karar verilir."* (2) *"Bu kabahat dolayısıyla idarî para cezasına ve el koymaya kolluk görevlileri, mülkiyetin kamuya geçirilmesine mülkî amir karar verir".*

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 228. maddesinde *"Kumar oynanması için yer ve imkan sağlama"* suçu ve kanuni yaptırımı tanımlanmıştır: **"***(1) Kumar oynanması için yer ve imkan sağlayan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve iki yüz günden aşağı olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır." (2) "Çocukların kumar oynaması için yer ve imkan sağlanması halinde, verilecek ceza bir katı oranında artırılır." (3) "Suçun bilişim sistemlerinin kullanılması suretiyle işlenmesi halinde üç yıldan beş yıla kadar hapis ve bin günden onbin güne kadar adlî para cezasına hükmolunur." (4) "Suçun bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır." (5) "Bu suçtan dolayı, tüzel kişiler hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur." (6) "Ceza Kanununun*

uygulanmasında kumar, kazanç amacıyla icra edilen ve kar ile zararın talihe bağlı olduğu oyunlardır." Kumarın adli terminolojide belirtildiği şekilde tanımlanmakta olup, daha önce de bahsedildiği üzere kumar adli bilimlerin temel çalışma konularından birisidir. Adli bilimler içerisinde kumar ile ilgili çalışmalar yer almakta, bu çalışmalar tıp, hukuk, psikoloji ve sosyoloji temelinde anlamlandırılmaktadır (Batmaz & Öncü, 2020).

Kumar, psikiyatri ve psikoloji disiplinlerinde davranışsal bağımlılıklar yelpazesinde yer almaktadır. Adli psikiyatri ise kumarı hem adli boyutta hem de ruhsal sağlık perspektifinden incelemektedir. Kumar neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir olgudur (Çakıcı, 2019), ancak günümüzde internet kullanımının artması ile sanal kumar uygulamaları adli psikiyatri alanında kumar bağımlılığının daha çok çalışılmasını sağlamıştır. Sadoff ve arkadaşları (2015), davranışsal bağımlılıkları adli boyutta kategorize etmiştir ki adli sonuçları olan davranışsal bağımlılıklar; kumar bağımlılığı, internet bağımlılığı ve kleptomanidir. Adli sonuçları olmayan davranışsal bağımlılıklar ise saç yolma, egzersiz bağımlılığı ve kompulsif yeme gibi davranışlardır (Batmaz & Öncü, 2020). Kumar bağımlılığı, davranışsal bağımlılık alanında adli açıdan en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar arasında yer almaktadır. Davranışsal bağımlılıklarda, bireysel boyutta ekonomik ve ailesel sorunlar yaygındır; ancak adli açıdan bakıldığında kumar davranışının finanse edilmesi ya da kumar davranışının sonuçları ile baş etmek için hırsızlık ve zimmete para geçirme gibi suç teşkil eden eylemlerde bulunulması sıkça görülmektedir (Batmaz & Öncü, 2020; Sadoff ve ark., 2015).

Adli alanda, ceza davalarında davranışsal bağımlılıklara ilişkin bilirkişi raporlarına bakıldığında, davranışsal bağımlılıklarda ceza sorumluluğu TCK 32. maddesi kapsamında kişinin davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı, "*dürtü*" kavramına istinaden sorulmaktadır; ancak bu kişilerin muhakemelerinin bozuk olmadığı, yaptıkları eylemlerin kendi kararları olduğu ve özgür iradeleri ile karar verdikleri belirtilmektedir

(Batmaz & Öncü, 2020). Örneğin, kumar oynamak için hırsızlık yapan birey için dürtü temelinde bir eylem gibi görülebilir; ancak burada planlı ve amaçlı bir hırsızlık suçu işlenmektedir (Blum & Grant, 2017). Benzer örnekler emsal kararlarda çoğalmaktadır. Yurt dışı ve Türkiye hukukunda, kumar bağımlılığına ilişkin genel kanı, ceza sorumluluğunun tam olduğu yönündedir; davranışsal bağımlılıklar ve hukukun en çok kesiştiği ortak paydalardan birisi de Türk Medeni Kanunu 406. maddesi uyarınca, kumar bağımlılığı sebebiyle bireyin vesayet altına alınmasının gerekliliğinin araştırıldığı, savurganlık, bağımlılık ve malvarlığını kötü yönetme gibi atıflarla KOB olan bireylerin incelenmesidir (Batmaz & Öncü, 2020).

Kumar ve adli bilimler ekseninde sıkça birlikte anılan bir kavram da "*intihar*"'dır. Kumar oynama bozukluğu vakalarında intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar oranlarının diğer psikiyatri vakalarına göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. İlgili konudaki araştırmalarda kumar oynama bozukluğunun tedavisine başvuran bireylerin %80'inin intihar düşüncesinin olduğunu %12'sinin ise intihar girişiminde bulunduğunu saptanmıştır (Geniş & Aksu, 2020; McCormick, 1984). KOB vakalarında intihar riski yüksek olmasına rağmen, tedavi arayışı oranı ise %10'dur; kumar oynama bozukluğunun toplum üzerindeki yükü düşünüldüğünden çok daha fazladır (Geniş & Aksu, 2020). Türkiye'de 1996 yılında çıkarılan bir genelge ile artan intiharlar, cinayetler ve bazı sosyo-kültürel nedenlerden dolayı tüm kumarhaneler kalıcı olarak kapatılmıştır (İncekara & Taş, 2022).

2.3. Psikotravmatoloji

Psikotravmatoloji en güncel tanımıyla, akut ve kronik olumsuz yaşam deneyimlerinin hem insan psikolojisine ve ruhsal entegrasyonuna olan kısa ve uzun dönemli psikojen etkilerini hem de yaşam boyu süren psikopatolojilere dönüşümünü kapsamlı bir eksende değerlendirerek travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıkların yine travma odaklı yaklaşımlarla psikoterapisini gerçekleştiren, özellikle *"travmatik stres"* ve *"travmatik dissosiyasyon"*

konularında çalışmalar yapan bir psikoloji bilimidir (Öztürk, 2022a). Psikotravmatoloji, öz bir ifade ile ruhsal travma çalışmaları olarak tanımlanır. Psikotravmatoloji alanı temelde travmatik olay ve durumlarla ilişkili bireylerin ve toplumun verdiği tepkilere, ruhsal travmaların terapötik tedavilerine ve travmaların önlemesi üzerine çalışmaktadır (Ayar & Celbiş, 2023). Psikotravmatolojinin temel çalışma alanları, travmatik yaşantıların insan psikolojisine etkileri ve psikopatolojilere dönüşümünün değerlendirilmesi, tedavisinin yürütülmesi, yangın, sel ve deprem türü afet düzeyindeki olaylar ile duygusal, fiziksel ve cinsel anlamda kötüye kullanılma ile istismar; terör, savaş, sığınmacılık, göç ve yerel çatışmalar gibi insan odaklı felaket düzeyindeki yaşam olayları sonucu ortaya çıkan travmatik stres ve dissosiyasyon konularını içermektedir (Derin & Öztürk, 2020). Psikotravmatoloji çalışmaları, klinik psikoloji ve psikotarih alanları ile en yakından ilişkili şekilde sürdürülmekte ve psikiyatri biliminden de yararlanılmakta olup; psikotravmatoloji, travmayla ilişkili ruhsal bozuklukların tedavisi için kanıta dayalı psikoterapilerin gelişmesine de önemli katkılar sunmaktadır (Öztürk, 2020a). Doktora tez çalışmamızın bu bölümünde ruhsal travma -çocukluk çağı travmaları-, psikotravmatoloji, modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı ilgili güncel literatür ekseninde detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

2.3.1. Ruhsal Travma Kavramı

Travma terimi, bireyin ruhsal ve bedensel varlığını farklı şekillerde sarsan, inciten ve yaralayan her türlü örseleyici olayı tanımlamak için kullanılır (Öztürk & Uluşahin, 2016). Travmatik yaşantılar, bireylerin varoluşsal tehditlere karşı çok yönlü psikiyatrik semptomlar gösterebilen ve hem bireysel hem de toplumsal boyutları olan ruhsal tepkiler ve süreçlerdir; bu geniş tanım içinde, çocukluk çağı travmaları, toplumsal şiddet, terörizm, savaş, afetler, iş ve ulaşım kazaları gibi olaylar yer almaktadır. Öztürk'ün önemle vurguladığı üzere evlat ayrımı, şımartılma, çocuk ve gençlerin eğitimden mahrum bırakılması ve çocuk işçiliği gibi

yanlış çocuk yetiştirme stillerinin de etkileri bulunmaktadır; bu travmatik yaşantılar, bireylerin ve çocukların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır (Öztürk, 2020a). Bireyin deneyimlediği her sıkıntı verici olay ya da durum "*ruhsal travma*" olarak nitelendirilmez, travmatik olayın ya da durumun niteliği ve olaya verilen tepkiler de dikkate alınmalıdır; bireyin olay üzerindeki kontrol kaybı, yetersizlik algısı, çaresizlik, aile öyküsü, sosyal destek algısı, toplumun travmatik olaya bakış açısı gibi etkenler olayı ya da durumu "*ruhsal travma*" penceresinden değerlendirebilmemizi sağlayan etkenlerdir (Öztürk, 2020a).

Ruhsal travma, bir bireyin güçsüzlük hissiyle karşılaştığı örseleyici bir durum ya da yaşantıdır. Travmatik bir duruma maruz kalan birey, eskiden kullandığı başa çıkma yöntemlerinin artık işe yaramadığını ve çaresizlik hissiyle karşı karşıya kaldığını hisseder; bunun sonucunda her bireyin travmatik bir olaya verdiği psikojen tepki farklı olabilir. Bu psikojen tepki, mağdurun yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, kişilik yapısı, olayı nasıl anlamlandırdığı, geçmiş travmatik deneyimleri, örseleyici olaylarla başa çıkma yöntemleri ve sosyal destek gibi değişkenlere bağlı olarak değişebilir (Derin & Öztürk, 2018). Öztürk'e göre, travmatik durum, "*nesnel tehdit ile kişinin öznel baş etme gücü arasındaki yaşamsal dengesizliktir*"; bu durumda, travmatik deneyim genellikle kişinin o anda başa çıkma kapasitesinin yetersiz olduğu bir anı ya da zaman dilimini temsil eder ve genellikle günlük yaşama uyum sağlamak için bu travmatik deneyim, dissosiye edilir ve özne, aktüel hayatında dissosiyatif savunmaları sıklıkla kullanmaya başlar (Öztürk, 2020a).

Travmatik olaya maruz kalan kişi veya kurban, ezici-ağır bir kuvvet, dış etki, yük ya da olay tarafından adeta çaresiz hale getirilir, bu süreç ya da an içinde sözel, duygusal, fiziksel veya ruhsal olarak yaralanma-örselenme gerçekleşmektir (Ayar & Celbiş, 2023). Birey kendi dünyası içinde çaresiz hissettiği bir afet durumu ile karşılaşmaktadır, bu travmatize edici kuvvet doğanın gücü olduğunda *"afet"*; kuvvet başka bir insan kaynaklı olduğundaysa

"vahşet" gerçekleşmektedir (Herman, 2016). Ruhsal travma, Tip I, Tip II ve Tip III olarak üç ana gruplama ile kategorize edilmektedir (Terr, 1991); *Tip I travma:* Ani gelişen, yaşamın hemen her döneminde olabilen, akut ve rastgele oluşan ruhsal travmaları ifade etmektedir; bunlar kazalar, şiddet ve saldırı olayları, tecavüz gibi anlık ve insan eli ile olan travmaları ve de kısa süren deprem ve sel gibi doğal felaketleri kapsamaktadır. *Tip II travma*: Uzun süreli ve sistematik şekilde yaşanan travmalar olup bunlar çocukluk çağı kronik ihmal ve istismar yaşantılarının oluşturduğu ruhsal zararlar ile sistematik biçimde işkenceye maruz kalma gibi deneyimleri kapsamaktadır (Terr, 1991). İlgili konu ile ilgili güncel araştırmalar odağında ruhsal travmaların sınıflandırılmasında "*Tip III: Kitlesel Travma*" kategorisi tanımlanmıştır. *Tip III travma:* Eş zamanlı olarak birçok insanı ve kitleleri etkileyen travmalar olup hem belli bireyleri hem toplumu derinden sarsma potansiyeline sahip örseleyici olaylardır. Şar'a göre savaşlar ve terör olayları bu kapsamda ele alınmalıdır (Şar, 2017).

2.3.2. Modern Psikotravmatoloji: Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları

Modern psikotravmatoloji ekseninde travma ve dissosiyasyon çalışmaları, erken yaşta başlayan, kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının kısa ve uzun dönemli psikolojik yansımalarına paralel olarak gelişen dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu temelli akademik ve klinik çalışmalara dayanmaktadır (Öztürk & Derin, 2023). Modern psikotravmatoloji, ani (akut) veya uzun süreli (kronik) olumsuz yaşam deneyimlerinin hem insan psikolojisine ve ruhsal bütünlüğüne olan kısa ve uzun dönemli psikojen etkilerini hem de yaşam boyu süren psikopatolojilere dönüşümünü kapsamlı bir eksende değerlendirerek travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıkların yine travma odaklı yaklaşımlarla psikoterapisini gerçekleştiren, *"travmatik dissosiyasyon*" ve *"travmatik stres"* konularında çalışmalar yapan bir klinik psikoloji alanıdır (Öztürk, 2022a).

Modern psikotravmatolojinin kurucusu olarak kabul edilen, psikotravmatolojinin tüm zamanlardaki tek duayen ismi olarak psikoloji bilim tarihine geçen ve yine günümüz psikoloji bilim tarihinde yenilikçi psikoterapi uygulamaları için model oluşturan kişi Pierre Janet'tir (Öztürk & Derin, 2023). Janet 1859-1947 yılları arasında yaşamış, Fransız psikoloji ve nöroloji camiasının 19. yüzyıldaki en önemli temsilcilerinden biridir. Janet, günümüzde hala travma odaklı vakalarla çalışan ruh sağlığı uzmanları tarafından en önemli isimlerden biri olarak kabul edilerek, aynı zamanda psikotravmatoloji biliminin duayeni olarak da psikotravmatologlar tarafından tanınmaktadır. Janet, psikoloji ve psikiyatri disiplinlerinin kurumsallaşması ve akademik alandaki gelişimi için yaptığı katkıların yanı sıra klinik alanda da birçok yenilikçi kavramsallaştırma ve uygulamanın öncüsüdür. Travma kökenli histeri vakalarıyla çalışan Janet (1907), kendisinden önce farklı tanım ve betimlemelere benzer konsept ve klinik olgulara değinilmiş olsa da "*bilinçdışı*" ve "*dissosiyasyon"* olgularını kavramsallaştıran ilk kişidir (Erim ve ark., 2022). Janet'in travma konusundaki yaklaşımları kişiliğin yapısal bölünmesi modelinde olduğu gibi birçok travma ve dissosiyasyon tedavi yaklaşımlarının temelini oluşturmaktayken, günümüzde psikotravmatolojiye en büyük katkıyı travma ve dissosiyasyon çalışmalarını sürdüren klinik psikoloji, psikotarih ve psikiyatri alanlarındaki bilim insanları yapmaktadır (Öztürk, 2020a). Travmanın ruhsal izlerinin ve psikiyatrik belirtilerinin klinik alanda incelenme süreci ancak 19. yüzyılda, histeri vakalarıyla çalışan nörolog Jean-Martin Charcot'yla mümkün olmuştur (Erim ve ark., 2022).

Modern psikotravmatoloji, travma kökenli olaylarla ilişkili hem kitlelerin hem de bireylerin verdikleri ruhsal tepkilere, olumsuz yaşam olaylarının psikoterapilerine ve önleme stratejilerine odaklanan psikolojinin klinik yönelimli ana çalışma alanı olarak tanımlanmış olup; dünyanın her yerinde psikotravmatoloji çalışmaları ve uygulamaları, büyük oranda dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu vakalarıyla gerçekleştirilmiş klinik çalışmalardan oluşmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme

stilleri, kuşaklararası psikopatoloji aktarımları, psikotoplumsal baskılar, kuşaklararası travma geçişleri, zorunlu göçler, savaşlar, terörizm ve toplumsal dissosiyasyon deneyimlerini teorik ve klinik çalışmalarla öne çıkarak klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerine bilimsel katkı sunmakta ve bilimsel bilgi düzeyini yükseltmektedir (Öztürk, 2022a). Çocukluk çağı travmaları, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, kuşaklararası travma aktarımı konularını merkeze alan teorik ve klinik araştırmalarla öne çıkarak klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerine yön veren modern psikotravmatoloji disiplinine en büyük bilimsel katkılar psikopatolojinin gelişimi, kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı, psikososyal baskılar, bireysel ve kitlesel dissosiyasyon deneyimleri, *"travma terapistleri",* "*dissoanalistler*" ve "*psikotravmatologlar*" tarafından sağlanmaktadır (Öztürk & Derin, 2023).

Modern psikotravmatoloji ekseninde travmaların diğer bir etkisi ya da sonucu ise sadece olaydan etkilenen bireyin değil, aynı zamanda henüz doğmamış çocuklarının hatta torunlarının da bu travmatik durumdan etkilenmesidir. "*Kuşaklararası travma aktarımı*" olarak kavramsallaştırılan bu durum, travmanın nesiller arası aktarımı kavramı ile ilk olarak 1979 yılında H. Boracas ve C. Boracas tarafından tanımlanmış olup, yoğun ve şiddetli travmalara maruz kalan bireylerin, bu travmaların etkilerini bireyin yakın ilişkide bulunduğu aile, eş, çocuk ve kardeşlerine doğrudan veya dolaylı olarak iletmesi olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020a). Bireylerden topluma geçiş gösteren bir psikopatoloji ekseninde eşzamanlı işlev gören "*kuşaklararası travma geçişi*" ile "*kuşaklararası psikopatoloji aktarımı*" yaşantıları, birbirlerine geçişli iki kuşatıcı dissosiyojen süreç yöneliminde modern psikotravmatolojinin güncel temalarını oluşturmaktadır (Öztürk, 2022a).

Kuşaklararası travma geçişi, Öztürk'ün (2020a) tanımına göre, olumsuz yaşam deneyimlerinin neredeyse değişmeden bir kuşaktan diğerine aktarılmasıyla ilgili bir konudur. Kuşaklararası travma geçişi, aile üyelerinin benzer doğalı çocuk yetiştirme stillerini

benimsemesi ve savunmasıyla karakterize edilir; özellikle annelerin, kuşaklararası süreçte kendi anneleri, kendileri ve çocukları tarafından deneyimlenen travmaların benzer oranlarda olduğu görülmektedir. Kuşaklararası travma aktarımıyla ilgili çalışmalar genellikle toplumun büyük bir kısmını etkileyen deprem, sel, göç, savaş ve terör gibi olaylardan sonra ortaya çıkan toplumsal travmaların aktarımına odaklanır. Örneğin, soykırım yaşamış bir annenin bu travmayı kendi kızına ve torununa aktarabildiği konusunda akademik ve klinik çalışmalar birçok veri sunmaktadır (Öztürk, 2020a). Öztürk'e göre, kuşaklararası psikopatoloji aktarımı ve kuşaklararası travma aktarımının birbiriyle fonksiyon geçişleri ve yakın ilişki dinamikleri bulunmaktadır. Bu yakın ilişki dinamikleri, iki fenomenin tamamen aynı kavramlar olduğunu ifade etmemekte olup benzer yönelime sahip olduğunu açıklamaktadır. Öztürk tarafından yapılan ve/veya yönetilen çalışmalarda, üç kuşak yetişkinler incelenmiş ve her üç kuşak yetişkinin benzer travmatik deneyimler, benzer aile dinamikleri ve benzer psikopatolojilerle ilgili niceliksel ve niteliksel veriler sunduğu bulgulanmıştır (Öztürk, 2022d).

2.3.3. Dissoanaliz Kuramı: Psikotoplumsal Terapi

"Dissoanaliz Kuramı; şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisine saklanan travmatik yaşantıların uzun dönemli psikojen prediksiyonlarının eyleme vurulmaması adına etkin ve fonksiyonel psikotoplumsal temelli bir önleme stratejisidir!"

Prof. Dr. Erdinç Öztürk

Dissosiyasyon, travmatik olay, durum ve/veya süreç karşısında bireyin öznel olan bilincinin farklılaşarak bir adaptasyon çabası yöneliminde olması ve yetersiz kalan savunmalarının psikopatolojik etkisiyle bireyin çoklu bilinç sistemi sürecine dönüşüm reaksiyonlarıdır (Öztürk, 2022a). Travma temelli bir kavram olan dissosiyasyon, bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışı bütünleşik bir bütün

halinde ilişkilendirmedeki başarısızlık-hata olarak da tanımlanır (Canan & North, 2019). Dissosiyasyon, işlevsiz ve şiddet içeren yanlış çocuk yetiştirme stillerine, çocukluk çağı travmalarına ve baskıcı sisteme karşı adeta bireysel boyutta psiko-sosyal ya da ruhsal bir başkaldırı ve özgürlük arayışıdır; bu bağlamda dissosiyatif tepkiler, travmaya maruz kalarak öznellikleri ellerinden alınmış birey ve/veya toplumların psiko-sosyal alanda özgürleşme ve bireyselleşme girişimleridir (Öztürk, 2023a). Öztürk (2020a), dissosiyasyonu hem bireysel hem de toplumsal boyutlara sahip olan ve bireyin çok eksenli psikiyatrik semptomlar göstermesine yol açan ruhsal tepki ve süreçler olarak öz bir şekilde tanımlamıştır.

Uluslararası ve ulusal literatürde son 25 yıl içindeki çalışmalarıyla önem kazanan ve Türkiye'de psikotravmatoloji alanının öncüsü, travma terapisti, klinik psikolog, travma terapisti, psikotravmatolog, psikotarihçi ve dissoanalist olan Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün "*Dissoanaliz Kuramı*" uzun dönemli psikotravmatoloji odaklı travma ve dissosiyasyon yönelimli klinik ve teorik çalışmalarının üzerine bilimsel olarak temellenmiştir (Öztürk, 2022b). Öztürk'ün *"Dissoanaliz Kuramı",* en kısa tanımlama ile *"psikotoplumsal terapi"*nin ta kendisidir (Öztürk, 2022b; Öztürk, 2022c). Dissoanalizin amacı, gelişime açık toplumlar ve entegratif bireyler oluşturmaktır, bu amaç doğrultusunda dissoanaliz, toplumsal ve bireysel travmaların hem tedavi edilmesi hem de sonlandırılması için önleme stratejileri odaklı psikotoplumsal kuramların geliştirilmesini hedeflemektedir. Ayrıca, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarıyla en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar konusunda psikotravmatoloji ve psikotarih yönelimli klinik kökenli modern psikoterapi yöntemlerinin oluşturulmasıyla, bu toplumsal ve bireysel travmaların temel dissosiyojenik bileşenlerinin bütünsel bir yaklaşımla nötralize edilmesi amaçlanmaktadır (Öztürk, 2022b).

Çocukluk çağı travmaları, öznelerde kuşaklararası uzamda ruhsal izler bırakarak nesiller boyunca devam eder. Travmatik yaşantıların kuşaklaraşırı uzamda varlanışını

sürdürmesi; psikopatoloji, terörizm, savaşlar ve kitlesel şiddet gibi sorunların yanı sıra yanlış çocuk yetiştirme stillerinin devam etmesine neden olduğunu açıkça göstermektedir ki bu durum, çocuklarımızı travmatize ederek onlarda dissosiyatif belirtilere yol açmaktadır. Hem bireysel hem de toplumsal travmatik yaşantıların son bulması adına bu örseleyici yaşantıların nötralize edilmesi öncül bir gerekliliktir (Öztürk, 2022b; 2022c). Dissoanaliz kuramı, dünyanın bütün bölünmüş toplumlar distopyasında şiddet odaklı ve empati açısından yetersiz ve yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle büyütülen her neslin, travmatik yaşantılarını nötralize edemediğinden dolayı dissosiyatif savunmalar ile çoklu bilinç ve bellek sistemleri eşliğinde istismarcılarına bağlanarak hatta onlarla özdeşim kurarak her türlü otorite figürü ile konformist ittifak yapmasının, psikotoplumsal bağlamda savaş, terör ve soykırım sarmallarının hem ana kaynağı hem de ana motivatörü olduğunu önemle vurgular (Öztürk, 2023a). Günümüz psikoloji ve psikiyatri akademisinde insan kökenli hem bireysel hem de toplumsal travmalar; özellikle savaş, terör ve soykırım travmaları üzerine olan kuramların veya ekollerin ya geçerliliğini yitirmesi ya da bu kavramlara dair kitlesel farkındalığın sağlanmasında yetersiz kalması, kısa ve uzun dönemli kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarına, ardışık savaşlara, terör ataklarına ve katastrofik soykırımlara dair etkin önleme stratejilerini ve fonksiyonel psikoterapi modellerini içerisinde barındıran dissoanalizin varlanış göstermesinin etken ajanı olmuştur (Öztürk, 2023b).

2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları

2.3.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları Kavramı

Çocukluk çağı travmaları; şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, kuşaklararası psikopatoloji aktarımları, psikotoplumsal baskıları, kuşaklararası travma geçişleri, zorunlu göçler, savaşlar, terörizm, kitlesel ve bireysel dissosiyasyon deneyimlerini teorik ve klinik çalışmalarla öne çıkarak klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerine bilimsel katkı sunmakta ve

bilimsel bilgi düzeyini yükseltmektedir. Bireyin deneyimlediği her sıkıntı verici olay ya da durum "*ruhsal travma*" olarak nitelendirilmez, travmatik olayın ya da durumun niteliği ve olaya verilen tepkiler de dikkate alınmalıdır. Bireyin örseleyici olay üzerindeki kontrol kaybı, yetersizlik algısı, çaresizlik, aile öyküsü, sosyal destek algısı ve toplumun travmatik olaya bakış açısı gibi etkenler olayı ya da durumu "*ruhsal travma*" penceresinden değerlendirebilmemizi sağlayan etkenlerdir (Butler, 2013; Öztürk, 2020a). Ruhsal travma kavramının merkezinde yer alan çocukluk çağı travmaları, birçok ruhsal bozukluğun etiyolojisinde temel risk faktörü olarak görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları bireyde davranışsal, bilişsel, ruhsal ve sosyal alanda sorunlar oluşturmaktadır. İnsanlar, diğer tüm canlılar arasında en yavaş gelişen ve en fazla bakıma ihtiyaç duyan canlıdır. Yenidoğan bebeklerin, doğumdan hemen sonra hayatta kalmak için gerekli olan beslenme ve diğer ihtiyaçları uzun bir süre boyunca bakım verenleri tarafından karşılanır (Öztürk, 2020b).

Bebeklik ve çocukluk dönemleri evrensel olarak benzer zamanlarda birbirine yakın süreçleri (bakım, tutum, ilgi ve ebeveyn davranışları gibi) içermektedir, ancak tarihsel olarak eski dönemlere bakıldığında ise günümüzle geçmiş arasında büyük farklılıklar vardır. Çocukluğun tarihine geri döndükçe ve batıdan doğuya doğru ilerledikçe, çocukların daha fazla ihmal ve zulme maruz kaldığı, aileleri tarafından daha çok şiddet gördüğü, öldürüldüğü, terk edildiği, korkutulduğu, kontrol edildiği, yönetildiği ve cinsel açıdan istismar edildiği görülmektedir. Yüzyıllar boyunca, toplumlar coğrafi, iklimsel, sosyal ve ekonomik koşullar nedeniyle çocuk yetiştirme stilleri açısından farklı deneyimlere sahip olmuşlardır (Öztürk, 2016). Bebek, toplumun ilk temsilcisi olan annesi vasıtasıyla ve kendisine sunulan çocuk yetiştirme stilleri ile toplumsal yaşamla temasa geçmekte ve bu temas ile arkadaşlarıyla ve çevresiyle iletişim kurmaya başlamaktadır. Özellikle ilk zamanlarda annenin çocuğuna hangi çocuk yetiştirme stili ile davrandığı kadar onunla kurduğu empati düzeyi de çocuğun biyopsikososyal gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Şekil I'de geçmişten günümüze

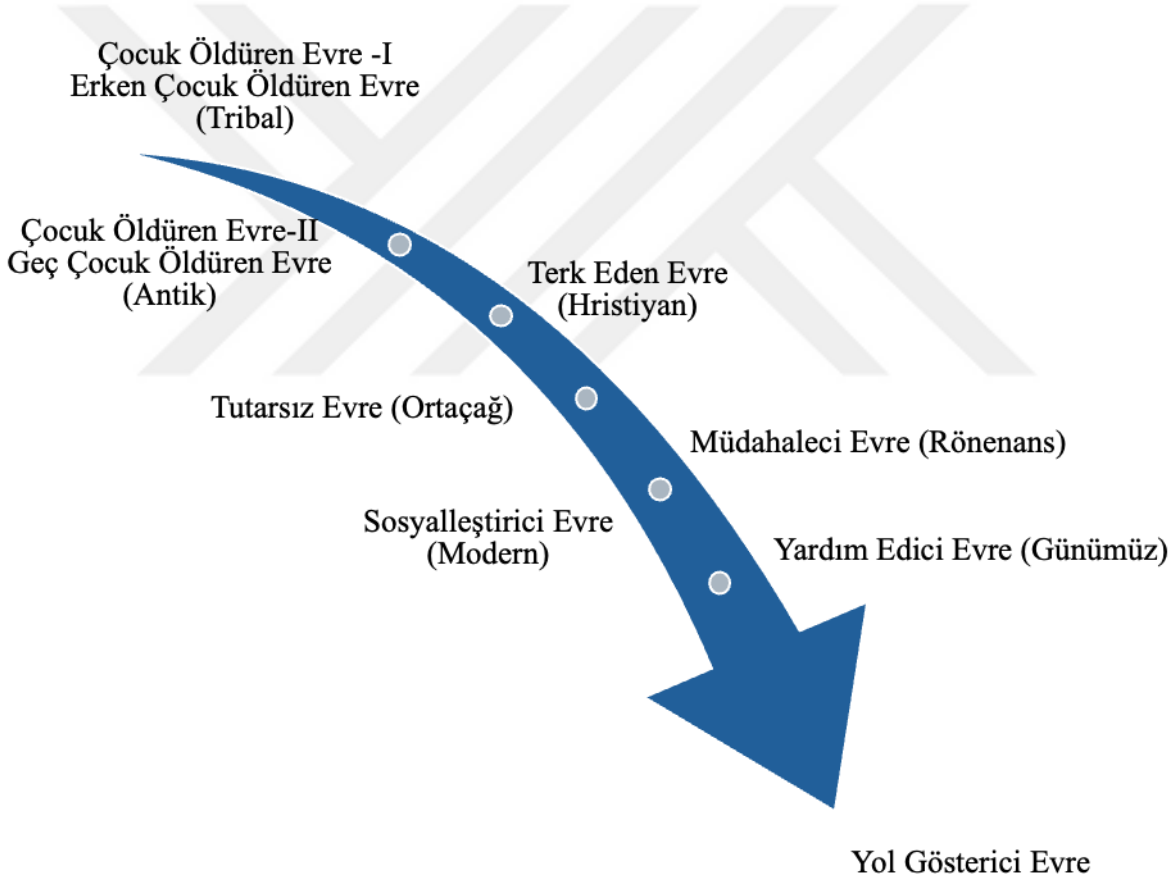
psikotarihsel çocuk yetiştirme stillerinin seyri, deMause (ilk altı evre) ve Öztürk (yedinci evre)'e göre detaylı bir şekilde ele alınmıştır (Öztürk, 2020b).

Tarihsel akış içinde zamansal farklılıklara göre topluluk ve kültürler değerlendirildiğinde, çocuğa yüklenen anlamların farklılık göstermesiyle ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerinin de değiştiği görülmüştür; çocuğun değersiz bulunduğu topluluklarda ebeveynler, evlatlarıyla aralarında sevgiye dayalı bir bağ kuramamış ve böylelikle çocuklar güven duyabilecekleri bir anne-baba figüründen mahrum kalarak yetişmişlerdir (deMause 1997;1998; Öztürk, 2020b). Ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri psikotarihsel süreçte giderek artan bir empati anlayışının kazanılması ile gelişim göstermiştir, bakım veren ve bebek/çocuk arasındaki bağlanma sürecini etkileyen çocuk yetiştirme stillerini altı psikojenik evrede (Bkz. Şekil I) ele alan deMause (1997;1998), çocukluğun tarihinin istismar ve ihmal üzerine kurulduğunu vurgulamıştır (Öztürk, 2020b). deMause (1997;1998) tarafından tanımlanan tarih boyunca çocuk yetiştirme stillerinin altı evresi ve Öztürk (2020a) tarafından önerilen *"Yol Gösterici Evre: Guiding Mode"* adeta insanlığın tarihinden başlayarak, günümüze kadar devam eden, değişen ve halen devinim halinde olan çocukluğun psikotarihsel gelişimini net bir şekilde yansıtmaktadır (Bkz. Şekil 1).

Çocukluğun psikotarihsel gelişiminde (Bkz. Şekil 1), insanlık tarihinde, yetişkinlerin çocuklar hakkındaki görüşleri ve verdikleri önem zamanla değişmiştir. Çocukluğun psikotarihsel evreleri, şu şekilde açıklanmaktadır: *Erken Çocuk Öldüren Evre*, bu evrede ebeveynler, şizoid bir kişilik yapısına sahiptir ve bu nedenle çocuğunu cezalandırmak, öldürmek veya onu kurban etmek gibi kötü davranışlarda bulunmaktadır. *Geç Çocuk Öldüren Evre'*de ebeveynler narsist bir yapıya sahiptir ve anne çocuğunu tüketmekte, terk etmekte ve onu insan türü alter tanrılara adamaktadır. *Terk Eden Evre*'de, anneler arasında empati artışı gözlenmiş ve çocuk öldürme yerine çocuklarını yaralama yöntemine geçilmiştir. *Tutarsız*

Evre'de, anne sınırda kişilik yapısına sahip olup, kendi çocuklarını ezerek dövmektedir. *Müdahaleci Evre*'de, çocuğu kurban etmek, onu itaat ettirmeye dönüşmüştür ve müdahaleci ebeveynlik, fiziksel istismarın yarattığı psikolojik baskının yerini almıştır. 18. yüzyılda başlayan *Sosyalleştirici Evre*, çocukları topluma kazandırmayı amaçlayan bir yetiştirme tarzını ifade etmektedir. *Yardım Edici Evre*, ebeveynlerin empati düzeylerinin en üst noktada olduğu modern dünyada çocuk yetiştirme stili, sosyalize edici bir yaklaşım benimsemektedir.

Şekil I: Tarih Boyunca Çocuk Yetiştirme Stilleri (deMause 1997; Öztürk, 2020b)



Ebeveynler, çocuklarına sevgiyle yaklaşır ve onlara güvenirler. *Yol Gösterici Evre*'de ise ebeveynler hümanistik ideallerle çocuklarını severler, güvenirler, onları korurlar ve rehberlik ederler. Bu dönemde, kurban kavramı ortadan kalkar ve bilgi ile deneyim, kuşaklar

arasında aktarılır. Empati yeteneği gelişmiş, sosyal çevresiyle ilişkisel denge kurabilen, savaş ve şiddet karşıtı çocuklar yetiştirilir. Çocukluğun psikotarihsel seyrinde de görüldüğü üzere, çocukluğun tarihi istismar ve ihmal deneyimleriyle öne çıkmaktadır (Öztürk, 2020b). İstismar ve ihmal, çocukluk çağı travmaları içerisinde geniş yer alan adli olgulardır. Çocuk istismarı, 0-18 yaş grubundaki çocuğun, ebeveynleri ve/veya bakım verenleri (kişiler, kurumlar vb.) tarafından, kültürel değerler ve profesyoneller tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak nitelendirilen ve çocuğun biyopsikososyal gelişimini olumsuz etkileyen ya da kısıtlayan kaza dışı ve önlenebilir eylem ve/veya eylemsizliklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Dokgöz & Polat, 2020). Çocuk istismarı ve çocuk ihmalini kapsayan çocukluk çağı travmaları, farklı kültürlerde ve toplumlarda farklı şekillerde algılanmakla beraber genel olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün "*Çocuğun sağlığını, fiziksel ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar*" şeklindeki tanımı kabul edilmektedir. Çocuk istismarı, fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmal olarak beş kategoriye ayrılmaktadır. İstismar ve ihmalin bu farklı kategorileri sadece aileleri değil aynı zamanda toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş sektörlerini de etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (Dokgöz & Polat, 2020).

Çocuk istismarı tüm dünyada görülen küresel bir adli olgu olup, %5-%18 arasında yaygınlık oranları bildirilmektedir (Clayton ve ark., 2018; Odacı & Türkkan, 2021). Çocukluk çağı travmaları odağında gerçekleştirilen bir bilimsel çalışma, çocukluğunda örseleyici olaya maruz bireylerde ruhsal bozuklukların ve duygusal sorunların arttığı tespit edilmiş olup; psikiyatrik hastalıkların veya duygusal sorunların yaklaşık %30'u çocukluk çağı travmalarından kaynaklanmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının bireylerin ruh sağlığı üzerindeki bu yüksek orandaki etkisi, travmanın meydana geldiği andan yetişkinlik ve yaşlılığa kadar uzayabilmektedir (Zhang ve ark., 2021). Adli bilimler içerisinde de geniş yer bulan çocukluk çağı travmaları ve çocuk istismarına yönelik ülkemizde kanun, sözleşme ve

yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu bağlamda, çocuk istismarı çerçevesinden fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olgusu ile ihmal kavramını detaylı açıklanması önem arz etmekte olup; ek olarak modern psikotravmatoloji penceresinden disfonksiyonel ve patolojik ailelerdeki istismar edici iletişim stillerinin vurgulanması ve detaylı açıklanması gerekir. Modern psikotravmatoloji, adeta psikopatolojik olarak madalyonun görünmeyen yüzündeki şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini ve bu şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri çerçevesindeki bazı durumları da güncel bir yaklaşımla incelemektedir.

2.3.4.2. Fiziksel İstismar

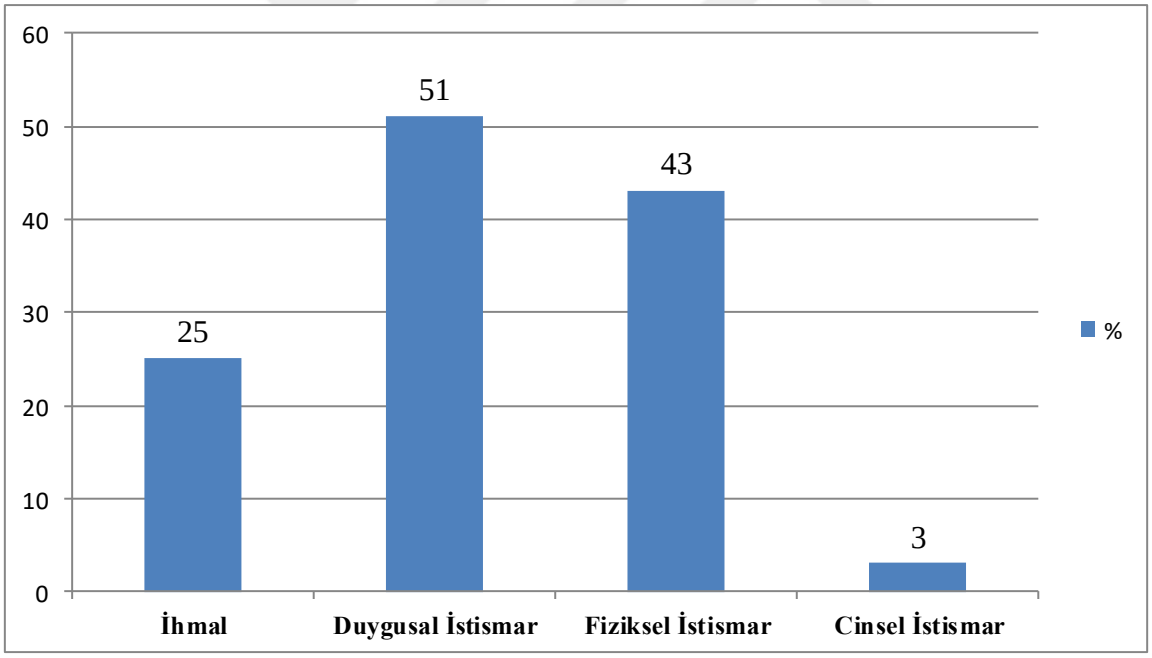
Fiziksel istismar, çocukların ebeveynler ya da bakım verenleri tarafından kaza dışı yaralanması şeklinde tanımlanmakta olup, çocuklara aletli (sopa, bıçak, sigara vb.) veya aletsiz/araçsız olarak fiziksel açıdan zarar verilmesidir. Çocuk istismarı çoğunlukla 4 yaş ve altındaki çocuklarda görülmektedir. Küçük çocuklar arasında kafa travmasına sık rastlanmaktadır, çocuğun yaşı arttıkça fiziksel istismar riski çocuğun yaşı ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Dokgöz & Polat, 2020). Tokat, tekme ve yumruk atmak, ısırmak veya çimdiklemek ve vücutta kızarıklıklara neden olacak davranışların yanı sıra çocuğu sarsmak ve itmek de fiziksel istismar kapsamında değerlendirilmektedir. Bu eylemlerin sonucunda çocuğun yaralanmasına ve sakat kalmasına hatta ölümüne neden olunması söz konusudur (Durmuşoğlu, 2015; Türk ve ark., 2021). Çocuğa yönelen şiddet davranışı, fiziksel yara ve izlere ek olarak öznelerin ruhsal dünyasını da yaralamaktadır. Sıklık ve derecelerine bağlı olarak çocuğun okul başarısının düşmesi, kendini ifade etme becerilerinin zayıflaması, sosyalleşme sorunu yaşamaları, özsaygılarının azalması, duygusal tepkilerin artması hatta madde kullanımı, kaygı sorunları, depresyon, iş-meslek başarısızlığı, bellekte sorunların görülmesi ve saldırgan davranışların artması söz konusudur (Dokgöz & Polat, 2020). Ruhsal hastalıklar açısından bakıldığında, dissosiyatif bozukluklar psikiyatride en yüksek oranda

çocukluk çağı ruhsal travmaları (ör. istismar ve ihmal) bildirilen tanı grubudur (Şar, 2018). Özellikle çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar arasında güçlü ve bilimsel açıdan kanıta dayalı bir bağ vardır (Krause-Utz, 2022). Türkiye'de çocuklara ve gençlere yönelik şiddet ev, okul, çocuk bakım evleri, yargı, emniyet kurumları ve kamuya açık alanlar olmak üzere farklı ortamlarda kendini göstermektedir. Bu noktada kültürel açıdan bedensel olarak cezalandırmanın bir disiplin yöntemi olarak algılanması etkili olmaktadır ki evrensel ve yaygın olan bu davranış şekli kuşaktan kuşağa çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla aktarılmaktadır. Türkiye'de çocuklar genel olarak evde en çok babadan, okulda öğretmenden ve sokakta ise tanıdıklarından şiddet görmektedir (Dokgöz & Polat, 2020).

Fiziksel istismar epidemiyolojik olarak incelendiğinde, Stoltenborg ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında dünya çapındaki sıklık ve yaygınlık oranı %22,6 olarak bulgulanmıştır. Fiziksel istismarın çoğunlukla baba tarafından gerçekleştirildiği görülmüş olup, fiziksel istismarda istismar biçimi incelendiğinde olguların %95'inde tokat atarak cezalandırma olduğu, %17,9'unda bir araç olmaksızın ağır dövme şeklinde cezalandırıldığı tespit edilmiş ve çocuğa uygulanan şiddeti normal görmek ve bunu bir terbiye etme aracı olarak kullanmanın çoğu ailenin temel problemi olduğu da tespit edilmiştir (Aktay, 2020). Ergenlerde yaşam boyu yaşanan ruhsal ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ve ihmal sıklığının yaşa göre %42,6 ile %70,5 arasında değiştiği gösterilmiştir (Sofuoğlu ve ark., 2014; Şahin Dağlı ve ark., 2019). "*Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu*'na göre (Bkz. Şekil II) ülkemizdeki 7-18 yaşlar arasındaki çocukların son 1 yıl içinde %51'inin duygusal istismar, %25'inin ihmal, %43'inin fiziksel istismar ve %3'ünün ise cinsel istismar mağduru olduğu bildirilmiştir (SHÇEK-UNICEF, 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde hazırlanan kapsamlı bir rapor olan çocuğa kötü muamele raporu "*Child Maltreatment 2017*" son 1 yıl içinde kayıtlara geçmiş çocuğa yönelik istismar ve ihmal vaka sayısının, 3.500.000 vaka içerisinde 640.000 olduğu ve vakaların

%74,9'unun ihmal, %18,3'ünün fiziksel istismar ve %8,6'sının ise cinsel istismar mağduru olduğu tespit edilmiştir (U.S. Department of Health & Human Services, 2019). Küresel çalışmalar hemen hemen tüm toplumlarda çocukların ev, okul ve sosyal yaşamda şiddete tanık olduklarını ve çok sayıda çocuğun doğrudan etkilendiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel istismara ilişkin risk faktörleri, dil-konuşma problemleri, zeka gerilikleri, çocukluk çağı ruhsal hastalık öyküsü, istenmeyen hamilelik-istenmeyen çocuk, düşük doğum ağırlığı, ebeveynler arası çatışma, boşanma, ebeveynlerde ruhsal hastalık tanısının olması, düşük sosyoekonomik düzey, aile içi şiddet ve sosyal izolasyon olarak belirtilmektedir (Dokgöz & Polat, 2020).

Şekil II: SHÇEK-UNICEF (2010) Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu, 7-18 Yaş Arası Çocukların Maruz Kaldıkları İstismar Türleri



2.3.4.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar; çocukların kendilerini duygusal anlamda olumsuz yönde etkileyen tehdit, aşağılama, görmezden gelme, hakaret, küçük düşürme, yaş ve kapasitesinin üzerinde beklentilerde bulunma gibi tutum ve davranışlara maruz bırakılarak psikolojik olarak

örselenmesi durumudur (Durmuşoğlu, 2015; Türk ve ark., 2021). Duygusal istismar davranışları genel olarak, çocuğun üzerinde güç sahibi olan kişi veya kişiler tarafından gerçekleştirilmekte ve çocuğun biyopsikososyal gelişimine yakın ve uzak gelecekte zarar vermektedir. Duygusal istismar, tüm çocukluk çağı travmaları türleri arasında tanımlanması ve tespiti en güç olan istismar türlerinin başında gelmektedir (Dokgöz & Polat, 2020). Duygusal istismar, çocuk istismarının bir alt kategorisi olarak kendi içerisinde farklı sınıflandırmalara sahiptir; çocuğun sık sık tek başına bırakılması olan "*yalnız bırakma/izole etme*", çocuğun yok sayılması şeklinde tanımlanan "*reddetme/yok sayma"*, çocuğu kendinden mahrum bırakmakla tehdit etmek olarak açıklanan *"korkutma/yıldırma"* ve çocuğun bir suçun unsuru olmasını teşvik etmek için *"suça yöneltme/itme"* olarak sıralanabilir (Baskak, 2023).

Fiziksel ve cinsel istismar, risk faktörleri belirli bir grup ve kişilere atıfta bulunurken duygusal istismar söz konusu olduğunda, bu istismar türüne toplumun her kesimine ait çocuklarda rastlanabilmektedir. Güler ve arkadaşları tarafından 143 aile ile gerçekleştirilen bir çalışmada çocukların %93'ünün anneleri tarafından duygusal istismara uğradığı tespit edilmiştir (Güler ve ark., 2002). Bu konu ile ilgili başka bir çalışmada ise katılımcıların %81.1'inin annesi tarafından sevgi görmediği, %77.6'sının odasına kapatıldığı, %8,4'ünün üzerine ev kapısının kilitlendiği ve %2.1'inin ise ayaklarının bağlandığı ortaya çıkmıştır (Baskak, 2023). Duygusal istismara yönelik farkındalık odaklı bir diğer bilimsel araştırmada ise çocuklarını azarlayan ebeveynlerin %74'ünün duygusal istismar davranışında bulunduklarını fark etmedikleri sonucuna varılmıştır (Cansız, 2021).

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığına ilişkin Türkiye'de yapılan bir çalışmada duygusal istismar oranı %51 olarak bulunmuştur. UNICEF ile SHÇEK çalışmasında (Bkz. Şekil II), duygusal istismar oranı yine %51 iken duygusal istismara tanık olma oranı ise %49 olarak bildirilmiştir (SHÇEK-UNICEF, 2010). İlgili çalışmada, çocuklara ders ile ilgili baskı

ve azarlama %33 gibi bir oranla en yüksek seviyededir. Çocuğun hoşuna gitmeyen şeyler söyleme, terk etme veya terk edilme odaklı tehdit söylemleri, evden kovma ve kovma tehdidi gibi tutum ve davranışlar duygusal istismar olgularında sıkça yer almaktadır. Duygusal istismar, oransal olarak da açıkça görüldüğü gibi çocuk istismarının en yaygın türüdür ki hem tek başına olarak hem de diğer istismar türleriyle (fiziksel ve cinsel istismar) birlikte görülmektedir. Duygusal istismarın risk faktörleri (Campbell & Hibbard, 2014) arasında; aile içi şiddet ve boşanma öyküsü, istenmeyen veya planlanmayan bir çocuk olması, şımartılma, anne-babaların yetersiz ve deneyimsiz ebeveynlik becerileri, ebeveynlerde alkol/madde bağımlılığı öyküsü ve/veya travma ile ilişkili ruhsal hastalıkların bulunması, sosyal izolasyon, entelektüel ve duygusal yetilerin azlığı yer almaktadır (Dokgöz & Polat, 2020).

2.3.4.4. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel amaçlı kullanılmasıdır, istismar için temas şart olmamakla birlikte teşhir ile başlayıp penetrasyona kadar geniş bir yelpazede sınıflanmaktadır (Dokgöz & Polat, 2020). Cinsel istismar; cinsel saldırı, teşhircilik, röntgencilik ve cinsel içerikli konuşma şeklinde temas içermeyen veya cinsel dokunma, vücudun özel bölgelerine dokunma, oral seks, oral-vajinal, oral-anal ilişki, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon, cinsel sömürü; çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu gibi temas içeren eylemler şeklinde de sınıflandırılmaktadır (Can ve ark., 2011; Faller, 1988). Her sosyo-ekonomik gruptan ve her yaştan çocuk cinsel istismara maruz kalmakta olup, vakaların yaklaşık %30'u 2-5 yaş, %40'ı 6-10 yaş ve %30'u ise 11-17 yaşları arasında olmaktadır ki cinsel istismarın genellikle ilk kez 8-12 yaşlar arasında yaşandığı belirtilmektedir (Can ve ark., 2011; Rutter ve ark., 1994). Elde edilen istatistiki verilere göre erkek çocuklar, kız çocuklara göre daha küçük yaşlarda istismara maruz kalmakta olup, istismar edildiğini bildiren çocuklar içinde 1/3'ünün erkek olduğu belirtilmiş ancak oransal olarak bu farklılığı

açıklamak için erkek çocukların güçsüzlüklerine yönelik imalar ya da stereotipler nedeniyle istismarı daha az bildiriyor olabileceğini vurgulamışlardır (Can ve ark., 2011). Aynı bilimsel araştırmanın sonuçlarına göre adli yargılanma süreci devam eden sanıkların %80'i, çocuğun kendi yakın çevresindeki kişilerden oluşmaktadır (Back & Lips, 1988; Can ve ark., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her 5 yetişkin kadından 1'i ve her 13 yetişkin erkekten 1'i çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmakta olup; Türkiye'de ise bu konuyla ilgili ulusal düzeyde yapılan kapsamlı bir çalışma bulunmamakla birlikte bu doğrultuda gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde sonuçların farklılık gösterdiği gözlenmektedir (Odacı & Türkkan, 2021). Örneğin UNICEF'in 2010 yılında Türkiye'de 7-18 yaş arasındaki toplam 1886 çocukla yapılan çalışmasında, çocukların son bir yıl içinde maruz kaldığı cinsel istismar sıklığı %3, cinsel istismara tanıklık ise %10 olarak bulunmuştur (SHÇEK-UNICEF, 2010). Cinsel istismar mağdurları her yaştan erkek ve kızlar olabilmektedir, cinsel istismarın meydana geldiği belirli bir etnik grup, din veya bölge olmamakla birlikte, kadın olmak cinsel istismar için önemli bir risk faktörüdür. Cinsel istismara karşı en savunmasız olan grubun ergenlik dönemindeki bireyler olduğu; ayrıca ebeveyn yokluğu, üvey babanın varlığı, aile içi çatışmalar, düşük sosyoekonomik düzey, engellilik ve/veya mental sağlık sorunları ile madde kullanımı olan çocukların daha fazla risk altında olabileceği ifade edilmektedir (Bulut & Karaman, 2018; Butler, 2013; Odacı & Türkkan, 2021). Cinsel istismar mağduru çocuklarda duygusal, davranışsal ve bedensel belirtilerle karakterize ruhsal bozukluklar görülebilmektedir. Cinsel istismar mağduru çocukta sonrasında yoğun kaygı, dissosiyatif yaşantılar, travma ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar, depresyon bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve fiziksel yakınmalar görülmektedir (Dokgöz & Polat, 2020). Ulusal ve uluslararası bilimsel literatürde ruhsal travma, dissosiyatif yaşantılar ve travma sonrası stres bozukluğu bağlamında yapılan ilgili araştırmalar incelendiğinde çok farklı örneklemlerle ve farklı travmatik deneyimlerle yapılan

araştırmaların çoğunluğunda, çocukluk çağı travmaları ve bu çocukluk çağı travmaları kökenli dissosiyatif yaşantılar olarak kendini göstermektedir (Bayraktar, 2018; Butler, 2013).

2.3.4.5. İhmal

İhmal, çocuğa karşı temel sorumlulukların yerine getirilmemesi, çocuğun ebeveynleri veya ona bakım veren kişi veya kişiler tarafından barınma, beslenme, hijyen, giyim, eğitim, sevgi ve güven gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması ve gerekli tıbbi müdahalelerin yapılmaması durumu olarak tanımlanabilir (Türk ve ark., 2021). İhmal, istismardan farklı olarak pasif bir eylem ve kayıtsızlık halidir. İstismar (fiziksel, cinsel, duygusal), çocuğa yapılmaması gereken davranışların yapılması; ihmal ise yapılması gereken davranışlarının yapılmaması anlamına gelmektedir (Türk ve ark., 2021). İhmal, kendi içerisinde fiziksel, duygusal, eğitimsel ve/veya tıbbi ihmal olarak sınıflandırılmaktadır. *Fiziksel ihmal*, çocuğun beslenme, barınma, temizlik-hijyen ve koruma gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının giderilmemesi; *duygusal ihmal* çocuğun sevgi, güven hissi, duygusal destek hissetmemesi ve ebeveynlerin çocukların duygusal gereksinimlerine karşı kayıtsız kalmaları ve de adeta çocuğun duygusal olarak yok sayılması; *eğitimsel ihmal* ise çocuğun eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması, eğitiminin yarıda bırakılması ve eğitim ile ilgili gereksinimlere karşı kayıtsız kalınması ve son olarak *tıbbi ihmal* ise, çocuğun tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması, tıbbi bakımın geciktirilmesi ve/veya tedavi ettirilmemesidir (Dokgöz & Polat, 2020).

İhmal kavramının risk faktörleri arasında; düzensiz ve dağınık aile yapısı, ebeveynlerde madde kullanımı, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel engellilik ve psikiyatrik bozukluklar bildirilmekte; bu risk faktörlerini yoksulluk, sosyal-kurumsal destek eksikliği ve evsizlik takip etmektedir (Dokgöz & Polat, 2020). "*Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu"*na göre (Bkz. Şekil II) ülkemizdeki 7-18 yaşlar arasındaki çocukların son 1 yıl içinde %25'inin ebeveynleri tarafından edildiği bildirilmiştir

(SHÇEK-UNICEF, 2010). Amerika Birleşik Devletleri çocuğa kötü muamele raporunda, 2017 içinde kayıtlara geçmiş çocuğa yönelik istismar ve ihmal verileri incelendiğinde, çocukların %74,9'unun anne-babaları tarafından ihmal edildiği tespit edilmiştir (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Kara ve arkadaşları (2014) tarafından çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ile yaklaşımlarının incelenmesi amacıyla Ankara ilinde görev yapan pediatri asistanları, pediatri hekimleri ve pratisyen hekimlerden oluşan 550 tıp doktoru ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin en sık karşılaştığı vakaların sırasıyla %45,8 ihmal, %29,8 fiziksel istismar, %23,6 duygusal istismar ve %10,5 cinsel istismar olarak bulgulandığı bildirilmiştir. İhmal, fiziksel-cinsel-duygusal istismar türlerine göre daha yaygın ve sık görülmesine rağmen ölüm veya ciddi bir yaralanmayla sonuçlanmadığı için genellikle göz ardı edilmektedir (Dokgöz & Polat, 2020). Bu doktora tez çalışmasında çocukluk çağı istismar ve ihmaline yol açabilen disfonksiyonel aileler ve dissosiye edici ebeveyn tutumları ile davranışları kapsamlı olarak açıklanmaktadır.

2.3.4.6. Disfonksiyonel ve Patolojik Ailelerde İstismar Edici İletişim Stilleri

Çocukluk çağı travmaları bağlamında modern psikotravmatolojinin literatüre kazandırdığı tez çalışmamızın bu bölümünde disfonksiyonel ve patolojik ailelerde istismar edici iletişim stilleri, aslında görünürde normal aile olarak deneyimleyebilen bir kavramı yansıtmaktadır. Çocukluk çağı istismar ve ihmaline yol açan disfonksiyonel aileler, *"kuşaklararası travma geçişi"* ile *"kuşaklararası psikopatoloji aktarımı"*nı sağlayan ambivalan, çalkantılı ve kriz odaklı iletişim dinamikleriyle karakterize olup; günümüzde ebeveynler hem çocuklarını kontrol edebilmek hem de onların kendilerine itaat etmelerini sağlayabilmek adına bu disfonksiyonel iletişim stillerini bir yanlış çocuk yetiştirme stili olarak kullanmaya devam etmektedirler (Öztürk & Derin, 2022b). Modern psikotravmatolojide görünürde normal aile dinamikleri bir fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar veya

ihmal gibi kavramları karşılayamayan deneyimleri daha modern aile içi ilişkileri ancak bunların psikopatolojik olarak madalyonun görünmeyen yüzündeki yanlış çocuk yetiştirme stillerini ve bu yanlış çocuk yetiştirme stilleri çerçevesindeki bazı durumları incelemektedir. Bunlar çift mesaj, sahte karşılıklılık ve arkadaş anne-baba gibi modern psikotravmatolojinin en önemli kavramlarıdır; görünürde normal aile dinamikleri yanlış çocuk yetiştirme stili olarak işlev gören ve çocukluk çağı travmalarına sebebiyet veren ancak köklerini kuşaklararası bir psikotarihten alan hatta kendi içerisinde tutarlı ancak sağlıksız ve psikopatolojik olarak yapılaşmış, kalıplaşmış düşünce ve duygulardır (Öztürk, 2021).

Öztürk'e göre bu kalıplar yüzyıllarca yıl önce hatta çağlar önce tarihteki en eski dönemlerde çocuklara ciddi ölçüde fiziksel zarar veren ebeveynler, ruhsal açıdan zarar veren ebeveynlerin günümüze aktardığı çocuk yetiştirme stillerinin birer psikojen kalıntılarıdır. Şekil I'de de ifade edildiği gibi çağlar boyunca farklılaşan çocuk yetiştirme stilleri günümüzde de toplamsal yapı içerisinde *"görünürde normal"* olarak karşımıza çıkmaktadır ki bu ilkel yanlış çocuk yetiştirme stillerinin günümüze olan yansımalarıdır (Öztürk, 2020a). Çocukların duygusal açıdan zarar görmelerine daha da ötesinde duygusal istismara da sebep olmaktadır; görünürde normal aile dinamikleri ebeveynin kendi ebeveyninden öğrendiği ancak bilinçdışı bir yönelimle farkına bile varılmadan çocuğa uygulanan psikopatojen dinamiklerdir ve bu psikopatojen dinamikler kişilerin karşısındaki ya da çevresindeki bireyleri kontrol altına alabilme ve manipüle edebilme aracı olarak işlev görmekte ve de çocukları travmatize edebilmektedir. Çünkü yanlış çocuk yetiştirme stilleri kapsamında gizli belki de derin bir cezalandırma ya da bilinçdışı bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmakta gerek aile içinde gerekse aile dışındaki bireyler ve yakınları tarafından hem travmatize edilmekte hem de psikopatolojik boyutta kontrol edilmeye çalışılmaktadır (Öztürk, 2020a). Disfonksiyonel aile dinamikleri, ebeveynler aracılığı ile kuşaklararası aktarılan ve ebeveynlerden öğrenilen *"dissopsikopatojen"* ilişki dinamikleridir. Bu dissopsikopatojen

ilişki dinamikleriyle bireyler, ailesindeki ya da çevresindeki kişileri kontrol edebilmekte ve yönetebilmekte hatta onları travmatize edebilmektedir. Disfonksiyonel aile dinamikleri, yanlış çocuk yetiştirme stili kapsamında bir cezalandırma yöntemi olarak kullanılmakta ve gerek aile içindeki gerekse aile dışındaki bireyler, yakınları tarafından hem *"dissosiye"* hem de *"kurban"* edilerek onlar üzerinde kontrol kurulmaya ve itaat ettirilmeye çalışılmaktadır. Genel olarak duygusal istismar kapsamı altında değerlendirilebilen görünürde normal aile dinamikleri hem tek başına hem de fiziksel ihmal ve cinsel istismarla birlikte eş zamanlı olarak belirli periyotlarda deneyimlenebilmektedir (Öztürk & Derin, 2022a).

Sahte karşılıklılık, çift mesaj, ailede gizli cepheleşme, hasta-aptal rolü, şımartılma, arkadaş anne-baba, anne ve babalık reddi, duyarsızlık, ebeveynlerin rol değişimi ve diğerinin yerini başarısız bir şekilde doldurma çabası, çocuklardan yüksek beklenti düzeyi, okutulmama, doktora veya dişçiye götürmeme, çocuk işçiliği, değişken oranlı kurallar ve kuralsızlıklar, görünürde normal aile içindeki duygusal istismara zemin hazırlayan çocukluk çağı travmalarına sebep olabilen istismar edici disfonksiyonel iletişim stilleridir (Öztürk, 2020a; 2021). Bu dissosiye edici disfonksiyonel iletişim stilleri, çocukluk çağı travmaları ve ihmal odağında görünürde normal ailelerde sıklıkla yaşantılanmaktadır. Ebeveynler bu disfonksiyonel iletişim şekilleriyle çocuklarını hem travmatize ve dissosiye etmekte hem de kendileri ile güvenli bağlanma kurmalarına engel olmaktadırlar (Öztürk & Derin, 2022a).

Sahte karşılıklılık (Öztürk & Derin, 2022a), görünürde normal ailelerde en sık yaşantılanan iletişim şekillerinden biri olup anne ve babanın her ikisi de anlaşmazlık yaratmama ve uyumlu olmaya çabalama amacıyla abartılı hassasiyetlerini korumaktadırlar. Sahte karşılıklılık sürecinde hem anne hem de baba, kendi kişilik özelliklerini sergilemeden kendi tutum ve davranışlarını kısıtlayarak hareket ederek; aile içerisinde ebeveynlerin spontanlık kaybı zemininde *"görünürde mutlu"* bir aile tablosu deneyimleniyor gibi olsa da

kimse gerçekten mutlu, huzurlu, keyifli ve tam olarak kendisi değildir. Birbiriyle gerçek ve duygudan uzak bir ilişki kuran ebeveynler ya da bakımverenler, çocuklarıyla sahte bir iletişim kurarlar ki çocuklar tarafından bu sahte ilişki, ilk zamanlarda normal olarak algılanmaktadır. Çocuk ailesinin dışına çıkınca ve etrafından ilişkileri gözlemleyince ebeveynlerinin arasındaki paylaşımın ve etkileşimin aslında gerçek olmadığını fark eder. Sahte karşılıklılık, aile içerisinde herkes adına duygusal ihmal yaratan, durağan görünümlü travmatik açmazlarla beslenen ve empati kesintileri yaşantılarının hüküm sürdüğü bir süreçtir (Öztürk, 2021).

Çift mesaj (Öztürk, 2021), ebeveynlerin hem çocukları hem de kendi aralarındaki iletişimlerinde gerçekleştirilmesini talep ettikleri konuyu dile getirirken aynı anda bu taleplerinin tam zıttı bir tutum sergilemesi "*çift mesaj*" olarak tanımlanmaktadır. Çift mesaj veren ebeveynlerin kendileri, tutarsız tepki ve davranışların farkında olmayabilmektedirler. Çift mesajlar, anne-babalar ile çocuklar arasında sorun yaratan hatta çocuk ile ailesini ilişkisel açıdan birbirinden uzaklaştıran en psikopatojen ilişki dinamikleri arasında yer almaktadır. Çocuklar, bu negatif durumla baş etme sürecinde bir yandan ebeveynlerine bağlanmalarını sürdürmek için dissosiyatif savunmalar geliştirebilmektedir (Öztürk & Derin, 2022a).

Şımartılma (Öztürk, 2021), ebeveynlerin çocukların gelişim düzeylerine ve yaşlarına uygun, algılanabilir ve rutin kurallar bulunmaması sonucunda ortaya çıkan hem ben merkezci hem de olgunlaşmamış davranışlar *"şımartılmış çocuk sendromu"* olarak tanımlanmaktadır. Ebeveynler bazen kendilerine göre iyi niyetle bazense anlık çıkarları adına farkına varmadan çocuklarını şımartabilmektedir; ancak bu şımartılma süreci ruhsal açıdan hem çocuklukta hem de yetişkinlik sürecindeki yakın ilişki dinamiklerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Şımartılma; çocuklarda frustrasyon, belirsizlik ve anksiyete toleranslarını düşürmekte, narsisistik kişilik yapılanmasına zemin oluşturmakta ve bireylerin sosyal ilişkilerinde yoğun çatışmalar ve iletişim sorunları yaşamasına neden olmaktadır. Şımartılma,

ilk olarak ebeveynlerin çocuklarına destek olma çabasının ve sevgisinin abartılı bir tezahürü gibi algılanmasına rağmen gerçekte en patolojik çocuk yetiştirme stillerinden birisidir. Günümüzde şımartılma, aşırı izin verme ve aşırı hoşgörü aracılığıyla ruhsal açıdan sağlıksız bir disfonksiyonel yeni nesil yetiştirilmektedir (Öztürk, 2020a). Bu süreçte ebeveynlerin kendisi çocuklarını direkt olarak istismar etmese de belirgin bir oranda evlatlarının hem kendilerini sabote etmelerine hem de onların yaptıkları ya da yapacakları yanlış davranışları engellemeyerek travmatize olmalarına sebep olmaktadır (Öztürk & Derin, 2022a).

Anne-babalık reddi (Öztürk, 2021), ebeveynlerin çocukları ile sık bir şekilde rekabet içerisine girmeleriyle karakterize olan anne-babalık reddi sürecinde; anne-babalar evlatlarını; yarı-bilinçli ya da bilinçdışı kendilerinden uzaklaştırmak amacıyla eğitime, kursa ve sosyal faaliyete göndererek onunla neredeyse hiç zaman geçirmemektedirler. Çocuklarıyla optimal düzeyde ilgilenmeyen ve ihtiyaçları dışında sadece kendi arzuları doğrultusunda onları eğitime ve kursa gönderen ebeveynler hem yüksek beklenti içinde olma hem de adeta çocukları ile yarış halinde olarak evlatlarını geride bırakma çabası içerisine girmektedirler (Öztürk, 2020a; 2021; Öztürk & Derin, 2022a). Kendilerinin yüksek beklentileri çocukları tarafından karşılandığında onlara kızmakta ve haksız yere eleştirmektedirler ki bu başarı, anne-babaların evlatlarıyla rekabet duygularını arttırmaktadır. Yüksek beklentili ebeveynler, çocuklarının beslenme, okul ve eğitim gibi temel fiziksel sorumluluklarını optimal bir düzeyde gerçekleştirmekteyken, duygusal sorumlulukları yerine getirmede ise istismarcı ve yok farz edici bir tutum içerisinde girmektedirler. Anne-babalık reddi bulunan ebeveynler çocuklarının zamanını; kurslarla, sporlarla, gerekli ve gereksiz her türlü sosyal aktivitelerle doldurdukları için onlarla ebeveynlik görevlerini yerine getiremeyecek düzeyde az ilgilenmektedirler (Öztürk, 2020a). Öztürk'e göre, anne-babaların çocuklarının zamanını ihtiyaçtan uzak bir şekilde aşırı doldurma çabası, evlatlarıyla kurdukları iletişime bir *"psikolojik blokaj"* niteliğindedir. Ebeveynler çocukları ile geçirdikleri vakte

katlanamadıkları için onları *"kendilerine göre legalize ettikleri"* bazı eğitim ve sosyal etkinliklere göndererek evlatlarıyla iletişim kurmaktan uzaklaşırlar. Anne ve babalık reddi, optimal iletişim dinamikleriyle karakterize bir çocuk-ebeveyn ilişkisinin inkarı olup, istismarcı ebeveyniyle kurduğu anksiyete yaratan iletişime dair hem başarısız bir çözüm arayışıdır hem de nesiller arası psikopatolojik bir yansıtmadır (Öztürk & Derin, 2022a).

Hasta ya da aptal rolü (Öztürk, 2021), çocukluk çağındaki kronik travmatik yaşantılar karşısında dissosiyatif bir savunma olarak devreye girmektedir. Disfonksiyonel ilişki dinamikleri arasında yer alan hasta ya da aptal rolüne zorlama, aile içerisinde ortak çabayla *"tek"* veya *"bir"* çocuğun *"günah keçisi"* ya da *"nefret nesnesi"* seçilmesiyle karakterizedir (Öztürk, 2020a). Aile içinde genellikle çocuk, ev içerisindeki tüm sorunların tek sorumlusu olarak görülmektedir. Bu çocuğun psikolojik açıdan sorunları bulunduğu, zekasının sınırlı düzeyde ve yeteneksiz olduğu iddia edilir ki bu görüşe hem ailenin tamamı inanır hem de diğerlerinin inanması beklenir. Bazen bu kişi, ailenin en zeki ve ruhsal açıdan en sağlıklı ya da en uyumlu kişisi olabilmektedir. Görünürde normal aileler genellikle gelişime açık olan çocuklarını kontrol altına alabilmek ve kendilerine itaat etmelerini sağlamak adına bu *"duygusal travma"* sürecini başlatırlar. Çocuklar erken dönemden itibaren bu hasta ya da aptal rolüne sokulduğu ve genellikle yalnız bırakıldıkları için reviktimize olmaktadırlar. Travmalarıyla tek başına mücadele etmekte zorlanan çocuklar, aile dışındaki bir öğretmen veya bir akraba tarafından desteklendikleri takdirde bu olumsuz yaşam olaylarıyla ve dissosiye edici olaylarla baş edebilirler. Bu dissosiyojen sürece ve aile dinamiklerine çocuklar, sadece ve sadece "*hasta*" ya da "*aptal*" rolleri ile katlanabilmektedirler. Hasta ve aptal rolü, aile içerisinde çocuğu *"duygusal kurban"* konumuna sürüklemektedir ki bu psikopatojen aile ortamında dissosiyatif reaksiyonlar, dissosiyatif yaşantılar ve hatta dissosiyatif bozukluklar kaçınılmazdır (Öztürk & Derin, 2022a).

2.3.4.7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler

Çocuk istismarı günlük yaşamda sık rastlanan ancak birbirinden karmaşık nedenleri ve fiziksel-ruhsal açıdan ağır sonuçlarıyla birlikte çocuk sağlığını ciddi bir şekilde tehdit eden, tıbbi, adli ve psikososyal yönleri olan bir sorundur. Adli bilimler içerisinde geniş yer bulan çocukluk çağı travmaları ve çocuk istismarına yönelik ülkemizde kanun, sözleşme ve yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Türkiye, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne 1990 yılında ilk imza atan devletler içerisinde yer almaktadır. Sözleşme 1995 yılında Resmi Gazete'de yayınlanarak resmi iç hukuk kuralına dönüşmüş olup, çocuklara yönelik tutum ve davranışları içeren evrensel standartları belirleyen ve bağlayıcı olan ilk belgedir; bu sözleşme şiddet ve istismara karşı çocuklara açık bir koruma getirmeyi hedeflemiştir. Türkiye'de, *"5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu"*, "*5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu"* ve *"6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesi Kanunu",* çocukluk çağı travmaları ve çocuk istismarına yönelik ceza, usül ve düzenlemeler ile ilişkidir.

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu ise istismar vakalarında uygulanacak suç ve ceza yaptırımlarını "*Çocukların Cinsel İstismarı"* başlığı kapsamında 103. maddesinde açıklamaktadır; *"Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (Ek cümle: 24/11/2016-6763/13 Md.) Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza, istismar durumunda on yıldan, sarkıntılık durumunda beş yıldan az olamaz. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır"*. Adli süreç içine giren ihmal ve istismara uğramış çocuk açısından, sanığın cezalandırılmasına ilişkin adli süreç ile çocuğun korunmasına ilişkin adli süreç olmak üzere iki ayrı ve birbirinden farklı süreç işlemektedir. *6284 Sayılı Ailenin*

Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesi Kanunu, şiddet mağduru olan veya şiddete uğrama riski olan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve ısrarlı takip mağduru olan bireylerin korunması ve bu bireylere yönelik sistematik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirleri düzenlemektedir (Dokgöz & Polat, 2020).

5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu, korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usul ve esasları düzenlemektedir. Çocuğun haklarının korunması amacıyla; *"Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması; Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi; Çocuk ve ailesinin herhangi bir nedenle ayrımcılığa tâbi tutulmaması; Çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine katılımlarının sağlanması; Çocuğun, ailesinin, ilgililerin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları; İnsan haklarına dayalı, adil, etkili ve süratli bir usul izlenmesi; Soruşturma ve kovuşturma sürecinde çocuğun durumuna uygun özel ihtimam gösterilmesi; Kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimini ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirmesinin desteklenmesini kapsamaktadır" (5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu m.4).* Çocuğun ihmal ve istismarında çocuğun korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak koruyucu tedbirler ise ilgili kanunun 5. maddesinde düzenlenmiştir.

Çocukluk çağı travmaları, klinik psikoloji, adli bilimler ve psikiyatrinin ana konuları arasında yer almaktadır. Çocukluk ve ilk gençlik yıllarında deneyimlenen fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile ihmal bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını hatta bilinç ve kimlik bütünlüğünü bozarak onarılması güç etkiler doğurmakta ve bunun sonucunda ise doğrudan ya da dolaylı olarak öznelerin yaşamını önemli derecede etkileyen sonuçlara neden olmaktadır (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmaları adli alanda "*suç*" davranışının içinde de

yer bulmaktadır. Öztürk'ün danışmanlığında Çetinkaya (2020) tarafından yapılan bir doktora tez araştırmasında, cezaevinde bulunan 492 tutuklu ve hükümlü çocukluk çağı travmaları ekseninde değerlendirilmiş olup; cinsel istismar suçundan tutukluların %97.1 (68 kişi)'inde, uyuşturucu suçundan tutukluların %99 (99 kişi)'unda, cinsel istismar suçundan hükümlülerin %97.7 (168 kişi)'sinde, uyuşturucu suçundan hükümlülerin %98 (147 kişi)'inde en az bir çocukluk çağı travması tespit edilmiştir (Çetinkaya, 2020). Çocukluk çağı travmaları kapsamında istismar ve ihmal vakalarına ek olarak, aile içi şiddet, ebeveyn davranışları (şımartılma, okutulmama, yüksek beklenti düzeyi gibi tutum ve davranışlar) ilgili literatürde en çok bildirilen travmatik yaşantılardır. Çocukluk çağındaki ağır düzeyde deneyimlenen travmatik olaylara ilişkin psikodissosiyojen flaşbeklerin, bireyin geçmişteki tehlike durumlarına geri döndüğüne yönelik inanç geliştirmesine ve mevcut durumla baş etmek için şiddet davranışları göstermesine neden olduğu düşünülmektedir (Öztürk, 2020a).

Çocukluk çağı travmalarının suç davranışında önemli bir yordayıcı olabileceğini ortaya koyan "*Rochester Gençlik Gelişimi*" çalışmasında, travma bildiren çocukların şiddete başvurma ihtimallerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Maxfield ve Widom (1996) travma mağduriyetinin, çocuklarda şiddet içeren davranış geliştirme olasılığını %200'den fazla arttırdığını bildirmiştir. Abby Stein'e göre suç, çocukluk çağı travmaları ile ortaya çıkan dissosiyatif sürecin bir tür kendini ifade etme çabasıdır (Stein, 2013). Çocukluk çağı travmaları, bireyin ruhsal ve sosyal açıdan sorun yaşamasına neden olmaktadır. Çünkü birey travma yaşantısı ile ilişkili olarak duygusal tepkiler verebilmektedir. Bu yaşantılar dürtüsel davranışların oluşmasına, benlik algılarının bozulmasına, serbest ve kontrolsüz hareket örüntüleri yani suç davranışları geliştirmelerine yol açabilmektedir. Şiddet ve saldırganlık, sıklık ve yoğunluk oranlarının artması ile toplumda giderek önem kazanmaya başlamıştır ve bu davranışların temelinde birçok olgunun varlığı söz konusu olmasına karşın, çocukluk çağı travmalarının rolü azımsanamayacak kadar fazladır (Gördeles Beşer ve ark., 2019).

2.4. Dissosiyasyon

2.4.1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissosiyasyon "*bilinç, hafıza, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın normal entegrasyonunda bir bozulma ve/veya süreksizlik*" olarak tanımlanır (APA, 2013). Travma temelli bir kavram olan dissosiyasyon, bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışı bütünleşik bir bütün halinde ilişkilendirmedeki başarısızlık-hata olarak da tanımlanır (Canan & North, 2019). Dissosiyasyon, baskıcı sistemlere işlevsiz ve şiddet içeren yanlış çocuk yetiştirme stillerine, çocukluk çağı travmalarına karşı adeta psikososyal bir başkaldırı ve özgürlük arayışıdır; bu bağlamda dissosiyatif tepkiler, travmaya maruz kalarak öznellikleri ellerinden alınmış birey ve/veya toplumların psikososyal alanda özgürleşme ve bireyselleşme girişimleri olarak fonksiyon görmektedir (Öztürk, 2023a). Öztürk (2020), dissosiyasyonu hem bireysel hem de toplumsal boyutlara sahip olan ve bireyin çok eksenli psikiyatrik semptomlar göstermesine yol açan ruhsal tepki ve süreçler olarak tanımlamıştır. Öztürk'ün dissosiyasyon tanımı ile dissosiyatif bozukluklar, kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisiyle oluşan, intihar girişimleri, kendine zarar verici davranışları, amnezi, bilinç kesintileri, konsantrasyon güçlükleri, duygudurumda dalgalanmalar, reviktimizasyon, öfke kontrol problemleri, kimlikte belirsizlik hisleri, anguaz, depresyon ve problemli yakın ilişki dinamikleriyle ifade edilebilen travma ile ilişkili bir psikiyatrik hastalıktır (Öztürk, 2020a).

Öztürk'e göre travmatik yaşantılardan, uzaklaştırıcı olağan yaşam deneyimleri olarak işlev gören dissosiyasyon; psikotoplumsal baskılar, tekrarlayan zorlayıcı travmatik deneyimler ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri sürecinde ya da sonrasında bireyin kendi kimliğine dair sahiplik duygusu kadar aidiyet duygusunu da kaybederek hem kendisine hem çevresine hem de zamana yabancılaşması ve travmatik kendiliğine odaklanarak kendisiyle,

çevresiyle, mutlak gerçeklikle bağını koparmadan içsel ve çoklu gerçeklikleri kadar çoklu kendilikleriyle de temas kurma yaşantısıdır (Öztürk, 2022a). Öztürk'e göre dissosiyasyon, yaşamsal rehberini kaybetmiş öznenin fobik olduğu mutlak gerçekliğe ve travmatik deneyimlerin ardında saklı orijinal kendiliğine çoklu gerçeklikler, bellekler ve bilinçler aracılığıyla ulaşabilmek için zaman içinde maruz kaldığı olağan psikojenik osilasyonlardır (Öztürk, 2022b). Dissosiyasyon, travmatik olaylar karşısında bireyin öznel bilincinin farklılaşarak bir adaptasyon çabası göstermesi ve yetersiz savunma mekanizmalarının psikopatolojik etkisiyle çoklu bilinç sistemi sürecine dönüşüm reaksiyonlarıdır (Öztürk, 2022a). Literatürde yer alan çoğu dissosiyasyon tanımının ortak özelliği, travmatik yaşantılar esnasında ya da hemen sonrasında normalde bütünleştirici olan bellek, kimlik ya da bilinç işlevlerinde *"bozulma"* ya da *"kesinti"* görülmesidir (Öztürk, 2022a). Dissosiyatif yaşantılar, günlük yaşamda pek çok bireyin deneyimleyebileceği unutkanlık, hayal kurma, yabancılaşma ve dalgınlık durumlarından dissosiyatif kimlik bozukluğuna kadar uzanan geniş bir spektrum olarak fonksiyon görmektedir (Şarlak & Öztürk, 2018a; Yıldız ve ark., 2021).

Dissosiyasyon kavramı tarihsel olarak incelendiğinde, ilk zamanlarda normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılırken, zamanla patolojik bir sürece dönüşmüştür; bu konudaki en eski kayıtlar çoğul kişilikle ilgili olarak 17. yüzyılda Paracelsus'a kadar uzanır; ancak birçok yazar dissosiyasyonun tarihini Pierre Janet ile başlatır (Şarlak & Öztürk, 2018a). Dissosiyasyon kavramı tıp literatüründe ilk kez 1800'lü yıllarda Fransız psikolog Pierre Janet tarafından tanıtılmıştır. Janet dissosiyasyonu, bütünleşik bir bilinç ve benlik deneyimi için gerekli olan zihinsel süreçlerin entegrasyonunun bozulması veya ayrışması olarak tanımlamıştır (Kolk & Hart, 1989). Janet, bilinç, bellek, benlik gibi çok sayıda psikolojik kavramı birleştiren yüksek bir bütünleştirme kapasitesinin varlığını kişinin ruhsal bakımdan sağlıklı olmasının temel koşulu olarak tanımlamaktadır (Erim ve ark., 2022). Janet, ruhsal sağlıklılığın temel koşulunu tanımlarken aslında assosiyasyona yani bireyin "*bağ*

kurabilme" kapasitesine gönderme yapmaktadır. Janet "*desagregation mentale*" terimi kullanarak dissosiyasyon kavramını geliştirmiştir ki dissosiyasyon tarih boyunca histeri ve nevroza yatkınlık ile ilişkilendirilmiştir (Şarlak & Öztürk, 2018). Janet'nin dissosiyasyon olgusu tanıttığı ilk vaka çalışması "*Lucie*" adlı vakadır; Lucie 1, Lucie 2 ve Lucie 3 olarak adlandırdığı alter kişilikleri tespit ettiği vakasında alter kişilik değişimleri durumunda bir bilinç kaybı olmadığını, tam tersine birden fazla bilincin aynı bedende aynı anda var olduğunu öne sürmüştür. O dönemde dissosiyasyonun histeri vakalarında görülen belirtilerdeki rolü ön plandayken, modern görüşte ise bu önem gittikçe azalmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda histerinin somatik ve zihinsel bileşenleri ayrı ayrı ele alınmaya başlanmış ve sınıflamalarda dissosiyatif bozukluklar, konversiyon ve somatizasyon gibi kavramlar birbirinden net bir şekilde ayrılmaya başlamıştır (Erim ve ark., 2022; Yıldız ve ark., 2021).

2.4.2. Dissosiyatif Bozukluklar

Türkçe literatürde dissosiyasyon kavramı, "*Dissosiyasyon Halleri*" adıyla Kriton Dinçmen (1991) tarafından yazılan "*Psikiyatri*" kitabında yer almıştır. Dinçmen, dissosiyasyon kavramını*, "dissosiyasyon halleri kavramı ile bireyde tehlike ve ağır stres karşısında oluşan psikolojik kaçış"* şeklinde tanımlanmıştır (Dinçmen, 1991). Türkiye'de dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar üzerine ilk sistemli bilimsel çalışmalar ve orijinal yayınlar, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1993 yılında başlamıştır. Prof. Dr. Vedat Şar ve Prof. Dr. Erdinç Öztürk, ülkemizde travma, dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar odağında zengin bir bilimsel verinin oluşmasında ön plana çıkmış bilim insanlarıdır. Öztürk'ün tanımı ile dissosiyatif bozukluklar, çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisiyle oluşan, intihar girişimleri, kendine zarar verici davranışlar, amnezi, bilinçte kesintiler, konsantrasyon güçlüğü, duygudurumda dalgalanmalar, reviktimizasyon, öfke

kontrol problemleri, kimlikte belirsizlik hisleri, anguaz, depresyon ve problemli yakın ilişki dinamikleriyle ifade edilebilen bir psikopatolojidir (Öztürk, 2017; Özden, 2018).

Dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyatif belirtiler, travmatik olay esnasına ya da sonrasında bireylerde kısa ya da uzun süreli dissosiyatif semptomları merkez alan ve sekonder klinik özellikleri de içeren (depresyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu) psikiyatrik bir tablo oluşturmaktadır. Travma sonrası dissosiyatif bozukluklar, çok sayıda eş tanı alan ruhsal hastalıklar olup bu vakalar, klinisyenin karşısına psikiyatrik bozukluğun asıl özelliklerinden ziyade altta yatan psikopatolojinin yol açtığı dolaylı belirtiler nedeniyle gelmekte; en önemlisi bu dolaylı belirtiler bilinmeden vakaya yaklaşıldığında ise dissosiyatif bozukluk tanısı ihmal edilmekte ve vakalar sık sık yanlış tanı almaktadır. Ancak günümüzde yavaş yavaş klinisyenlerin bu hastalığı ve tanı ölçülerini iyi bilmeleri ile dissosiyatif bozukluk tanısı geçmişe oranla daha fazla konulmaya başlanmıştır (Öztürk, 2020a). Güncel psikiyatrik tanı sınıflandırması olan DSM-5'te dissosiyatif bozuklar; dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) ve derealizasyon (gerçekdışılık), tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk, tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk olarak beş alt başlık altında tanımlanmıştır (APA, 2013). 1980'e kadar dissosiyatif bozukluklar histerinin bir alt kategorisi olarak sınıflandırılmıştır; 1980'de DSM-III'te ilk kez dissosiyatif bozukluk terimi kullanılmıştır (Öztürk, 2020a).

2.4.2.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), günümüzde çocukluk çağı travmaları ve empatiden uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerine bağlı ya da kronik ve karmaşık bir travma sonrası bir dissosiyatif psikopatoloji olarak kabul edilmektedir. DKB eski yıllarda *"çoklu kişilik bozukluğu"* olarak bilinen bir ruhsal hastalık olup, dissosiyatif bozukluklar içindeki en ağır psikiyatrik bozukluktur; erken çocukluk çağı travma yaşantılarıyla güçlü bir

şekilde bağlantılı olan DKB'nin ana özelliği en az iki farklı kimliğin (host ve alter kişilik) birlikte var olarak dönüşümlü bir şekilde kişinin davranışlarını kontrol etmesidir (Öztürk, 2020a). Erken yaşta başlayan ve yineleyici çocukluk çağı ruhsal travmaları, bilinç kesintileri, öfke patlamaları, "*dissosiyatif anguaz*", kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri ile karakterize olan genellikle eştanılı, kronik ve karmaşık bir psikiyatrik durumdur (Öztürk, 2017; 2018). DKB'nin temel psikiyatrik belirtileri kimlik ve bellekle ilgilidir, bu bozuklukta kendi içinde sürekliliği olan ve birbirinin yerini alabilen farklı kişilik durumları (alter kişilik), aynı kişide birlikte varlığını sürdürmekte ve yineleyici amneziler tabloya eşlik etmektedir (Şar, 2018). DKB vakalarında genellikle zamanın çoğunda kontrolü elinde bulunduran, kişinin ailesi tarafından verilen adı taşıyan bir "*ev sahibi (host)*" kişilik vardır, bu host kişilik genellikle edilgen, bağımlı, suçluluk duyguları içinde ve depresif bir görünüm sergiler (Öztürk, 2020a). Ancak diğer kişilik durumları ya da alter kişilikler, dissosiyatif bireyde sıklıkla kontrolü ele alır veya bireyin benlik algısını ve temsilini etkiler (Öztürk, 2018a).

Öztürk' ün (2020a) güncel tanımı ile "*alter kişilikler, kendiliğin entegratif denetim sisteminden travmatik yaşantıların ya da yanlış çocuk yetiştirme stillerinin etkisiyle koparak bağımsızlaşan kendilik parçalarının hem birbirleriyle hem de aktüel yaşamlarındaki insanlarla eşbilinçli ya da eşbilinçsiz bir şekilde, birlikte etkin olarak fonksiyonlarını sürdürmesiyle varoluşlarını kazanan eşzamanlı kendilik yaşantılarıdır."* Alter kişilik, Putnam'a (1991) göre, bilincin süregiden bir affekt, sınırlı bir davranış repertuarı ve bir dizi duruma-bağımlı anıyla birlikte bir kendilik duygusu (beden imajı dahil) çevresinde organize olmuş ileri derecede ayrılaşmış durumlarıdır (Şar, 1998). Kluft'a (1991) göre ise ayrışmış kendilik durumları yani (alter) kişilikler mental içerik ve işlevleri seçici olarak harekete geçirme örüntülerinin mental odaklarıdır; bu mental içerik ve işlevler rol alma ve rol oynama boyutlarıyla açıkça davranışa dökülebilir (Şar, 1998). Alter kişilikler koruyucu-kollayıcı, ev

sahibi kişiliğe düşman, intihara eğilimli, karşı cinsten, cinsel bakımdan aktif (güçlü kadın), çocuk yaşta ya da gey/lezbiyen gibi özellikler gösterebilir (Şar, 2018).

DKB tanısı bireyde bir ya da daha fazla alter kişiliğin saptanmasıyla konan bir tanı olup çoğu zaman her bir DKB vakasında ortalama ondan fazla alter kişilik bulunmakta olup; genelde alter kişiliklerin de karakter yapıları agresif, çökkün, neşeli, dışa dönük veya içe kapanık gibi birbirlerine zıt olabilirler; ancak çoğu zaman bir alter kişilikten diğerine ani ve dramatik bir geçiş gözlenir, alter kişilikler arasındaki kesişimler ve etkileşimler dissosiye bireyi rahatsız eden ve yakınmasına odak teşkil eden klinik belirtileri yol açmaktadır. Bu odakta DKB vakası genellikle içinde bir başka kişinin olduğunu hisseder hatta bu kişinin ismi, cinsiyeti, bedensel özellikleri ve özgeçmişi gibi özellikleri de olabilirken, bu varlık ayrı bir kişi olabileceği gibi kişilik ya da kişiliğin farklı bir uzantısı olarak da algılanabilir (Öztürk, 2020a). DKB, net bir psikiyatrik tanıdır ancak hasta belirtilerini utanma ve iç korkular nedeniyle saklamaya çalışır; önde gelen yakınmalar ile başvuru biçimleri genelde, kronik depresyon, konversif belirtiler, somatik şikayetler, bayılma, afekt dalgalanmaları, kendine zarar verme ve intihar girişimleri biçimindedir (Şar, 2018). Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakaları özellikle kriz yaşantıları sonrasında genellikle psikiyatri acil servislerine başvurmaktadırlar (Şarlak & Öztürk, 2018). Bireylerin tanı açısından değerlendirilmesi sürecinde dissosiyatif kimlik bozukluğu, DSM-5'te *"çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları"* bölümü içinde "*kimlik çözülmesi bozukluğu"* alt başlığı altında beş kriter ile açıklanmıştır:

"A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyusal-devinsel

işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/veya örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olmasıdır.

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

D. Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir. Not: Çocuklarda bu belirtiler imgesel oyun arkadaşları ya da başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.

E. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol esrikliği sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel kasılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz."

2.4.2.2. Dissosiyatif Amnezi

Dissosiyatif amnezi, kişinin genellikle travmatik ya da stres yaratıcı özellikte olan önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama hali olarak tanımlanmaktadır. Özel kişisel bilgilerin belleğe çağrılması sırasında oluşan sorunlarla ortaya çıkarken bu kişisel bilgiler, travmatik ve stres verici bir özellikte olup, sıradan unutkanlık açıklanamayacak kadar yoğun düzeydedir. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer önemli işlev alanların da bozulmaya neden olur; dissosiyatif amnezinin en belirgin özelliği ani başlaması, başlangıcında belirgin bir stres olması, birdenbire tam düzelme oluşu ve de tekrarlanmanın az olmasıdır (Öztürk, 2020a). Bireyin belleğinde depolanmış bilgilerin hatırlanamaması, belleğe yeni bilgiler işlenememesi

durumu olarak da açıklanabilir. Dissosiyatif amnezide en temel özellik, unutulan bu yaşam dönemlerinin genellikle kişi için ağır travmatik yaşantıları içeren zaman dilimleri olmasıdır. Bir psikojen amnezi türü olarak kabul edilmiş ve özellikle 20. yüzyılın ilk yarısında savaş travmaları ile gündeme gelerek psikotravmatoloji literatüründe yerini almıştır (Şar, 2018).

Dissosiyatif amnezi, genellikle ağır bir psikososyal stres sırasında başlasa da zaman içerisinde kümülatif stresörlerin etkileriyle de ortaya çıkabilmekte, bir tehdit karşısında çaresizlik, çıkmaza girme, günlük yaşamdaki baş edilemeyen kronik travmatik yaşantıların yoğunluğu, önem verilen kişi ya da değerin yitirilmesi gibi durumlarda yaşantılanabilmektedir. Dissosiyatif amnezi çok stresli mesleklerde (polis, itfaiye, asker vb.) ya da trafik kazaları gibi ağır travmatik yaşantılar, cinsel taciz ve savaşların ya da doğal afetlerin ardından da ortaya çıkabilmektedir. Dissosiyatif amnezinin yaşam boyu görülme sıklığı genel toplumda %7 olarak bulunmuştur, ancak savaş ve doğal afet zamanlarında ise sıklığının ve yaygınlığının arttığı ifade edilmektedir (Öztürk, 2020a). 1980'de yayınlanan DSM III'te dissosiyatif amnezi, psikojen amnezi isimlendirmesi alarak psikojen füg ile dissosiyatif bozukluklar tanı grubu içerisinde yer almış, DSM-5'te dissosiyatif füg ayrı bir tanı kategorisi olmaktan çıkarılıp dissosiyatif amnezinin bir alt tipi olarak tanımlanmıştır. Dissosiyatif amnezi, DSM-5'te *"çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları"* bölümü içinde "*unutkanlık çözülmesi"* alt başlığı altında dört kriter ile açıklanmıştır:

"A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, özyaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel kasılmalar, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpmayla baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz."

2.4.2.3. Depersonalizasyon ve Derealizasyon Bozukluğu

Depersonalizasyon, kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak hissettiği gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu travma ile ilişkili dissosiyatif yaşantılarıdır (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma). Derealizasyon ise çevredekilerle ilgili olarak gerçekdışılık ya da kopukluk yaşantıları (örn. insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır) olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma), kişinin bedeninden veya zihinsel süreçlerinden ayrıldığı hissini yaşadığı veya bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli veya tekrarlayan yaşantıların olması durumudur (Akcan & Öztürk, 2018; Öztürk, 2017).

Depersonalizasyon en güncel tanımı ile kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissinin olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı sürekli ve yineleyen yaşantıların bulunmasıdır; bu süreçte kişi kendisine yabancılaştığı duygusu içerisinde adeta kendini, bedenini ve kendiliğini gerçek dışı olarak algılanmaktadır. Genellikle vücutta uyuşma ve karıncalanmalar hissetme, vücut kısımlarının değiştiği duygu ve

düşünceleriyle başlar, hasta adeta aklının ya da bedeninin ayrıldığının dışarıdan gözlendiğini ya da kendini bir rüyadaymış gibi hissettiğini ifade edebilir ve bu durum kronik olabilir, kademeli ya da ani başlayabilir (Öztürk, 2020a). Derealizasyon kişinin, çevresinin yabancı, gerçek dışı ve uzak olduğu hissi içinde olduğunu ve bu yaşantıların birkaç saat süren ve tekrarlayıcı dönemler şeklinde ya da devamlı olabildiğini durumdur (Akcan & Öztürk, 2018; Şar ve ark., 2017). DSM-5 psikityatrik tanıların sınıflandırılması sisteminde, depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğu, DSM-5'te *"çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları"* bölümü içinde "*kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)/gerçekdışılık (derealizasyon) bozukluğu"* alt başlığı altında beş kriter ile açıklanmıştır:

"A. Sürekli ya da yineleyici, kendine yabancılaşma, gerçek dışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı:

I. *Kendine yabancılaşma (depersonalizyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçek dışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan biri gözlemciymiş gibi olduğu yaşantıları (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma).*
II. *Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevresindekilerle ilgili olarak gerçekdışılık ya da kopukluk yaşantıları (örn. insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır).*

B. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır.

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

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kasılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluğu, yeğin depresyon bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözülme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz."

2.4.2.4. Tanımlanmış Diğer Bir Dissosiyatif Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olan, dissosiyatif bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu ancak bunların dissosiyatif bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerinin tam karşılamadığı durumlarda tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk tanısı kullanılır (Öztürk, 2020a). Tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk, dissosiyatif bozukluklar için herhangi bir özgül tanı ölçütlerini karşılamayan fakat klinisyenlerce kullanılması için tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluk başlığı adı altında karmaşık dissosiyatif belirtilerle giden süreğen ve yineleyen sendromlar, uzun süreli yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu, gerginlik yaratan olaylara bağlı akut dissosiyatif tepkiler ve dissosiyatif trans olmak üzere dört tipi tanımlanan dissosiyatif bozukluk türüdür (Özden, 2018). Tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk, DSM-5'te *"çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları"* bölümünde şu şekilde açıklanmıştır:

"Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak

istendiğinde kullanılır". "Tanımlanmış diğer" adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

I. *Karışık çözülme belirtileriyle giden süreğen ve yineleyen sendromlar: Bu kategori, kendilik durumunda ve eylemlerini yönetilebilirlik algısında sürekliliğin çok belirgin olmadan bozulduğu, kimlik bozukluğu ya da unutkanlık çözülmesi olmadığını bildiren bir kişide ortaya çıkan kimlik değişikliklerini ya da cin çarpması yaşantısı dönemlerini kapsar.*

II. *Uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu: Yoğun bir biçimde baskı altında inandırılmaya çalışılan kişiler (örn. beyin yıkama, zihin denetimi, tutsakken görüş aşılama, işkence, uzun bir süre siyasal olarak tutuklu kalma, tarikatlar/mezhepler ya da terör örgütlerine girme), uzun süreli kimlik değişiklikleri ya da bilinçli bir biçimde kimliğini sorgulama durumu gösterebilirler.*

III. *Gerginlik yaratan olaylara bağlı akut çözülme tepkileri: Bu kategori, kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir. Bu durumlar, bilinçlilik durumunun kısıtlı olması ile belirlidir; kendine yabancılaşma, gerçekdışılık; algısal bozukluklar (örn. zamanın yavaşlaması, makropsi); kısa unutkanlıklar, gelip geçici stupor ve/ya da duyusal-devinimsel işlevsellikte değişiklikler (örn. analjezi ve paralizi) görülmektedir.*

IV. *Çözülme erimesi (trans): Bu durum, çevresel uyaranlara karşı derin bir tepkisizlik ya da duyarsızlık ile kendini gösteren, yakın çevreyi, birden, tam olarak ya da bir ölçüde ayrımsayamama ile belirlidir. Söz konusu tepkisizliğe, kişinin ayrımında olmadığı ve/ya da denetim altında tutamadığı küçük basma kalıp devinimler (örn. parmak devinimleri) eşlik edeceği edebileceği gibi, gelip geçici paralizi ya da bilinç yitimi de eşlik edebilir. Çözülme esrimesi, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir."*

2.4.2.5. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk

Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk, dissosiyatif bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini tam karşılamamasının özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek ya da belirtilmek istenmediğinde (örn. acil servis koşullarında) ve daha özgül bir psikiyatrik tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılan bir dissosiyatif bozukluk türüdür (Özden, 2018). Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olan, dissosiyatif bozuklukların belirli özelliklerinin baskın olduğu ancak bunların dissosiyatif bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerinin tam karşılamadığı durumlarda bu tanı kategorisi kullanılır (Öztürk, 2020a). Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk, DSM-5'te *"çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları"* bölümü içinde açıklanmıştır (APA, 2013):

"Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözüme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk tanısı kullanılır. Tanımlanmamış diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütleri karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır."

2.4.3. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Psikiyatri alanında tarihsel süreçte terimsel olarak karmaşıklığın en yoğun olduğu kavramlar nevroz, psikonevroz, konversiyon, dissosiyasyon ve histeri terimlerdir, hatta birçoğu bugünkü sınıflandırma dizgilerinde kullanılmamaktadır. Dissosiyatif bozuklukların

etiyolojisine yönelik yapılan çalışmalarda Janet ve Charcot önemli yer tutmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016). Dissosiyatif bozukluklar, etiyolojik boyutta karmaşık bir yapıya sahiptir, akademik eksende üzerine uzlaşılan etiyolojik yaklaşım, genetik ve nörobiyolojik etkenler, mizaç özellikleri ve çevresel faktörlerin dissosiyatif bozuklukların oluş nedenlerinde karşılıklı etkileşim içinde olduğunu savunmakta olup; güncel literatürde "*Travma Modeli*" ve "*Sosyo-Bilişsel Model*" olarak iki ana akım öne çıkmaktadır (Krause-Utz, 2022). Modern psikotravmatoloji perspektifi ise bu etiyolojik etkenlerde "*çocukluk çağı travmaları*" ve "*disfonksiyonel aile dinamikleri*"nin önemini vurgulamaktadır (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozukluklar tüm psikiyatrik hastalıkların etiyolojisinde çevresel etkenler ön plandadır; örneğin, dissosiyatif bozukluklar psikiyatride en yüksek oranda kronik çocukluk çağı travmaları (örn. istismar ve ihmal) bildirilen tanı grubudur (Şar, 2018).

Mizaç, kişinin duygusal uyaranlara karşı bireysel, refleksif ve otomatik tepkilerini ifade etmektedir. C. Robert Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, psikobiyolojik bir kuram geliştirmiş, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal kısımları açıklamaya çalışmıştır (Ayar, 2019). Cloninger'e göre kişilik hem mizaç hem de karakter özelliklerini birlikte kapsamaktadır. Kişilik kavramının kapsamı ve sınırları oldukça geniştir, kişinin hem doğuştan getirilen yanını yani mizacını hem de eğitim, edimsel öğrenme ve sosyal öğrenme gibi öğrenme süreçlerini ve kültürel etkiyi içinde barındırmaktadır. Birey biyopsikososyal bir bütündür ve bütünün kendisini meydana getiren parçaların toplamından çok daha farklıdır hatta fazladır (Doksat, 2003). Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisine mizaç özellikleri açısından bakıldığında, bu kişilerin çoğunun çekingen, duyarlı, başkalarının (anne, baba, eş) istek ve komutlarına uyan, ağır yaşam koşullarına uzun süre uyum sağlayabilen, duygu ve düşüncelerini dışa vuramayan, çocukluktan beri aile içinde kendisine özel bir yer ve sorumluluk yüklenmiş bireylerdir (Öztürk & Uluşahin, 2016). Dissosiyatif bozukluklarda aşırı uyum ile karakterize *"patolojik*

konformizm" sıkça görülebilmektedir. Bu vakalar, istismarcıları ya da kendilerine yönelik şiddet gösteren kişilere karşı bir dissosiyatif reaksiyon olarak uyma davranışı gösterebilirler (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisi kapsamında, sosyo-bilişsel model, travma modeli, çocukluk çağı travmaları, dissosiyojen iletişim stilleri ve disfonksiyonel aile dinamiklerinin detaylı bir biçimde açıklanması önemlidir; diğer bazı ruhsal hastalıklarda olduğu gibi dissosiyatif bozuklukların da etiyolojik açıdan tek bir kuram ya da model ile açıklanmasından ziyade kuram ve modellerin çoklu katkısının dikkate alınması gerekir.

2.4.3.1. Sosyo-Bilişsel Model

"*Sosyo-bilişsel model*", bilişsel yatkınlıklara vurgu yapmaktadır. Hayal ve düşsel yatkınlık, telkin edilebilirlik ve telkine yatkınlık, yüksek çağrışım düzeyi, sosyal faktörler (medya etkisi, toplumsal etki), stresli yaşam olayları, duygusal deneyimleri ifade etmede zorlanma ve kimlik ile ilgili etkenler dissosiyasyon ve dissosiyatif yaşantıların oluş nedenlerine katkıda bulunmaktadır (Krause-Utz, 2022). Bliss (1986), dissosiyatif bozukluğu olan ya da çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerin hipnoza ve telkine yatkın olduklarını ifade ederken, bazı çalışmalar ise aşırı fantezi eğiliminin yani hayal gücü kapasitesinin çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir; bireylerde acı veren travmatik gerçeklik karşısında gerçekdışı alternatif bir dünyaya açılmaya imkan verici hayal gücü veya fantezi gelişimsel olarak dissosiyasyonla ilişkili görülmektedir (Öztürk, 2020a).

2.4.3.2. Travma Modeli

"*Travma Modeli*", bireyin deneyimlediği travmatik yaşantıları ve deneyimleri dissosiyasyon için en önemli risk faktörü olarak görmektedir. Dissosiyasyon travmaya karşı evrimsel temelli bir savunma mekanizmasıdır; travmanın dayanılmaz, ezici ve ağır etkisinden bireyin benliği korumasına ve başa çıkmasında hizmet etmektedir (Krause-Utz, 2022).

Travmatik anılardan uzaklaştırıcı yaşam deneyimi, inkardan dissosiyatif reaksiyonlara kadar gidebilmektedir. Bir travmatik anılardan uzaklaştırıcı yaşam deneyimleri olan inkâr, dissosiyasyonun oluşumundaki ana etkenlerden birisidir. Dissosiyasyon, travmatik yaşantılar karşısında bir hayatta kalma mücadelesi ve hem uyum hem de patoloji yönelimli bir kendini koruma tepkisidir. Dissosiyasyon, aktüel hayatın olağan stresörlerine karşı adaptif bir rol üstlenebilmektedir (Öztürk, 2020a). Özellikle çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantılarla dissosiyasyon arasında güçlü ve kanıta dayalı bir bağ vardır. Bu bağ gerek metaanaliz çalışmaları gerekse ampirik araştırmalar ile ispatlanmıştır (Krause-Utz, 2022).

Travmatik olaylar insanlarda kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemlerini altüst eder; travmatik durum nesnel tehdit ile öznel baş edebilme gücü arasındaki yaşamsal dengesizliktir; bu süreç aslında bir "*travmatik girdap*"tır ve bireyin ruhsal gelişiminde dissosiyatif yaşantılarla karakterize olan kesintiye yol açar. Varoluşsal boyuttaki bu tehdide rağmen uygun bir tepki vermenin imkansızlığı ise "*travma paradoksu*" olarak deneyimlenmektedir (Öztürk, 2018b). Travmatik olaylar; depresyon ve anksiyete bozuklukları, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar gibi ruhsal hastalıklara neden olabilmektedir (Derin & Öztürk, 2018; Ross, 2007). Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisinde travmatik deneyimlerin var olduğu bilinmekte; aynı zamanda genellikle psikiyatrik bozuklukların etiyolojik faktörlerine bakıldığında da insan eliyle ortaya çıkan travmatik deneyimler, hastalıklar, kazalar ve doğal olayların olduğu görülmektedir (Öztürk, 2020a).

2.4.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Dissosiyatif reaksiyonları ve dissosiyatif bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri en iyi ve en üst düzeyde açıklayan teorilerden olup dissosiyasyon sürecinin neredeyse tamamı bu teorilerle etkin bilimsel bir doğada

açıklanabilmektedir. Kişinin yaşamının erken dönemlerinde karşılaştığı ciddi travmatik etkenlere karşı geliştirdiği psikobiyolojik bir tepki olarak gelişen dissosiyatif bozuklukların oluşumu ile ağır ve tekrarlayıcı erken çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki olduğuna dair açık kanıtlar bulunmakla birlikte Öztürk'e göre yanlış çocuk yetiştirme stilleri, çocukluk çağı travmaları kadar dissosiyatif reaksiyonlar ve dissosiyatif bozuklukların oluşumunda etkendir (Öztürk, 2020a). Literatürde ruhsal travma, dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu bağlamında yapılan araştırmalar incelendiğinde çok farklı örneklemlerle farklı örseleyici deneyimlerle yapılan araştırmaların çoğunluğunda konu çocukluk çağı travmaları ve sonrasında ortaya çıkan dissosiyatif yaşantılar olarak kendini göstermektedir (Bayraktar, 2018). Her birey, çocukluk döneminde stres verici olaylarla karşılaşır ve bu yaşantılar normal koşullar altında travmatik bir sürece dönüşmez; ancak gerek yaşanan stres verici olayların şiddeti meydana geldiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu bu yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilir (Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2017; Ross, 2007). Bu açıdan travmanın hem objektif hem de subjektif bir boyutu olduğunu da ifade edilebilir ve travmatik yaşantıların objektif/subjektif boyutları kadar bu süreçte travmanın erken yaşta başlaması, şiddeti, süresi ve sıklığı da oldukça önemlidir. Artık günümüzde psikotravmatolojik açıdan erken yaşta başlayan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının bireyin çocukluk, ergenlik ya da yetişkinlik dönemlerinde dissosiyatif bir bozukluğa neden olduğu net olarak ifade edilmekte; klinik görüşmeler ve psikometrik değerlendirmelerle kanıtlanabilmektedir (Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2017; 2020a).

2.4.3.4. Disfonksiyonel Aile Dinamikleri

Bu tez çalışmasının kuramsal kavramları içerisinde önceki bölümde "*Disfonksiyonel ve Patolojik Ailelerde İstismar Edici İletişim Stilleri*" başlığı ile bahsedilen disfonksiyonel aile dinamiklerine ek olarak dissosiyatif bozuklukların etiyolojik etkenleri içerisinde de değinmek

önem arz etmektedir. *"Disfonksiyonel ve Patolojik Ailelerde İstismar Edici İletişim Stilleri*" kavramı, Öztürk (2020a; 2021)'ün ulusal ve uluslararası bilimsel alanyazına kazandırdığı en önemli kavram ve olgulardan birisidir. Disfonksiyonel aileler, empatiden uzak ve ilişkisel karşılıklığı olmayan şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri, tutarsız dissosiyojen iletişim şekilleri, sürekli çatışmaları ve nezâketsizlikleri olan sıklıkla ebeveynlerden birinin çocukları ihmal ettiği ya da istismar ettiği ve diğer aile üyelerinin ise olumsuz yaşam deneyimleri ve travmatik yaşantılarla ilişkili olan dissosiyatif savunmaları eşliğinde bu psikopatolojik eylemlere uyması yani *"patolojik konformizmleri"* nedeniyle temel aile işlevlerinin yerine getirilmesindeki bozukluklarla karakterizedir (Öztürk, 2021).

Disfonksiyonel ailelerde baskın eş, majör oranda bağımlı bir erişkin olup genellikle alkol ve madde bağımlısıdır ya da tedavi edilmemiş en az bir başka ruhsal bozukluğu daha bulunmaktadır. Geçmişten günümüze disfonksiyonel ailelerin çocuklarından ebeveynlerine itaat etmelerinin ve bu durumla onların yalnız ya da kendi başlarına mücadele etmelerinin beklendiği düşünülmektedir. Dışarıdan bakıldığında normal, sempatik ve iletişim dinamiği açısından sorunsuz gibi algılanan bu disfonksiyonel ailelerde esas problem, benimsedikleri şiddet odaklı travmatize ve dissosiye edici şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleridir (Öztürk & Derin, 2022b). Öztürk (2021)'e göre dünyanın çağdaş ülkelerinde 1990'lı yılların başlarından günümüze olan uzamda çocukluk çağı travmalarına ve bu çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkili olan ruhsal bozukluklara olan hem klinik hem de akademik ilgi majör oranda artmış ve disfonksiyonel aile dinamikleri ile karakterize olan olumsuz yaşam deneyimlerini önleme stratejilerinin geliştirilmesi temel bir zorunluluk haline gelmiştir.

Çocukluk çağı travmaları kapsamında yapılan bilimsel çalışmalar sonucunda bu olumsuz yaşam deneyimleri ile disfonksiyonel aile dinamikleri, ortak bir bağlam içerisinde değerlendirilmeye başlamıştır. Ebeveynler arasında ortaya çıkan ikircikli ve güvensiz ilişki

dinamikleri, çocuklara verilen tutarsız ve karmaşık mesajlar ile onlarla nitelikten uzak bir şekilde kurulan zayıf iletişim becerileri, disfonksiyonel ailenin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Aile içerisinde ortaya çıkan ve büyük bir oranda çocuğa yöneltilen disfonksiyonel tutum ve davranışlar yetişkinlik döneminde dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon bozuklukları ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok travma kökenli psikopatolojinin kendi çocuklarında gelişmesine sebep olabilmektedir (Öztürk 2020a; 2021). Görünürde normal olan disfonksiyonel ailelerde anne-babalar, hem kendi çocuklarını travmatize ve dissosiye ederek yönetmekte hem de travmatik yaşantıların, dissosiyatif reaksiyonların ve psikopatolojinin kuşaklararası geçişiyle disfonksiyonel nesillerin hüküm sürmesini olanaklı kılmaktadır (Öztürk & Derin, 2022b).

2.4.4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Öznesi insan olan bir kavramın insanlığı ne düzeyde etkisi altına aldığı önemli bir detaydır. Dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığı her iki cinsiyette ortalama %11.2, kadınlarda ise %18.3 olarak bildirilmektedir. Bu vakaların bir bölümü psikiyatrik yardım almamakta bir bölümü ise belirtilerin sadece bir alt kümesinin dikkate alınması sonucu ruh sağlığı uzmanları ile temas kurduklarında başka psikiyatrik tanılar da (konversiyon bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu ve depresyon bozuklukları) alabilmektedir (Şarlak & Öztürk, 2018). Grover ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada, hastanelerin acil servisine başvuran 5563 hastaya ilişkin veriler incelenmiş; bu vakalarda dissosiyatif bozuklukların prevalansı %53.9'dur (Grover ve ark., 2021; Kedare, 2023).

Dissosiyatif bozukluk vakalarında mevcut tanıya hastalığa eşlik eden birçok psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Reddi (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, dissosiyatif bozukluk vakalarının %11.2'sinde depresif bozukluk, %3.1'inde uyum bozukluğu, %9'unda B kümesi kişilik bozuklukları (histriyonik, borderline, narsisistik, antisosyal kişilik

bozuklukları), %2.7'sinde ise C kümesi kişilik bozuklukları (obsesif-kompulsif, çekingen, bağımlı kişilik bozuklukları) belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada dissosiyatif bozukluk vakalarının %8'inde intihar riski ve/veya girişimi olduğu görülmüştür (Kedare, 2023; Reddi ve ark., 2019). Dissosiyatif bozukluk vakalarında tamamlanan intihar oranı %1-2 olarak tespit edilmiş olup; bu vakalarda aynı zamanda intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarının da yaygın olduğu ifade edilmektedir. Bu vakalar genellikle sıklıkla hastanelerin acil birimlerine başvurmaktadır. Örneğin, dissosiyatif kimlik bozukluğunun en sık görüldüğü yer psikiyatri acil üniteleridir. Bu bozukluğun toplumda görülme sıklığı %10-%12 civarındadır (Şarlak & Öztürk, 2018). Dissosiyatif amnezinin genel nüfusta görülme sıklığı ise %1.8 ile %7 arasındadır (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018). Türkiye'de Sivas ilinde 628 kadın katılımcı ile yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında, dissosiyatif amnezi %7.3, kendine yabancılaşma bozukluğu (depersonalizasyon bozukluğu) %1.4 ve dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı ise %1.1 oranında olduğu bulunmuştur (Şar ve ark. 2007; Şar 2018). Kate ve arkadaşları (2020) tarafından 98 bilimsel araştırmayı -toplam 31.905 katılımcıyı- kapsayan bir meta-analiz çalışmasında örneklemin %11.4'ünün dissosiyatif bozukluk tanı ölçütlerini karşılayacak ölçüde dissosiyatif yaşantı bildirdiği bulgulanmıştır (Kate ve ark., 2020).

Dissosiyatif bozukluklarda alkol ve madde kötüye kullanımı prevalansı son yıllarda önemli bir artış göstermiş olup, bu vaka grubunda daha çok halüsinojen madde kullanımı ön plandadır. Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakaları hem travmatik yaşantılarının dissosiyojen izlerinden geçici olarak kurtarabilmek hem de alter kişilikler arasındaki geçişleri sağlayabilmek üzere alkol ve madde kullanımına yönelmekte olup travmadan uzaklaşma amacına yönelen bu deneyimi yaşantılama isteği çoğu travmayla ilişkili psikiyatrik tanı grubunda olduğu üzere dissosiyatif bozukluk vakalarında da yoğun bir şekilde görülmektedir (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozukluklarda madde kullanımını, *"kimyasal dissosiyasyon teorisi"* kapsamında açıklamak mümkündür. Uyuşturucu/uyarıcı/uçucu madde, kişinin başa

çıkma gücünü aşan deneyimlerde mücadele edebilme adına "*dissosiyasyon*" savunma mekanizması yeterli gelmediğinde ya da dissosiyatif semptomlar stres yaratacak düzeye geldiğinde adeta bir "*kendini tedavi yöntemi"* olarak kullanılmaktadır. Kimyasal dissosiyasyon teorisinde yer alan kimyasal amnezi fenomeni, maddenin örseleyici çocuk anlarını silmesi ya da bu anılara erişilemez olunması, travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluk semptomlarını baskılama çabası ve ruhsal acıdan uzaklaşma amacıyla kimyasal olarak hissizleşme çabasını kapsamaktadır (Öztürk, 2020a).

2.4.5. Dissosiyatif Bozukluklar ve Adli Bilimler

Dissosiyatif bozukluklar ve adli sosyal bilimlerin en sık kesiştiği alan adli psikiyatridir. Adli psikiyatri; psikiyatri, çocuk ve ergen psikiyatrisi ve nöroloji disiplinleri başta olmak üzere gerçeği değerlendirme yetisini etkileyen diğer klinik tablolar da dahil yasal çerçevede ele alınan konuları değerlendiren, yargılama sürecinde bu konularla ilgili sorulara yanıt aranan ve bilirkişilik yapılan disiplinler arası bir alandır (Biçer ve ark., 2009; 2011). Adli psikiyatrinin en önemli konularının başında ceza sorumluluğunun incelenmesi gelmektedir (Öztürk ve ark., 2019). Toplumsal yaşamla ilgili kuralların ve düzenlemelerin yer aldığı yasalara aykırı davranışlar suç olarak kabul edilmekte ve bu suçu işleyen kişiye bir ceza öngörülmektedir. Ancak bir kişiye işlemiş olduğu suçla ilgili ceza verilebilmesi veya yapmış olduğu işlemin geçerli olabilmesi için tam bir akıl sağlığı içinde, bilerek, isteyerek hareket etmesi ve bunun doğuracağı sonuçlara katlanması gerekir (Biçer ve ark., 2009; 2011). Ceza hukukunda kişinin yaptığı suç eyleminden sorumlu tutulabilmesi için suçu bilerek işlemiş olması, eylemin yol açabileceği sonuçların farkında olması, karşılığında cezalandırılacağını bilmesi ve dürtülerini denetleyebilmesi gerekmektedir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) 32. maddesinde akıl hastalığı ile ilgili ceza sorumluluğu sürecine yer verilmiştir:

"(1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur."

"(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir".

Türk Ceza Kanunu 32. maddesine odaklanıp adli psikiyatrik açıdan incelendiğinde ilgili gerekçe şu şekilde yorumlanmaktadır. Kusur yeteneğini etkileyen bir neden olan akıl hastalığının varlığı durumunda kişi işlemiş bulunduğu fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamamakta veya işlediği fiille ilgili olarak irade yeteneği önemli ölçüde etkilenmektedir. Kişi bu adli durumda kusurlu olamayacağı nedeniyle cezaya hükmedilemeyecektir. Ancak, fiili hukuka aykırı niteliğe sahip olduğundan kişi hakkında akıl hastalarına özgü güvenlik ve danışmanlık tedbirlerine başvurulacaktır. Ayrıca işaret etmek gerekir ki akıl hastalığı kişinin işlediği her fiil açısından algılama veya irade yeteneği üzerinde etkili olmayabilir. Örneğin, kleptomani vakasının hafif değerdeki şeylere yönelik olarak işlediği hırsızlık suçu açısından irade yeteneğinin olmadığı söylenebilir; ancak, bu kişinin kasten adam öldürme suçunu işlemesi durumunda, malul olduğu ruhsal bozukluk ya da psikopatoloji, bu fiille ilgili olarak algılama ya da irade yeteneğini kesinlikle etkilemez.

Kişinin akıl hastası olup olmadığının tespiti ile hastalığının algılama ve irade yeteneği üzerinde ne gibi etkilerinin olabileceğini, davranışlarını ne surette etkilediğini genel olarak belirlemek tıbbi bir konudur. Adli psikiyatri, "*gerçeği değerlendirme yetisi*"ni etkileyen diğer

klinik tablolar da dahil yasal çerçevede ele alınan konuları güncel bilimsel bilgi perspektifinden değerlendiren, yargılama sürecinde bu konularla ilgili sorulara yanıt aranan ve bilirkişilik yapılan disiplinlerarası bir alandır. Bir suçtan sorumlu tutulabilmek için eylemin bilerek, isteyerek veya kusurlu bir davranış nedeniyle gerçekleştirilmesi temel bir hukuki gerekliliğe işaret etmektedir (Biçer ve ark., 2011). Dissosiyatif bozuklukların adli psikiyatride, ceza sorumluluğu açısından değerlendirilmesi geniş bir yelpazede incelemeyi gerektirmektedir ki suçun niteliği, işleniş şekli veya motivasyonuyla birlikte değerlendirilerek görüş oluşturulması gereği öncül bir önem arz etmektedir.

Dissosiyatif bozuklukların oluşmasına neden olan kronik çocukluk çağı travmaları kapsamında aile içi şiddet, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmasından kaynaklı olarak dissosiyatif yaşantılar, adli bilimler ve özellikle adli psikiyatri ile yakından ilişkilidir (Öztürk ve ark., 2019). Dissosiyatif bozuklukların özellikle DKB vakalarının işlevselliklerinin önemli ölçüde bozulması ve ego fonksiyonlarının zayıf olabilmesi durumlarında bireyin işlediği fiile dönük cezai ehliyeti tam olarak ortadan kalkmasa da olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Öztürk, 2017, 2020a; Öztürk ve ark., 2019). DKB vakalarında host kişilik ve alter kişiliklerin varlığı odağında, bir alter kişiliğin hukuka aykırı eylemlerinden diğer alter kişiliklerin haberinin olmaması söz konusu olabilir. Çünkü host ve alter kişilikler arasında büyük ayrımlar vardır, yargılanan kişinin gerçekleşen eylemin ne olduğunu tam olarak anlayıp anlayamadığı belirsizdir (Kabene ve ark., 2022). 1995 yılında Saks, DKB vakalarında suça ilişkin genel olarak ceza sorumluluğunun olmadığı yönünde bir model önermiş ve DKB'de farklı alter kişiliklerin bir arada bulunması ve tüm bu alter kişiliklerin suça ilişkin eylemin farkında olmadıklarını belirtmiştir. Ancak yargı makamı ise tüm alter kişiliklerin aynı bedende olduğunu, farklı alter kişilikleri yargılamanın imkanı olmadığı ve suça içeren eylemlerin cezaya tabi olduğu yönünde kararlar vermektedir (Kabene ve ark., 2022). Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında, hukuki açıdan ceza ehliyetine ilişkin genel görüş,

kişinin suça karıştığı durumlarda gerçeği değerlendirme ve gerçekleştirdiği fiilin anlam ve sonuçlarını anlama kapasitesine haiz olduğu yönündedir (Öztürk, 2020a). Yakın geçmişte dissosiyatif bozukluk savunması yapılan davalar, psikiyatrik hastalık ile ilişkili suç ve ceza kararları Şekil III'te gösterilmiştir (Kabene ve ark., 2022).

Şekil III: Dissosiyatif Bozukluk Savunması Yapılan Davalar: Suç ve Ceza kararları (Kabene ve ark., 2022)

Dava	Yıl	Suç	Savunma Talebi	Mahkeme Kararı
Milligan	1978	Tecavüz, Cinayet	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	DKB tanısı ile mahkeme suçsuz olduğunu karar vermiştir.
Maxwell	1979	Cinayet	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	DKB tanısı ile mahkeme suçsuz olduğunu karar vermiş, psikiyatri hastanesine göndermiştir.
Grimsley	1982	Alkollü Araç Kullanma	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	DKB tanısı ile birden çok kimliğe sahip bireyin eylemlerini bilinçli ve isteyerek gerçekleştirdiğine karar vermiştir.
Maxwell	1988	Banka Soygunu	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	Mahkeme suç teşkil eden fiilin tekrarı nedeniyle suçlu olduğuna karar vermiştir.
Moore	1988	Cinayet	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	Mahkeme, her iki kişiliğin de (host ve alter) eylemlerin farkında olduğu ve bilinçli gerçekleştiği yönünde karar vererek, savunma makamının DKB odaklı savunmasını reddederek, kişinin suçlu olduğuna karar vermiştir.
Huskey	1992	Tecavüz, Cinayet	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	Mahkeme kişiyi tecavüz eyleminden suçlu olduğuna karar vermiştir; ancak 1999 yılında cinayet suçundan dolayı yanlış yargılandığı açıklanmıştır.
Orndorff	2000	Cinayet	DKB tanısı nedeniyle ceza ehliyetinin olmadığı	Mahkeme, sanığın DKB savunması ile suça ilişkin yeniden yargılama talebini reddetmiştir.

Türkiye'de ve dünyadaki adli psikiyatrik değerlendirmelerde ani kişilik değişimleri ve amnezi gibi durumlarla karakterize olan dissosiyatif bozukluk vakalarının gerçekleştirdikleri fiil üzerinde kontrol gücü bulunamayacağından ötürü bu süreçte, cezai sorumluluk tamamen

ortadan kalkmasa bile bu sorumluluk var olan psikopatolojinin ağırlığına göre belirli oranlarda etkilenebilmektedir (Öztürk, 2020a; Öztürk ve ark., 2019). Ancak hukuk ve ruh sağlığı uzmanları, dissosiyatif bozuklukların ceza ehliyeti konusunda farklı görüşler sunabilmektedir, özellikle geçmiş dava sonuçlarına ilişkin örnekler bu farklılığı gösterebilmektedir. 1978'de Milligan davasında ruhsal bozukluk, suç üzerinde etki gösteren bir durum olarak kabul edilmiş ve vakanın ceza sorumluluğu kaldırılmıştır. 1980'de Darnall davasında ise cinayet suçu ile yargılanan sanığın ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilmiştir (Öztürk, 2020a). Mahkemelerin dissosiyatif bozukluk vakalarıyla ilgili genel eğilimi, dava örneklerinde de görüldüğü üzere (Bkz. Şekil III), bu vakaların suç içeren fiil gerçekleştirdiklerinde ceza ehliyetinin bulunduğu yönündedir ki olası muhalif görüşlerde Maxwell davası hatırlatılmakta 1979 ile 1988 yıllarında iki farklı suçun oluşması, suçun tekrar etmesi gibi bilinçli eylem ve farkındalığa vurgu yapılmaktadır (Kabene ve ark., 2022).

2.5. Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri

2.5.1. Kişilik ve Karanlık Üçlü Kavramı

Güncel literatürde, kişilik, kişilik özellikleri ve kişilik bozukluklarına yönelik birçok bilimsel çalışma bulunmaktadır. Son yıllarda "*kişiliğin karanlık yüzü"* olarak ifade edilen, Paulhus ve Williams tarafından literatüre kazandırılan "*karanlık üçlü*" kavramı dikkat çekmektedir. Karanlık üçlü kavramı narsisizm, makyavelizm ve psikopatiyi içermektedir (Paulhus & Williams, 2002). Kişilik kavramı, canlının, bireyin kendine has olan ve onu diğer bireylerden farklılaştıran uyumsal özelliklerini kapsamaktadır (Ayar & Ayar, 2021). Bu özellikler bireyin duygusal ve bilişsel değerlendirmeleri temelinde toplumsal yaşama uyum sağlamak için geliştirmiş olduğu duygu, düşünce ve davranış örüntülerini kapsamaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016). Kişilik bozuklukları bireyin parçası olduğu toplumun beklentilerinden belirgin olarak farklılık gösteren, süreklilik arz eden içsel yaşantı ve

davranışları ile karakterize olan bilişsel yapı, duygulanım, sosyal işlevsellik ve dürtü kontrolü alanlarından iki ya da daha fazlasında belirginleşen, esneklik göstermeyen, çeşitli bireysel ve duygusal durumları kapsayan süreğen bir örüntü topluluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu süreğen örüntüler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açmakta, mesleki, sosyal ve diğer önemli alanlarda bozulmaya neden olmaktadır (APA, 2013). Karanlık üçlü ise, psikoloji, adli psikoloji ve psikiyatri araştırmalarında, literatürdeki güncel çalışmalarda yer bulan yeni bir kavramdır. Karanlık üçlü kişilik özellikleri; psikopati, makyavelizm ve narsisizm olmak üzere üç kişilik tipini kapsayan şemsiye bir terimdir (Temelli ve ark., 2021).

Psikopati, makyavelizm ve narsisizm, olumsuz özelliklerin ortaklığı biçimindeki tanımlamasıyla kişiliğin karanlık yüzü olarak ele alınmaktadır (Irfan ve ark., 2022). Paulhus ve Williams (2002), karanlık üçlü kişilik tiplerini literatüre kazandırmıştır. Karanlık üçlü kişilik özelliklerinin birbiriyle ilişkili olduğu, her üç kişilik tipinin ortak özelliklere, kendilerine özgü manipülasyon ve kandırma yöntemlerine sahip olduğu ve aynı zamanda bencillik, ahlak gelişimindeki yetersizlik ve duyarsızlık gibi özelliklerin üç kişilik tipinde de ortak olarak gözlemlenmektedir (Paulhus & Williams, 2002). Karanlık üçlü kişilik tiplerinin birbiriyle ilişkilidir; oransal olarak sıralandığında en düşük ilişkinin ise makyavelizm ile narsisizm arasında ve en yüksek ilişkinin ise makyavelizm ile psikopati arasında olduğu bildirilmektedir (O'Boyle, 2012). Narsisizm ve psikopati klinik düzeyde birer psikopatoloji kapsamında kişilik bozukluğu olarak ele alındıklarında, "*narsisistik kişilik bozukluğu*" ve *"toplumdışı* (*antisosyal) kişilik bozukluğu*" olarak DSM-5'te yer almaktadır (APA, 2013). Kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları arasındaki temel fark, kişilik bozukluklarının daha katı ve değişmez olup yoğun psikolojik sıkıntı vermesi ve işlevselliğin bozulması olduğu söylenebilir. Karanlık üçlü kavramının içinde kişilik özellikleri olarak yer alan narsisizm ve psikopati bu anlamda klinik düzeyde olmayan ve psikiyatrik hastalık kriterlerine göre eşik altı düzeyde olan kişilik özellikleridir (Furnham & Crump, 2005; Uysal Irak & Saltoğlu, 2020).

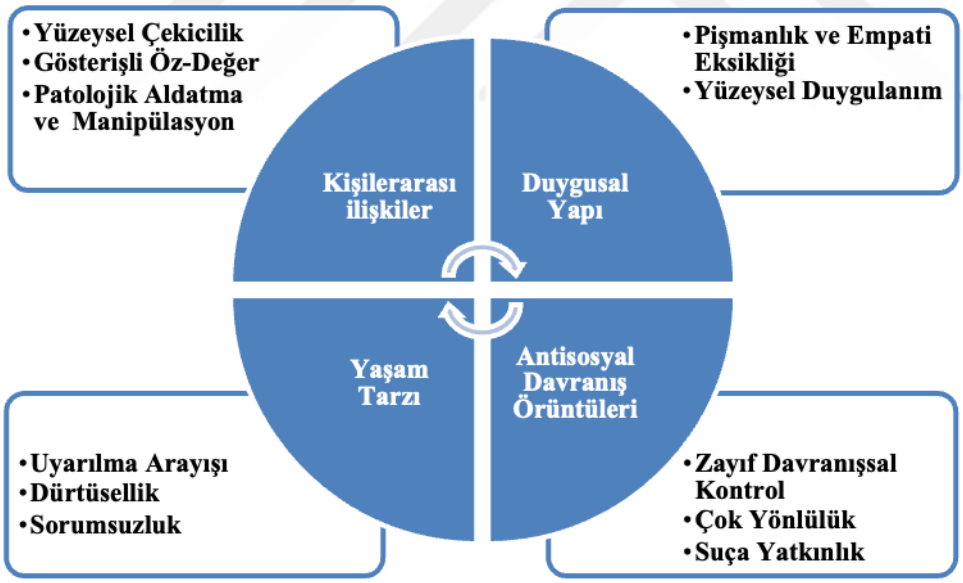
2.5.2. Psikopati

Psikopati kavram olarak yaklaşık bir asırlık geçmişi bulunan, öncesinde genellemeleri anlamlandıran ancak günümüze yaklaştıkça anlamı daralan bir terimdir. 1863 yılında ise Koch tarafından "*psikopat*" terimi ilk kez kullanılmıştır (Kendi ve ark., 1998; Yıldız ve ark., 2015); ancak klinik alandaki kullanımı ve terim olarak yaygınlaşması Cleckley (1941)'in tanımlaması ile başlamıştır (Kowalski ve ark., 2023). Psikopati kişilik özelliğine sahip bireyler kişilerarası ilişkilerde zorlayıcı, büyüklenmeci, benmerkezci, manipülatif ve katı görünüme sahiptirler (Temelli ve ark., 2021). Hare ve Neumann (2008) psikopatinin dört boyutunu tanımlamış olup (Bkz. Şekil IV) bu boyutlar; kişilerarası ilişkiler (yüzeysel çekicilik, gösterişli öz-değer, patolojik aldatma ve manipülasyon), duygusal yapı (pişmanlık, empati eksikliği ve yüzeysel duygulanım), antisosyal davranış örüntüleri (zayıf davranışsal kontrol, çok yönlülük ve suça yatkınlık) ve yaşam tarzı (uyarılma arayışı, dürtüsellik ve sorumsuzluk)'dır (Rogoza & Cieciuch, 2020). Psikopati, sapkın davranışlarda bulunmaya yatkın, düşük öz-kontrol ve düşük empati yeteneği olan, pişmanlık duygusundan yoksun, üstünlük arzusu olan, manipülatif ve yalancı insanlardır (Cleckley, 1976; Uysal Irak & Saltoğlu, 2020). Psikopati, toplumsal yaşamda diğerleri ile duygusal açıdan değerlendirildiklerinde, duygulanımda sığ, empati, kaygı ve pişmanlıktan yoksun ve yakın ilişkilerin sürdürülmesi oldukça zor kişilik özellikleridir. Toplumda psikopati, erkeklerde kadınlara oranla daha yaygın görülmektedir (Coid ve ark., 2009; Kiehl & Hoffman, 2011; Lynam & Gudonis, 2005). Psikopatinin dışavurumsal ve sosyal uyumu bozan kişilik özellikleri toplumdaki diğer bireyler ile düşük düzeyde duygusal iletişim kurma, vicdan yoksunluğu, suçlu hissetmeme ve düşük empati becerisidir (Delisi ve ark., 2018).

Psikopatinin duygusal ekseninde, empati becerisinin azlığı, duyguları tanımada zorlanma ve başarısızlık olduğu son yıllarda yapılan bir çalışmada da vurgulanmaktadır

(Ayar, 2019). Literatürde psikopati ile duyguları fark etme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bildirilmiştir (Hasting ve ark., 2008). Karanlık üçlü kişilik özellikleri etiyolojik açıdan değerlendirildiğinde, psikopatinin temelde gelişimsel bir doğasının olduğu, görece ısrarcı özelliklerle on yaştan önce fark edilebildiğini ve bu özelliklerin önemli genetik risk faktörlerine dayandığı öne çıkmaktadır (Viding ve ark., 2005; 2008). Psikopatinin etiyolojisine ilişkin teorik açıklamalar yöntemsel farklılıklar ile çeşitlendirilmektedir. Bu teorik açıklamalarda biyolojik ve sosyo-kültürel etkenler üzerinde durulmaktadır; ancak psikopatinin karmaşık yapısı odağındaki etiyolojik yaklaşımlarda, bütünleyici görüş giderek önem kazanmakta ve hem biyolojik hem de sosyo-kültürel etkenlerin psikopatinin gelişimine majör oranda katkı sağladığı öncül bir önemle ifade edilmektedir.

Şekil IV: Psikopatinin Dört Boyutu



2.5.3. Narsisizm

Narsisizm, adını Yunan Mitolojisi'ndeki Narkissos efsanesinden alan (Kowalski ve ark., 2023) ve narsisizm kavramına evrilme süreci halen devam eden bir fenomendir. Psikanalistler, kişiliklerini ve özsaygılarını kendileri dışından onay alarak sürdürme çabası

etrafında örgütlenmiş kişileri narsisistik olarak adlandırmaktadırlar (McWilliams, 2017). Narsisizm, psikanalizde Otto Rank'ın ve Sigmund Freud'un bilimsel eserleri üzerinden çalışılmaya başlanmıştır. Bugün ise narsisizm, aktüel hayatın bir parçası haline gelmiştir (Schmidt, 2019). Narsisizmin kelime anlamı; bireyin kendi vücuduna ve kendi ruhsal durumuna yönelttiği arzu anlamına gelmektedir (Karaaziz & Erdem Atak, 2013; Özsaydın, 1984). Narsisizm kelimesi ilk kez 1898 yılında psikanalitik kuramcı H. Ellis tarafından psikolojik bir kavramı açıklamak amacıyla kullanılmış ve Ellis narsisizmi özellikle kadınlarda görülen ve cinsel dürtüleri bireyin kendisine hayranlıkla yöneltmesini içeren duygular olarak kapsamlı bir şekilde açıklamıştır (Karaaziz & Erdem Atak, 2013; Rozenblatt, 2002).

Psikiyatri ve klinik psikoloji alanyazınında narsisizm normal ve patolojik olarak iki kategoride ele alınmaktadır. Normal narsisizm, bireyin kendisi, arkadaşları ve yakın çevresindeki bireylerle uyumu ve bu kişilerin beklentilerini karşılayabileceği duygusunu yaşantılaması olarak tanımlanmaktadır (Karaaziz & Erdem Atak, 2013; Rozenblatt, 2002). Kişinin kendisinin ve toplumun onu beğenmesi onun için yaşamsal bir gerekliliktir ve kişi kendine yönelik olumlu değerlendirmelerde bulunabilir. Bununla birlikte bireylerin diğerleri için ifade ettiği anlam, kendisi adına önem arz edebilmektedir. Kişinin kendi çevresinde önem verdiği kişilerin onayı ile öz saygısı güçlenebiliyorken, bu onayın verilmemesi ya da herhangi bir durumda takdir edilmemesi ise öz saygının azalmasına neden olabilmektedir. Bu onaylanma ve takdir alma ihtiyacının şiddeti ve ilgili duruma ilişkin yaşanan kaygı düzeyi ise patolojik narsisizm ve normal narsisizm arasındaki ayrımın belirlenmesinde kritik bir noktaya işaret etmektedir. Patolojik narsisizmdeki en önemli nokta bireyin tamamen dıştan gelen yorumlarla beslenmeye açık ve muhtaç olmasıyken; normal narsisizmle patolojik narsisizmin ayırımını sağlayan ve farkını ortaya koyan nokta burasıdır. Narsisizmin bireyde, kısa dönemli popülerlik sağlama isteği, yüksek statü beklentisi ve liderlik pozisyonlarına yönelik hedefleri ekseninde çaba gösterme, uzun dönemli ilişkileri sürdürememe ve uyumsuzluk gibi olumsuz

psikotoplumsal sonuçları beraberinde getirebildiği bildirilmektedir. Narsisist bireylerin kendilerine yönelik dışarıdan gelen bir tehdit algıladıklarında saldırgan davranışlar gösterebildikleri ve adli mekanizmalara özellikle fail konumunda dahil olabildikleri ifade edilmektedir (Dudeck ve ark., 2007; Jones & Paulhus, 2010; Temelli ve ark., 2021).

2.5.4. Makyavelizm

Makyavelizm, klinik anlamda psikiyatrik tanı kriterleri açısından bir kişilik bozukluğuna işaret etmemektedir. Bu kavram, Christie ve Geis (1970)'in çalışmalarına ilham kaynağı olan ünlü politikacı Nicolo Machiavelli'nin isminden köken almaktadır (Uysal Irak & Saltoğlu, 2020). Makyavelizm, bireyleri amaçları doğrultusunda kullanma, kandırma ve manipüle etme davranışları gibi kişilerarası stratejileri kullanmayı ifade etmektedir. Makyavelist bireyler, parayı, gücü ve rekabeti; toplumsal birliğin, ailevi meselelerin ve kendini sevmenin önüne koyabilmekte ve amaçlarına ulaşabilmek için iltifatta bulunma, övme veya yalan söyleme gibi manipülatif yöntemlere başvurabilmektedir (Jones & Paulhus, 2009; Temelli ve ark., 2021). Makyavelist özellikler gösteren bireylerin kişisel çıkarlarını ön planda tutma, ahlak ya da etik kurallara aldırmama ve incittikleri bireylere yönelik vicdan azabı veya pişmanlık gibi duyguları daha az düzeyde yaşadıkları belirtilmektedir. Makyavelistler, manipülasyon sürecinde kurbanlarını, itaat ettirmeye çalışırlar (Paulhus & Williams, 2002).

Makyavelist bireyler öz ve genel ifade ile pragmatik, taktiksel ve stratejik davranan kişiler olup aynı zamanda etik dışı, manipülatif ve alaycı bir yapıya da sahiptirler (Rogoza & Cieciuch, 2020). Machiavelli'nin *"amaca giden her yol mübahtır*" söylemi özünde makyavelizmin temelini oluşturmaktadır ki makyavelist bireyler, yakın ilişki içerisinde bulundukları kişileri duygusal açıdan manipüle ederek kendi istediklerini onlara yaptırırlar. Makyavelist bireylerin manipüle ettiği kişiler ya da kurbanlar, istirmacılarına bağlanma davranışı gösterirler. Makyavelizm; sinsilik, sömürme, empatiden uzak, kibirli, kaba ve

soğukkanlı kişilik özelliklerini içermektedir. Makyavelist bireylerin manipülasyonundan kurtulmak için bu kişilerle olan bağın koparılması gerekmektedir (Vural, 2020).

2.5.5. Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri ve Adli Bilimler

Adli bilimler ekseninde karanlık üçlü kişilik özellikleri psikopati, narsisizm ve makyavelizm özelinde tekil veya bütüncül olarak değerlendirilebilir. Karanlık üçlü ile adli bilimler arasındaki ilişkisel bağlantının büyük bir kısmını psikopati oluşturmaktadır. Toplumsal yaşamdaki kurallara ters düşen, umursamayan ve suç sayılan davranışlara eğilimli kişiler genelde psikopati özellikleri göstermektedirler (Ayar, 2019). Şiddet odaklı tutumlara karanlık üçlü kişilik özelliklerinin de etki ettiği düşünülmektedir ki karanlık üçlü kişilik özellikleri; agresiflik, antisosyallik, dürtüsellik ve manipülasyon gibi birtakım örseleyici davranışlarla kendini göstermektedir. Şiddet, insanlık tarihi kadar eski ve günümüze kadar varlığını sürdüren ciddi bir sorundur. Toplumsal ve bireysel sonuçları açısından önemli bir olgu olan şiddet, günümüz toplumlarında oldukça yaygın olarak görülmektedir. Şiddet geçmişi olan bireylerin yaşam öykülerinde; ilgisiz anne-baba tutumları, çocukluk döneminde şiddete maruz kalma veya tanıklık etme, madde kullanımı, fiziksel ya da psikolojik sorunların varlığı gibi faktörlerin şiddete yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (Türk ve ark., 2023).

Psikopati ile suç davranışı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde ilişki vardır. Bu ilişkinin psikopatinin karakteristiğine ait duygulanımsal, kişilerarası ve davranışsal özelliklerin bir sonucu olduğu vurgulanmaktadır (Hare, 1999). Hart ve Hare (1997) psikopati özellikleri gösteren bireylerin sıklıkla adli sistem içinde yer aldığını ve bu kişilerin öfke ve şiddet açısından yüksek risk grubuna yerleştirdiğini vurgulamaktadırlar. Psikopati, eşyaya ve mülke karşı işlenmiş suçlar, narkotik maddeler ile ilişkili suçlar ve saldırı suçları ile ilişkilendirilmektedir (Colins ve ark., 2015; Temelli ve ark., 2021). Karanlık üçlü kişilik özelliklerini bencil olma, dürtüsel cinsel yaşam, düşük düzeyde dürtü denetimi gibi yaşamsal

dinamikleri içinde barındırırlar. İlgili çalışmalarda bu üç kişilik yapısının dürtüsellik, manipülasyon, davranışsal saldırganlık ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Narsisizmin kendine hayranlık ve hak verme, kişilerarası sömürü ve manipülasyon ile karakterize olan özellikleri; psikopatinin, yüksek dürtüsellik ve antisosyal davranış örüntüleri, heyecan arayışı ve düşük empati ile ilişkili davranışları; makyavelistlerin, "*amaca giden her yol mubahtır*" yaklaşımının şiddete yönelik tutumlara etki ettiği düşünülmektedir (Türk ve ark., 2023).

Narsisizm, makyavelizm ve psikopati kişilik özelliklerinin tümü sosyal hayatta kötü niyetli olarak tanımlanabilecek özelliklere sahiptirler, bu üç kişilik özelliği pek çok ortak noktaya sahip oldukları için *"karanlık üçlü"* adı verilerek daha kapsayıcı olduğu düşünülen bir ismin altında toplanmışlardır (Uysal Irak & Saltoğlu, 2020). Jones ve Paulhus bu kişilik özelliklerinin ortak noktalarının "*hissizlik (callousness)*" ve "*manipülasyon*" olduğunu belirtmiştir. Bu konu ile ilgili araştırmacılar her üç kişilik özelliğinin de sahip olduğu iki temel davranışa vurgu yapmışlardır ki bunların ilki, insanların acı çekmesi karşısında kayıtsız kalmalarıdır, ikincisi ise insanları kendi çıkarları uğruna kullanmaktan çekinmemeleridir (Uysal Irak & Saltoğlu, 2020). Muris ve arkadaşları (2017) her üç kişilik özelliğinin de tutarsız davranışlar, cinsellikle ilgili problemler, saldırganlık/suça yatkınlık, duygusal yoksunluk, olumsuz sağlık durumu, kişilerarası ilişkilerde zorlanma, etik problemler ve antisosyal davranış paternleri gibi olumsuz psikososyal sonuçlarla ilişkileri olduğunu tespit etmişlerdir. Narsisizm, makyavelizm ve psikopati, DSM ya da ICD'de tanımlanmış psikiyatrik bozukluklar kategorisinde yer almadıkları için etiyolojik ve epidemiyolojik veriler henüz net değildir. Karanlık üçlü kişilik özellikleri ile ilgili güncel bilimsel literatürde yeni çalışmalara açık olmasına rağmen, henüz akademik açıdan nispeten kısıtlı verilere sahiptir. Karanlık üçlü kişilik özellikleri odaklı araştırmalar arttıkça; etiyolojik risk faktörleri, epidemiyoloji verileri, adli suç ve ceza süreçleri gibi bilgiler de ilerleyen zamanlarda belirginleşmeye devam edecektir (Uysal Irak & Saltoğlu, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Doktora tez çalışmasının bu bölümünde araştırmanın; modeline, evrenine, örneklemine, kullanılan veri toplama araçlarına, istatistiksel analizlerine ve yöntemine ilişkin bilgilere yer verilmektedir. Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden, kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu doktora tez çalışması, amaçlı örnekleme yoluyla ulaşılan ve Antalya'da yaşayan 40 madde kullanım bozukluğu ve 40 kumar oynama bozukluğu tanısı olan toplam 80 yetişkin psikiyatrik vaka ile yürütülmüştür. Doktora tez çalışmamızda, 15 Kasım 2021-15 Aralık 2023 tarihleri arasında, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü ve Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Merkezi (AMBAUM)'ne gönüllü başvuran madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu tanılı vakalar katılımcı olarak yer almıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu doktora tezi nicel araştırma yöntemlerinden *"ilişkisel tarama modeli"* kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımıdır. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişim varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011). Klinik gözlemler ya da kesitsel araştırmalar sonucunda edinilen bazı ilişkilerin nedensel olup olmadığını saptayabilmek için uygulanan analitik bir araştırma modelidir. Bu model, hastalıklar veya sonuçlarla ilişkili faktörlere bakmak için yaygın olarak kullanılan bir model olmakla birlikte tanılı bir hastalığı olanlar (vaka grubu) ile ilgili hastalığı olmayanlarda (kontrol grubu) ya da başka bir tanı grubunda hastalığa yol açtığından şüphelenilen bir etkenin ne boyutta olduğu saptanarak, vaka ve kontrol grupları arasında bir fark olup olmadığı araştırılmaktadır (Setia, 2016).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Antalya'da yaşayan ve bir psikiyatrist tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)'e göre madde kullanım bozukluğu ve/veya kumar oynama bozukluğu tanısı almış ya da psikiyatri hekimi tarafından kumar bağımlılığı psikoterapisi ve danışmanlığı, madde bağımlılığı psikoterapisi ve danışmanlığı için polikliniğe yönlendirilmiş yetişkin bireylerden oluşmaktadır. 15 Kasım 2021-15 Aralık 2023 tarihleri arasında, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü ve Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Merkezi (AMBAUM)'ne başvuran vakalardan gönüllü olanlar, çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerine göre doktora tez çalışmasının klinik araştırmasının örneklemine alınmıştır. Araştırmaya katılacakların belirlenmesi için *"amaçlı örnekleme yöntemi"* kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi, belirli özelliklere sahip olan özel durumlar arasındaki ilişki çalışılmak istendiğinde tercih edilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2018).

Araştırmamızın örneklemini, DSM-5 göre en az bir madde kullanım bozukluğu ve/veya kumar oynama bozukluğu tanısı bir psikiyatri uzmanınca konmuş ya da psikiyatri hekimi tarafından kumar bağımlılığı psikoterapisi ve danışmanlığı, madde bağımlılığı psikoterapisi ve danışmanlığı ruh sağlığı uzmanlarıyla gerçekleştirilmek üzere polikliniğe yönlendirilmiş, çalışmaya gönüllü onamı bulunan 40 madde kullanım bozukluğu ve 40 kumar oynama bozukluğu olmak üzere toplam 80 vaka oluşturmaktadır. Doktora tez çalışmamız için toplamda 127 madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu vakası dahil edilmiş ancak bu vakalardan 35'i araştırmaya katılmayı reddetmiştir; reddedenlerin 9'u madde kullanım bozukluğu, 26'sı ise kumar oynama bozukluğu vakalarıdır. 12 kişiden alınan veriler ise bazı alt ölçeklerin cevaplanmaması veya eksik bırakılması gibi nedenlerle analize dahil edilmemiştir. Tez çalışması kapsamındaki araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- 18-65 yaş arası olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Aydınlatılmış onam vermek,
- Madde kullanım bozukluğu veya kumar oynama bozukluğu tanısı psikiyatri uzmanınca konmuş olmak ya da madde/kumar bağımlılığı psikoterapisi için psikoloğa yönlendirilmiş olmaktır.

Tez çalışması kapsamındaki araştırmadan dışlama kriterleri ise şu şekildedir:

- Araştırmaya katılmayı engelleyebilecek düzeyde saldırganlık, eksitasyon riski veya düşmanca tutum sergilemektir.
- Araştırma bataryasını doldurmasına engel teşkil edebilecek fiziksel engeli olmaktır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların öncelikle *"Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu"*nu (Bkz. Ek 8.1.) onaylamasından sonra sırasıyla; "*Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu"* (Bkz. Ek 8.2.), "*Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği*" (Bkz. Ek 8.4.), "*Bağımlılık Profil İndeksi Özbildirim Formu"* (Bkz. Ek 8.3.), "*South Oaks Kumar Testi"* (Bkz. Ek 8.6.), *"Karanlık Üçlü Ölçeği"* (Bkz. Ek 8.7.) ve *"Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği"* (Bkz. Ek 8.5.) uygulanmıştır. Çalışmamızda toplamda 1 anket formu ve 5 ölçek kullanılmış; kullanılan veri toplama araçlarının özellikleri ve geliştirilme süreçlerine ilişkin bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.3.1. Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu

Araştırmacı ve danışman tarafından katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için hazırlanan Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme

Formu'nda; yaş, eğitim durumu, şehir, meslek, medeni durum, aile ve ebeveyn bilgileri ile annenin ve babanın eğitim seviyeleri gibi betimleyici bilgiler yer almaktadır. Ayrıca anne ve baba ile ilişki durumu ile şiddet geçmişi, aile içi şiddete tanık olma, kendine zarar verme davranışları, travmatik yaşantı öyküsü, psikiyatri tanı-tedavi geçmişi, sigara, alkol, madde kullanımı ve adli süreçlere ilişkin toplam 29 soru yer almaktadır. Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu'ndaki maddelerin bir kısmı açık uçlu sorular olup bazı maddeler ise kategorik ve sınıflandırma düzeylerinden oluşmaktadır (Bkz. Ek 8.2.).

3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ)

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), geriye dönük olarak 20 yaş öncesindeki istismar ve ihmal deneyimlerini değerlendirmek için kullanılan geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir psikometrik ölçme aracıdır (Bernstein ve ark., 1994). Bu psikometrik ölçek, niceliksel veriler sağlaması ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle değerlidir. Türkiye'de Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından, 28 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan bu ölçek için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. İlgili geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.93, Guttman yarım test katsayısı .97, iki hafta arayla testin aynı örnekleme tekrar uygulanması ile elde edilen test tekrar katsayısı ise .90 olarak bulunmuştur. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'ndaki alt boyutlar; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmali ve duygusal ihmali değerlendirmektedir. Ek olarak Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nde inkarını ölçmeye yönelik 3 minimizasyon maddesi de ölçek de yer almaktadır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanlarının hesaplanmasında ilk olarak olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar tersine çevrilmiştir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dönüştürülür). Beşli likert tipi olan ölçekte seçenekler; 5=çok sık ile 1=hiçbir zaman arasında değişmektedir. Maddelerden elde edilen puanlar, çocukluk çağı travmalarının yaşantı sıklığını göstermektedir.

Ölçeğin alt ölçek puanları 5-25, toplam puan ise 25-125 arasındadır (Şar ve ark., 2012). Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur; çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçerek ve toplam puana etki etmemektedir. Ölçekte duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerde; fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerde; fiziksel ihmal 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerde; duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerde; cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerde incelenmektedir (Şar ve ark., 2012). Bu çalışmada Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .91, MKB grubu için .73 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin duygusal istismar alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .81, MKB grubu için .67; CTQ fiziksel istismar alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .88, MKB grubu için .34 CTQ fiziksel ihmal alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .72, MKB grubu için .49; CTQ duygusal ihmal alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .84, MKB grubu için .76; CTQ cinsel istismar alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .94, MKB grubu için .86 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (Dissociative Experiences Scale [DES]), Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilmiştir. Dissosiyatif yaşantıları tarama ve şiddetini ölçmede kullanılan bu ölçek, toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nde her bir soru, 0 ile 100 arasında değişen 10'ar puanlık artarak devam eden yüzdelik değerler ile derecelendirilir. Psikometrik ölçekten alınan toplam puanın aritmetik ortalaması, DES ortalamasını belirler. Türkiye'de dissosiyatif yaşantılar ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalara göre, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ortalamasının 30 ve üzeri olması, patolojik düzeyde dissosiyasyona işaret etmektedir ki bu çalışmada DES kesme puanı olarak 30 kullanılmıştır

(Aydemir & Köroğlu, 2000; Öztürk, 2020). Yargıç, Tutkun ve Şar (1995) tarafından ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmış olup; DES'in cronbach alfa katsayısı .97, Guttman yarım test 0.95 ve test tekrar test katsayısı .77'dir. Bu çalışmada cronbach Alfa katsayısı KOB grubu için .91, MKB grubu için .92 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), 2012 yılında Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bağımlılık Profil İndeksi, alkol ve madde kullanıcılarının madde kullanımına bağlı sorunlarının özelliklerini çok boyutlu olarak değerlendirmek ve tedavi planlamasında yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. BAPİ, bağımlılık şiddetini ölçen ve bağımlılığın boyutlarını değerlendiren 37 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçek maddelerinde yanıt seçenekleri "*hiçbir zaman*" ile "*neredeyse her zaman*" arasında değişen 5'li likert biçimindedir. Bağımlılık Profil İndeksi maddeleri 0-4 arasında puanlanmakta olup, puanlama 0= *hiçbir zaman*-4= *neredeyse her zaman* arasında değişmektedir.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 148'dir. Madde kullanım özellikleri kategorisi, kullanılan maddelerin cinslerini ve kullanım sıklıklarını araştıran 12 soru, bağımlılık tanı ölçütleri kategorisinde 8, madde kullanmanın kişinin yaşamına etkisi kategorisinde 10, madde kullanma için şiddetli istek (craving) kategorisinde 4, madde kullanmayı bırakma motivasyonu kategorisinde ise 3 soru bulunmaktadır. Bağımlılık Profil İndeksi'nin güvenilirlik analizinde tüm ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.89 ve alt ölçeklerin cronbach alfa katsayıları 0.63-0.86 arasında bulunmuştur; madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.42-0.89 arasındadır. Bağımlılık Profil İndeksi için iki yarı test korelasyonlarından Spearman Brown katsayısı 0.83 saptanmıştır. BAPİ geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak bağımlılığın çeşitli boyutlarını kapsayan bir şiddet ölçeği olup, bilimsel

araştırmalarda ve klinik uygulamalarda yaygın kullanılmaktadır. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .98, MKB grubu için .76 olarak bulunmuştur.

3.3.5. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)

South Oaks Kumar Tarama Testi, Lesieur ve Blume (1987) tarafından geliştirilmiştir hem erişkinlerde hem gençlerde kumar problem düzeyini değerlendirmek; kumarın hem toplumsal hem de yaşam boyu yaygınlığına yönelik tahminleri sağlamak için en sık kullanılan envanterler arasında yer almaktadır (Wiebe ve ark., 2000). Bu testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Duvarcı ve Varan (2001) tarafından yapılmıştır. SOKTT, 26 sorudan oluşmakta olup 1, 2, 3, 12, 16j ve 16k numaralı maddeler puanlamaya dahil edilmediğinden, ölçek 20 madde üzerinde değerlendirilmektedir. Testte her madde 1 puan olup; katılımcının alabileceği en yüksek toplam puan 20, en düşük toplam puan ise 0'dır. Ölçekte toplam 5 ve üzeri puan alanlar "*patolojik kumarbaz*" olarak nitelendirilmektedir (İncekara & Taş, 2022). Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışmasında test tekrar test güvenirlilik katsayısı .95; cronbach alfa katsayısı .87 olarak bulunmuştur (Duvarcı & Varan, 2001). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .72, MKB grubu için .60 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Karanlık Üçlü Ölçeği (KÜ)

Karanlık Üçlü Ölçeği, Jonason ve Webster (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden ve narsisizm, makyavelizm ve psikopati olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Satıcı ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Makyavelizm (madde 1-2-3-4), psikopati (madde 5-6-7-8) ve narsisizm (madde 9-10-11-12) olmak üzere üç boyut içermekle birlikte her bir boyutta dörder madde ile toplamda 12 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan, ölçekteki her bir maddenin kendi durumlarını ne ölçüde yansıttığını 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 9 (kesinlikle katılıyorum) arasında puan

vererek derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları makyavelizm için 0.79, psikopati için 0.71 ve narsisizm için 0,87 olarak hesaplanmıştır; Karanlık Üçlü Ölçeği Türkçe formunun makyavelizm, psikopati ve narsisizm kişilik özelliklerini ölçme bakımından geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmüştür (Satıcı ve ark., 2018). Bu çalışmada Karanlık Üçlü Ölçeği'nin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .84, MKB grubu için .75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Karanlık Üçlü Ölçeği'nin cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .72, MKB grubu için .81; Karanlık Üçlü Ölçeği Psikopati alt ölçeği cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .63, MKB grubu için .75; Karanlık Üçlü Ölçeği Narsisizm alt ölçeği cronbach alfa katsayısı KOB grubu için .91, MKB grubu için ise .92 olarak bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 05.10.2021 tarihli 19 sayılı toplantısında tez öneri savunması kabul edilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.10.2021 tarihli toplantısında 16/10 karar numarası ile doktora tez çalışması için etik kurul "*uygun*" onayı ve hastanede çalışma izni alınmıştır. Tez çalışması ile ilgili araştırma izni ve kurum onayının akabinde 15 Kasım 2021-15 Aralık 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü polikliniklerinde 2 yıl süreyle araştırmanın uygulaması, araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Merkezi (AMBAUM)'nden 28.12.2021'de çalışma verilerinin toplanmasına ilişkin izin onayı alınarak, 2 yıl süreyle araştırmanın uygulaması yine araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara öncelikle çalışma hakkında bilgi verilmiş, anonim bir çalışma olduğu, kimlik ve özlük bilgilerinin alınmayacağı belirtilmiş ve *"Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu"* okunarak onay vermeleri istenmiştir. Katılımcılara çalışmanın

herhangi bir noktasında katılımlarını sonlandırabileceklerine dair bilgi verilmiştir. Her bir katılımcının bu doktora tez çalışması için araştırmacı ve danışması tarafından belirlenen psikometrik ölçekleri tamamlama süresi, yaklaşık olarak 45-60 dakika arasındadır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for Social Sciences-SPSS) 22. sürüm paket programı kullanılmış, uygulanan analizlerde istatistiksel anlamlılık değerleri için $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Tez çalışmamızın bağımsız değişkenleri; madde kullanım bozukluğu, kumar oynama bozukluğu ve çocukluk çağı travmalarıdır. Doktora tezimizin bağımlı değişkenleri ise dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleridir. Araştırmamızdaki sosyo-demografik özellikler, sıklık-yaygınlık verileri için frekans ve dağılım analizleri ile tanımlayıcı istatistikler; gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örneklemler t testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma analizlerinden önce normallik analizi yapılmış olup; verilerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek adına basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelenmiş ve her iki değerin ± 3 sınırlarında olması beklenmiştir. 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, eğer her bir grupta 30'tan fazla veri varsa, ilgili verilerin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilmesi gerektiğini önermiştir. Doktora tez çalışmamızda istatiksel analiz sonucunda örneklem verilerinin normal dağılım göstermediği durumlarda ise gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmamızda kullanılan psikometrik ölçek verileri ve puanları arası ilişkileri saptamak için ise Pearson Korelasyon testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Doktora tez çalışmamızda bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Doktora tez çalışmamızın katılımcılarından elde edilen demografik bilgi ve veriler, ölçek puanları, istatistiksel analizler ve sonuçları bu bölümde yer almaktadır. Doktora tezimiz kapsamında yürütülen araştırmaya katılan tüm bireyler bu bölümde "*Katılımcılar*" olarak ifade edilmektedir. Kumar oynama bozukluğu örneklemindeki katılımcılar bulgularda "*KOB*"; madde kullanım bozukluğu örneklemindeki katılımcılar ise "*MKB*" biçiminde kısaltılarak kullanılmıştır. KOB ve MKB örneklemi kapsamında her iki grupta da 40'ar kişi bulunmaktadır. İstatiksel analizlerin açıklamalarında ve tablolarda katılımcılar; KOB, MKB ve toplam şeklinde ifade edilmektedir.

Tablo I: Katılımcıların Demografik Özellikleri

			KOB	MKB	TOPLAM
Cinsiyet	Kadın	N	5	2	7
		%	12.5	5	8.8
	Erkek	N	35	38	73
		%	87.5	95	91.3
Yaş		N	40	40	80
		Ort.	37.67	30.12	33.9
Eğitim Düzeyi	İlkokul	N	1	2	3
		%	2.5	5	3.8
	Ortaokul	N	10	21	31
		%	25	52.5	38.8
	Lise	N	16	16	32
		%	40	40	40
	Üniversite	N	13	1	14
		%	32.5	2.5	17.5
Kiminle Yaşıyor	Tek Başına	N	6	6	12
		%	15	15	15
	Aile Yanı Ebeveynleri ile	N	10	23	33
		%	25	57.5	41.3
	Çocuğunun Evinde	N	3	2	5
		%	7.5	5	6.3
	Ailesi ile Kendi Ayrı Evinde	N	21	9	30
		%	52.5	22.5	37.5
Gelir Düzeyi	2850 TL ve Altında	N	1	6	7
		%	2.5	15	8.8
	2851-5000 TL	N	5	12	17
		%	12.5	30	21.3
	5001-8000 TL	N	8	11	19
		%	20	27.5	23.8
	8001 ve Üzerinde	N	26	11	37
		%	65	27.5	46.3
	Toplam	N	40	40	80
		%	50	50	100

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; Ort: Aritmetik ortalama; %: Yüzde

Tablo I'de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler yer almaktadır. Katılımcıların 73 (%91.3)'ü erkek, 7 (%8.8)'si kadın; KOB örnekleminin 35 (%87.5)'i erkek, 5 (%12.5)'i kadın; MKB örnekleminin 38 (%95)'i erkek, 2 (%5)'si ise kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 33.9, KOB örneklemi yaş ortalaması 37.67, MKB örneklemi yaş ortalaması ise 30.12'dir. Katılımcıların 3 (%3.8)'ü ilkokul, 31 (%38.8)'i ortaokul, 32 (%40)'si lise ve 14 (%17.5)'ü ise üniversite mezunudur. KOB örnekleminin 1 (%2.5)'i 2850 TL ve altında, 5 (%12.5)'i 2851-5000 TL, 8 (%20)'i 5001-8000 TL, 26 (%65)'i 8001 TL ve üzerinde aylık gelir düzeyine; MKB örnekleminin 6 (%15)'sı 2850 TL ve altında, 12 (%30)'si 2851-5000 TL, 11 (%27.5)'i 5001-8000 TL, 11 (%27.5)'i ise 8001 ve üzerinde aylık gelir düzeyine sahiptir (Bkz. Tablo I).

Tablo II: Katılımcıların Aile ve Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikler

			KOB	MKB	TOPLAM
Ailedeki Kişi Sayısı	1-3 Kişi	N	26	19	45
		%	65	47.5	56.3
	4-6 Kişi	N	14	19	33
		%	35	47.5	41.3
	7 ve Üzeri	N	0	2	2
		%	0	5	2.5
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk	N	6	8	14
		%	15	20	17.5
	2-3 Kardeş	N	26	22	48
		%	65	55	60
	4 ve Üzeri	N	8	10	18
		%	20	25	22.5
Kaçıncı Çocuk	İlk Çocuk	N	14	21	35
		%	35	52.5	43.8
	2. ve Üzeri	N	26	19	45
		%	65	47.5	56.3
Anne	Öz ve Sağ	N	33	40	73
		%	82.5	100	91.3
	Öz ancak Vefat Eden	N	5	0	5
		%	12.5	0	6.3
	Üvey ve Sağ	N	2	0	2
		%	5	0	2.5
	Üvey ancak Vefat Eden	N	0	0	0
		%	0	0	0
Baba	Öz ve Sağ	N	34	38	72
		%	85	95	90
	Öz ancak Vefat Eden	N	3	2	5
		%	7.5	5	6.3
	Üvey ve Sağ	N	2	0	2
		%	5	0	2.5
	Üvey ancak Vefat Eden	N	1	0	1
		%	2.5	0	1.3
	Toplam	N	40	40	80
		%	50	50	100

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde

Tablo II'de katılımcıların aile ve ebeveynlerine göre demografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların 14 (%17.5)'ü ailesindeki tek çocuk iken, 48 (%60)'i 2-3 kardeş ve 18 (%22.5)'i ise 4 ve daha fazla kardeşe; KOB örnekleminin 6 (%15)'sı ailesindeki tek çocuk iken, 26 (%65)'sı 2-3 kardeş ve 8 (%20)'i ise 4 ve daha fazla kardeşe; MKB örnekleminin 8 (%20)'i ailesindeki tek çocuk iken, 22 (%55)'si 2-3 kardeş ve 10 (%25)'u ise 4 ve daha fazla kardeşe sahiptir. Katılımcıların 35 (%43.8)'i, KOB örnekleminin 14 (%35)'ü ve MKB örnekleminin ise 21 (%52.5)'i ailesinin ilk çocuğudur (Bkz. Tablo II).

Tablo III: Katılımcıların Medeni Durumu

			KOB	MKB	TOPLAM
Medeni Durum	Evli	N	24	12	36
		%	60	30	45
	Bekar	N	13	22	35
		%	32.5	55	43.8
	Eşi Vefat Eden	N	1	0	1
		%	2.5	0	1.3
	Boşanmış	N	2	6	8
		%	5	15	10
	Toplam	N	40	40	80
		%	50	50	100

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde.

Tablo III'te katılımcıların medeni durumuna göre demografik özellikleri yer almaktadır. KOB örnekleminin 24 (%60)'ü evli, 13 (%32.5)'ü bekar, 2 (%5)'si boşanmış ve 1 (%2.5)'inin ise eşi yaşamamaktadır. MKB örnekleminin 12 (%30)'si evli, 22 (%55)'si bekar ve 6 (%15)'sı ise boşanmış olduğunu bildirmiştir.

Tablo IV: Katılımcıların Ebeveynleri ile İlişki Düzeyi

			KOB	MKB	TOPLAM
Anne ile İlişki Düzeyi	İyi	N	25	22	47
		%	62.5	55	58.8
	Orta	N	14	12	26
		%	35	30	32.5
	Kötü	N	1	5	6
		%	2.5	12.5	7.5
	İlişki yok	N	0	1	1
		%	0	2.5	1.3
Baba ile İlişki Düzeyi	İyi	N	16	15	31
		%	40	37.5	38.8
	Orta	N	15	13	28
		%	37.5	32.5	35
	Kötü	N	5	10	15
		%	12.5	25	18.8
	İlişki yok	N	4	2	6
		%	10	5	7.5
	Toplam	N	40	40	80
		%	50	50	100

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde

Tablo IV'te katılımcıların ebeveynleri ile ilişki düzeylerine göre betimsel özellikleri yer almaktadır. KOB örnekleminin 25 (%62.5)'i ve MKB örnekleminin 22 (%55)'si anneleriyle iyi ilişkiye sahip olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 47 (%58.8)'sinin anneleri ile ilişkisi iyi iken, 33 (%41.3)'ünün ise anneleri ile ilişkisi orta, kötü ve ilişkisi yoktur. KOB örnekleminin 16 (%40)'sı, MKB örnekleminin 15 (%37.5)'i ise babalarıyla iyi ilişkiye sahip olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 31 (%38.8)'inin babaları ile ilişkisi iyi iken, 49 (%61.3)'unun ise babaları ile ilişkisi orta, kötü ve ilişkisi yoktur.

Tablo V: Katılımcıların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikler

			KOB	MKB	TOPLAM
Anne ve Baba Medeni Durumu	Beraber	N	29	31	60
		%	72.5	77.5	75
	Boşanmış	N	7	7	14
		%	17.5	17.5	17.5
	Birlikte Yaşamıyor	N	4	2	6
		%	10	5	7.5
Anne Eğitim Durumu	Okur-Yazar	N	6	7	13
		%	15	17.5	16.3
	İlkokul	N	23	20	43
		%	57.5	50	53.8
	Ortaokul	N	4	7	11
		%	10	17.5	13.8
	Lise	N	4	6	10
		%	10	15	12.5
	Üniversite	N	3	0	3
		%	7.5	0	3.8
Baba Eğitim Durumu	Okur-Yazar	N	2	4	6
		%	5	10	7.5
	İlkokul	N	15	14	29
		%	37.5	35	36.3
	Ortaokul	N	10	10	20
		%	25	25	25
	Lise	N	7	10	17
		%	17.5	25	21.3
	Üniversite	N	6	2	8
		%	15	5	10
	Toplam	N	40	40	80
		%	50	50	100

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde

Tablo V'te katılımcıların ebeveynlerine ilişkin demografik özellikleri yer almaktadır. KOB örnekleminin 29 (%72.5)'unun ebeveynleri beraber iken, 7 (%17.5)'sinin ebeveynleri boşanmış ve 4 (%10)'ünün ebeveynleri ise birlikte yaşamamaktadır. MKB örnekleminin 31

(%77.5)'inin ebeveynleri beraber iken, 7 (%17.5)'sinin ebeveynleri boşanmış ve 2 (%5)'sinin ebeveynleri ise birlikte yaşamamaktadır. Katılımcıların 13 (%16.3)'ünün annesi okur-yazar, 43 (%53.8)'ünün ilkokul, 11 (%13.8)'inin ortaokul, 10 (%12.5)'unun lise ve 3 (%3.8)'ünün ise üniversite mezunu; katılımcıların 6 (%7.5)'sının babası okur-yazar, 29 (%36.3)'unun ilkokul, 20 (%25)'sinin ortaokul, 17 (%21.3)'sinin lise ve 8 (%10)'inin ise üniversite mezunudur.

Tablo VI: Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve Tedavi Durumu

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
KOB ve MKB Hariç Psikopatoloji Geçmişi	Evet	N	11	8	19	0.276
		%	27.5	20	23.8	
	Hayır	N	29	32	61	
		%	72.5	80	76.3	
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi	1 Yıldan Az	N	18	23	41	4.130
		%	45	57.5	51.3	
	2-3 Yıl	N	3	5	8	
		%	7.5	12.5	10	
	4 ve Üzeri Yıl	N	4	5	9	
		%	10	12.5	11.3	
	Tedavi Geçmişi Bulunmayanlar	N	15	7	22	
		%	37.5	17.5	27.5	
	Toplam	N	40	40	80	
		%	50	50	100	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde; x^2=Ki-kare.

Tablo VI'da katılımcıların ruhsal durumuna ilişkin bilgiler yer almaktadır. KOB örnekleminin 11 (%27.5)'i ve MKB örnekleminin 8 (%20)'i daha önce mevcut psikopatolojilerinden farklı psikiyatrik tanı/tanılar almıştır. KOB örnekleminin 18 (%45)'i daha önce 1 yıldan az psikiyatrik tedavi, 3 (%7.5)'ü 2-3 yıl arası, 4 (%10)'ü 4 yıl ve üzeri psikiyatrik tedavi aldığını; MKB örnekleminin 23 (%57.5)'ü daha önce 1 yıldan az psikiyatrik tedavi, 5 (%12.5)'i 2-3 yıl arası, 5 (%12.5)'i ise 4 yıl ve üzeri psikiyatrik tedavi aldığını belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminin psikiyatrik tanı geçmişi ve psikiyatrik tedavi süresi açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmış olup; bu analiz sonuçlarına göre KOB ve MKB örneklemi arasında anlamlı istatiksel fark bulunamamıştır.

Tablo VII: Katılımcıların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma ve Şiddete Tanık Olma Durumu

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
Aile İçi Şiddete Maruz Kalma	Evet	N	18	16	34	0.051
		%	45	40	42.5	
	Hayır	N	22	24	46	
		%	55	60	57.5	
Aile İçi Şiddete Tanıklık Etme	Evet	N	19	19	38	0.000
		%	47.5	47.5	47.5	
	Hayır	N	21	21	42	
		%	52.5	52.5	52.5	
	Toplam	N	40	40	80	
		%	50	50	100	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde; x^2=Ki-kare.

Tablo VII'de katılımcıların aile içi şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma durumuna ilişkin betimsel bulgular yer almaktadır. KOB örnekleminin 18 (%25)'i ve MKB örnekleminin 16 (%40)'sı çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. KOB örnekleminin 19 (%47.5)'u ve MKB örnekleminin ise 19 (%47.5)'u çocukluk çağında aile içi şiddete tanık olduğunu belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminin aile içi şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma durumu açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmış olup; ilgili istatiksel analiz sonuçlarına göre KOB ve MKB örnekleminde aile içi şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma durumu dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo VIII: Katılımcıların İntihar Girişimlerine İlişkin Betimleyici Veriler

			KOB	MKB	TOPLAM
İntihar Girişimi	Evet	N	8	8	16
		%	20	20	20
	Hayır	N	32	32	64
		%	80	80	80
	Toplam	N	40	40	80
		%	50	50	100
İntihar Girişimi Yöntemi	Kesici, Delici, Ezici Alet	N	2	2	4
		%	5	5	5
	Ateşli Silah	N	0	1	1
		%	0	2.5	1.3
	Yüksek Doz İlaç	N	5	3	8
		%	12.5	7.5	10
	Ası	N	0	2	2
		%	0	5	2.5
	Yüksekten Atlama	N	1	0	1
		%	2.5	0	1.3

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde.

Tablo VIII'de katılımcıların intihar girişimlerine ilişkin betimsel bulgular yer almaktadır. KOB örnekleminin 8 (%20)'i ve MKB örnekleminin 8 (%20)'inin en az bir kez intihar girişimi olduğunu belirtmiştir. KOB örnekleminin 2 (%5)'si kesici, delici, ezici aletle, 5 (%12.5)'i yüksek doz ilaç kullanımı ve 1 (%2.5)'i ise yüksekten atlama yöntemiyle intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. MKB örnekleminin 2 (%5)'si kesici, delici, ezici aletle, 1(%2.5)'i ateşli silah kullanarak, 3 (%7.5)'ü yüksek doz ilaç kullanımı ve 2 (%5)'si ise ası yöntemi ile intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir.

Tablo IX: Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışlarına İlişkin Betimleyici Veriler

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
Kendine Zarar Verme	Evet	N	14	24	38	4.060*
		%	35	60	47.5	
	Hayır	N	26	16	42	
		%	65	40	52.5	
	Toplam	N	40	40	80	
		%	50	50	100	
Kendine Zarar Verme Yöntemi	Kesme, Çizme, Kazıma, Yolma	N	10	20	30	
		%	25	50	37.5	
	Yakma	N	1	3	4	
		%	2.5	7.5	5	
	Sert Cisimle Vurma	N	2	0	2	
		%	5	0	2.5	
	Yüksek Doz İlaç	N	2	0	2	
		%	5	0	2.5	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde; *<.05; x^2=Ki-kare

Tablo IX'da katılımcıların kendine zarar verme davranışlarına ilişkin betimsel bulgulara göre, KOB örnekleminin 14 (%35)'ü ile MKB örnekleminin 24 (%60)'ü en az bir kez kendine zarar verme davranışı gösterdiklerini belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminin kendine zarar verme davranışları açısından karşılaştırılması amacıyla uygulanan ki-kare testi sonuçlarına göre KOB ve MKB örnekleminde kendine zarar verme davranışları bulunanların (KOB için n=14; MKB için n=24) ve bulunmayanların dağılımı istatiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır [x^2=4.060; p<.05]. KOB örnekleminin 10 (%25)'u kesme, çizme, kazıma, yolma yöntemleri ile, 1 (%2.5)'i yakma yoluyla, 2 (%5)'si sert cisimle kendine vurma ve 2 (%5)'si ise yüksek doz ilaç kullanımıyla kendine zarar verme davranışında bulunduğunu ifade etmiştir. MKB örnekleminin 20 (%50)'si kesme, çizme, kazıma ve yolma yöntemleri ile 3 (%7.5)'ü ise yakma yöntemiyle kendine zarar verme davranışında bulunduğunu belirtmiştir.

Tablo X: Katılımcıların Sigara ve/veya Alkol Kullanımına İlişkin Betimleyici Veriler

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
Alkol Kullanımı	Evet	N	32	17	49	10.323 *
		%	80	42.5	61.3	
	Hayır	N	8	23	31	
		%	20	57.5	38.8	
	Toplam	N	40	40	80	
		%	50	50	100	
Sigara Kullanımı ve Düzeyi	Günde 1 Paketten Az	N	13	8	21	
		%	32.5	20	26.3	
	Günde 1 Paket	N	10	22	32	
		%	25	55	40	
	Günde 1 Paketten Fazla	N	11	10	21	
		%	27.5	25	26.3	
	Sigara Kullanmıyor	N	6	0	6	
		%	15	0	7.5	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde; *<.05; x^2=Ki-kare

Tablo X'da katılımcıların sigara ve/veya alkol kullanım düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır. KOB örnekleminin 32 (%80)'si, MKB örnekleminin ise 17 (%42.5)'si alkol kullandığını belirtmiştir. KOB örnekleminin 13 (%32.5)'ü günde 1 paketten az, 10 (%25)'u günde 1 paket, 11 (%27.5)'i günde 1 paketten fazla sigara kullanımının olduğunu ve 6 (%7.5)'sı ise sigara kullanmadığını belirtmiştir. MKB örnekleminin 8 (%20)'i günde 1 paketten az, 22 (%55)'si günde 1 paket ve 10 (%25)'u ise günde 1 paketten fazla sigara kullanımının olduğunu belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminin alkol kullanımı açısından karşılaştırılması amacıyla uygulanan ki-kare testi sonuçlarına göre KOB ve MKB örnekleminde alkol kullanımı bulunanların (KOB için n=32; MKB için n=17) ve bulunmayanların (KOB için n=8; MKB için n=23) dağılımı istatiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bir diğer ifadeyle KOB örnekleminin, MKB örneklemine göre daha fazla alkol kullandığı söylenebilir [x^2=10.323; p<.05].

Tablo XI: Katılımcıların Suç Deneyimine İlişkin Özellikleri

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
Adli Suç Kaydı	Evet	N	5	22	27	14.312*
		%	12.5	55	33.8	
	Hayır	N	35	18	53	
		%	87.5	45	66.3	
	Toplam	N	40	40	80	
		%	50	50	100	
Suç Türü	Cinsel İstismar	N	1	0	1	
		%	2.5	0	1.3	
	Narkotik Suçlar	N	1	17	18	
		%	2.5	42.5	22.5	
	Yaralama	N	0	3	3	
		%	0	7.5	3.8	
	Hırsızlık	N	0	2	2	
		%	0	5	2.5	
	Kavga, Tartışma vb.	N	3	0	3	
		%	7.5	0	3.8	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; %: Yüzde; *<.05; x^2=Ki-kare

Tablo XI'de katılımcıların suç deneyimine ilişkin bulgular yer almaktadır. KOB örnekleminin 5 (%12.5)'i ve MKB örnekleminin ise 22 (%55)'si geçmiş öyküsünde adli suç kaydı bulunduğunu belirtmiştir. Suç türü incelendiğinde, KOB örnekleminin 1 (%2.5)'i cinsel istismar, 1 (%2.5)'i narkotik suçlar ve 3 (%3.8)'ü kavga, hakaret vb. suçlara istinaden; MKB örnekleminin 17 (%42.5)'i narkotik suçlar, 3 (%7.5)'ü yaralama, 2 (%5)'si hırsızlık ve 3 (%3.8)'ü ise kavga, hakaret vb. suçlara ilişkin ceza yaptırımına maruz kalmıştır. KOB ve MKB örnekleminin adli suç kaydı karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre KOB ve MKB örnekleminde adli suç kaydı bulunanların (KOB için n=5; MKB için n=22) ve bulunmayanların (KOB için n=35; MKB için n=18) dağılımı istatiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bir diğer ifadeyle MKB örnekleminin, KOB örneklemine göre daha fazla suç işlediği söylenebilir [x^2=14.312; p<.05].

Tablo XII: Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Göre Betimleyici İstatistikleri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
DES	80	0.00	76.43	28.87	15.85	.673	.714
CTQ	80	25.00	84.00	41.22	11.94	1.284	2.102
CTQ Duygusal İstismar	80	5.00	18.00	8.21	3.42	1.160	.668
CTQ Fiziksel İstismar	80	5.00	21.00	6.41	2.57	3.214	14.023
CTQ Fiziksel İhmal	80	5.00	18.00	8.52	3.06	1.038	.979
CTQ Duygusal İhmal	80	5.00	23.00	12.47	5.08	.348	-.768
CTQ Cinsel İstismar	80	5.00	20.00	5.60	2.15	5.012	28.377
BAPİ	80	.00	134.00	54.32	41.13	-.102	-1.481
SOKTT	80	.00	18.00	6.30	6.17	.337	-1.492
KÜ	80	12.00	98.00	45.45	20.65	.156	-.673
KÜ Makyavelizm	80	4.00	32.00	14.93	7.94	.205	-1.032
KÜ Psikopati	80	4.00	36.00	12.17	6.59	.835	.901
KÜ Narsisizm	80	4.00	36.00	18.66	10.21	.088	-1.224

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XII'de katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), South Oaks Kumar Tarama

Testi (SOKTT) ve Karanlık Üçlü Ölçeği (KÜ) minimum-maksimum değerleri, ortalamaları, standart sapmaları ve çarpıklık-basıklık değerleri yer almaktadır. Tüm katılıcıların DES toplam puan ortalaması 28.87, CTQ toplam puanı ortalaması 41.22, BAPİ toplam puanı ortalaması 54.32, SOKTT toplam puan ortalaması 6.30 ve KÜ toplam puan ortalaması 45.45'tir. CTQ alt boyutları olan cinsel istismar ve fiziksel istismar dışında veriler, normal dağılım göstermektedir.

Tablo XIII: KOB Örnekleminin Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Göre Betimleyici İstatistikleri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
DES	40	10.71	76.43	32.35	15.49	1.324	1.580
CTQ	40	25.00	84.00	43.97	14.28	1.109	.814
CTQ Duygusal İstismar	40	5.00	18.00	8.70	3.83	1.132	.402
CTQ Fiziksel İstismar	40	5.00	21.00	6.80	3.32	2.716	8.702
CTQ Fiziksel İhmal	40	5.00	18.00	9.12	3.63	.846	.020
CTQ Duygusal İhmal	40	5.00	23.00	13.62	5.40	.294	-1.029
CTQ Cinsel İstismar	40	5.00	20.00	5.72	2.53	4.987	27.273
BAPİ	40	0.00	125.00	21.10	29.74	1.786	2.788
SOKTT	40	6.00	18.00	11.92	3.29	-.162	-1.005
KÜ	40	12.00	91.00	54.22	17.57	-.328	-.089
KÜ Makyavelizm	40	4.00	32.00	18.07	7.31	-.295	-.554
KÜ Psikopati	40	4.00	27.00	13.15	6.22	.455	-.585
KÜ Narsisizm	40	4.00	36.00	23.42	8.86	-.433	-.604

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XIII'te KOB örnekleminin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) ve Karanlık Üçlü Ölçeğinin (KÜ) minimum-maksimum değerleri, ortalamaları, standart sapmaları ve çarpıklık-basıklık değerleri yer almaktadır. KOB vakalarının DES toplam puan ortalaması 32.35, CTQ toplam puan ortalaması 43.97, BAPİ toplam puan ortalaması 21.10, SOKTT toplam puan ortalaması 11.92 ve KÜ toplam puan ortalaması 54.22'dir. CTQ alt boyutları olan cinsel istismar ve fiziksel istismar dışında veriler, normal dağılım göstermektedir.

Tablo XIV: MKB Örnekleminin Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Göre Betimleyici İstatistikleri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
DES	40	0.00	58.21	25.38	15.63	.186	-.801
CTQ	40	25.00	57.00	38.47	8.33	.257	-.863
CTQ Duygusal İstismar	40	5.00	15.00	7.72	2.93	.951	-.115
CTQ Fiziksel İstismar	40	5.00	9.00	6.02	1.44	1.145	-.109
CTQ Fiziksel İhmal	40	5.00	14.00	7.92	2.23	.491	-.256
CTQ Duygusal İhmal	40	5.00	21.00	11.32	4.52	.184	-1.009
CTQ Cinsel İstismar	40	5.00	14.00	5.47	1.70	4.259	18.540
BAPİ	40	57.00	134.00	87.55	16.67	.411	.362
SOKTT	40	.00	4.00	.67	1.18	1.748	1.970
KÜ	40	12.00	98.00	36.67	19.92	.896	.705
KÜ Makyavelizm	40	4.00	30.00	11.80	7.36	.844	-.135
KÜ Psikopati	40	4.00	36.00	11.20	6.88	1.272	2.717
KÜ Narsisizm	40	4.00	36.00	13.90	9.29	.765	-.460

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği

Tablo XIV'te MKB örnekleminin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) ve Karanlık Üçlü Ölçeğinin (KÜ) minimum-maksimum değerleri, ortalamaları, standart sapmaları ve çarpıklık-basıklık değerleri yer almaktadır. MKB vakalarının DES toplam puan ortalaması 25.38, CTQ toplam puan ortalaması 38.47, BAPİ toplam puan ortalaması 87.55, SOKTT toplam puan ortalaması .67 ve KÜ toplam puan ortalaması 36.67'dir. CTQ alt boyutu olan cinsel istismar dışında veriler, normal dağılım göstermektedir.

Tablo XV: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort.	SS.	t	p
DES	KOB	40	32.35	15.49	2.002	**.049**
	MKB	40	25.38	15.63		
CTQ	KOB	40	43.97	14.28	2.104	**.039**
	MKB	40	38.47	8.33		
CTQ Duygusal İstismar	KOB	40	8.70	3.83	1.278	.205
	MKB	40	7.72	2.93		
CTQ Fiziksel İstismar	KOB	40	6.80	3.32	1.354	.180
	MKB	40	6.02	1.44		
CTQ Fiziksel İhmal	KOB	40	9.12	3.63	1.777	.079
	MKB	40	7.92	2.23		
CTQ Duygusal İhmal	KOB	40	13.62	5.40	2.063	**.042**
	MKB	40	11.32	4.52		
CTQ Cinsel İstismar	KOB	40	5.72	2.53	.518	.606
	MKB	40	5.47	1.70		
BAPİ	KOB	40	21.10	29.74	-12.324	**.000**
	MKB	40	87.55	16.67		
SOKTT	KOB	40	11.92	3.29	20.333	**.000**
	MKB	40	.67	1.18		
KÜ	KOB	40	54.22	17.57	4.177	**.000**
	MKB	40	36.67	19.92		
KÜ Makyavelizm	KOB	40	18.07	7.31	3.823	**.000**
	MKB	40	11.80	7.36		
KÜ Psikopati	KOB	40	13.15	6.22	1.328	.188
	MKB	40	11.20	6.88		
KÜ Narsisizm	KOB	40	23.42	8.86	4.691	**.000**
	MKB	40	13.90	9.29		

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği

Tablo XV'te katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT) ve Karanlık Üçlü Ölçeği (KÜ) toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. KOB örnekleminin DES toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin DES toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.002; p=.049]. KOB örnekleminin CTQ toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin CTQ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.104; p=.039]. KOB örnekleminin CTQ Duygusal İhmal toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin CTQ Duygusal İhmal toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.063; p=.042]. MKB örnekleminin BAPİ toplam puan ortalaması, KOB örnekleminin BAPİ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=-12.324; p=.000]. KOB örnekleminin SOKTT toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin SOKTT toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=20.333; p=.000]. KOB örnekleminin KÜ toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin KÜ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=4.177; p=.000]. KOB örnekleminin KÜ Makyavelizm toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin KÜ Makyavelizm toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=3.823; p=.000]. KOB örnekleminin KÜ Narsisizm toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin KÜ Narsisizm toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=4.691; p=.000]. Genel olarak KOB ile MKB örneklemlerinin, DES toplam puan ortalamaları, CTQ toplam puan ortalamaları, CTQ Duygusal İhmal toplam puan ortalamaları, BAPİ toplam puan ortalamaları, SOKTT toplam puan ortalamaları ve KÜ toplam puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo XVI: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekans Dağılımı

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
DES Kesme Puanı 25	DES 25 ve daha fazla	N	26	20	46	1.841
		%	65	50	57.5	
	DES 25'ten daha az	N	14	20	34	
		%	35	50	42.5	
DES Kesme Puanı 30	DES 30 ve daha fazla	N	18	15	33	.464
		%	45	37.5	41.3	
	DES 30'dan daha az	N	22	25	47	
		%	55	62.5	58.8	
Toplam		N	40	40	80	
		%	50	50	100	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; %: Yüzde; x^2=Ki-kare.

Tablo XVI'da katılımcıların DES kesme puanlarına göre frekans dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların 46 (%57.5)'sının DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerindedir; KOB örnekleminin 26 (%65)'sı ile MKB örnekleminin 20 (%50)'sinin ise DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerindedir. Katılımcıların 33 (%41.3)'ünün DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerindedir; KOB örnekleminin 18 (%45)'i ile MKB örnekleminin ise 15 (%37.5)'inin DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerindedir. KOB ve MKB örnekleminin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği kesme puanları açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. İlgili istatiksel analiz sonuçlarına göre KOB ve MKB örnekleminde DES kesme puanı 25 ve DES kesme puanı 30 olan katılımcıların frekans dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo XVII: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	DES Kesme Puanı	N	Ort.	SS	t	p
CTQ	DES 30'un altı	47	39.72	11.68	-1.349	.181
	DES 30 ve üzeri	33	43.36	12.16		
BAPİ	DES 30'un altı	47	52.74	39.93	-.408	.684
	DES 30 ve üzeri	33	56.57	43.31		
SOKTT	DES 30'un altı	47	5.25	5.63	-1.834	.071
	DES 30 ve üzeri	33	7.78	6.66		
KÜ	DES 30'un altı	47	43.42	19.99	-1.047	.298
	DES 30 ve üzeri	33	48.33	21.53		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XVII'de katılımcıların DES 30 kesme puanına göre, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t-testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar DES toplam puan ortalamasına göre DES 30 ve üzeri, DES 30'un altı olarak iki gruba ayrılmış ve bu grupların testlere göre toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. DES 30 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XVIII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	DES Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
CTQ	DES 30'un altı	22	18.70	158.5	-1.075	.282
	DES 30 ve üzeri	18	22.69			
BAPİ	DES 30'un altı	22	19.07	166.5	-.862	.389
	DES 30 ve üzeri	18	22.25			
SOKTT	DES 30'un altı	22	16.32	106	-2.513	**.012**
	DES 30 ve üzeri	18	25.61			
KÜ	DES 30'un altı	22	15.95	98	-2.720	**.007**
	DES 30 ve üzeri	18	26.06			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XVIII'de KOB örneklemindeki katılımcıların DES 30 kesme puanına göre, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılarda DES 30 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında SOKTT toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır [z=-2.513; p=.012]. DES 30 ve üstü puanı olan KOB örneklemindeki katılımcıların kumar oynama bozukluğu belirtileri, DES 30'un altı puanı olan katılımcılardan istatiksel açıdan daha yüksektir. DES 30 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır [z=-2.720; p=.007]. DES 30 ve üstü puanı olan KOB örneklemindeki katılımcıların karanlık üçlü kişilik özellikleri belirtileri, DES 30'un altı puanı olan KOB örneklemindeki katılımcılardan istatiksel açıdan daha yüksektir.

Tablo XIX: MKB Örneklemi Katılımcılarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	DES Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
CTQ	DES 30 ve üzeri	15	22.57	156.5	-.868	.385
	DES 30'un altı	25	19.26			
BAPİ	DES 30 ve üzeri	15	24.77	123.5	-1.789	.074
	DES 30'un altı	25	17.94			
SOKTT	DES 30 ve üzeri	15	23.87	137	-1.700	.089
	DES 30'un altı	25	18.48			
KÜ	DES 30 ve üzeri	15	18.43	156.5	-.867	.386
	DES 30'un altı	25	21.74			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XIX'da MKB örneklemindeki katılımcıların DES 30 kesme puanına göre, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar DES puanına göre DES 30 ve üzeri, DES 30'un altı olarak iki gruba ayrılmış ve grupların testlere göre toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır; DES 30 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XX: Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına ve Alt Boyutlara Göre Frekans Dağılımı

			KOB	MKB	TOPLAM	x^2
CTQ Kesme Puanı 35	CTQ 35 ve daha fazla	N	30	23	53	2.739
		%	75	57.5	66.3	
	CTQ 35'ten daha az	N	10	17	27	
		%	25	42.5	33.8	
Duygusal İstismar Kesme Puanı 8	8 ve daha fazla	N	21	17	38	.802
		%	52.5	42.5	47.5	
	8'den daha az	N	19	23	42	
		%	47.5	57.5	52.5	
Fiziksel İstismar Kesme Puanı 6	6 ve daha fazla	N	16	17	33	.052
		%	40	42.5	41.3	
	6'dan daha az	N	24	23	47	
		%	60	57.5	58.8	
Fiziksel İhmal Kesme Puanı 8	8 ve daha fazla	N	24	20	44	.808
		%	60	50	55	
	8'den daha az	N	16	20	36	
		%	40	50	45	
Duygusal İhmal Kesme Puanı 12	13 ve daha fazla	N	22	16	38	1.805
		%	55	40	47.5	
	13'ten daha az	N	18	24	42	
		%	45	60	52.5	
Cinsel İstismar Kesme Puanı 6	6 ve daha fazla	N	7	5	12	.392
		%	17.5	12.5	15	
	6'den daha az	N	33	35	68	
		%	82.5	87.5	85	

Not: KOB: Kumar Oynama Bozukluğu Örneklemi; MKB: Madde Kullanım Bozukluğu Örneklemi; N: Kişi Sayısı; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; %: Yüzde; x^2=Ki-kare.

Tablo XX'de katılımcıların CTQ kesme puanına ve alt boyutlara göre frekans dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların 53 (%66.3)'ünün CTQ toplam puan ortalaması 35 ve üzeridir; KOB örnekleminin 30 (%75)'u ile MKB örnekleminin 23 (%57.5)'ünün CTQ toplam puan ortalaması 35 ve üzerindedir. Katılımcıların 38 (%47.5)'inin CTQ duygusal istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 8 ve üzeridir; KOB örnekleminin 21 (%52.5)'i ile MKB

örnekleminin 17 (%42.5)'sinin CTQ duygusal istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 8 ve üzeridir. Katılımcıların 33 (%41.3)'ünün CTQ fiziksel istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6 ve üzeridir; KOB örnekleminin 16 (%40)'sı ile MKB örnekleminin 17 (%42.5)'sinin CTQ fiziksel istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6 ve üzeridir. Katılımcıların 44 (%55)'ünün CTQ fiziksel ihmal alt boyutu toplam puan ortalaması 8 ve üzeridir; KOB örnekleminin 24 (%60)'ü ile MKB örnekleminin 20 (%50)'sinin CTQ fiziksel ihmal alt boyutu toplam puan ortalaması 8 ve üzeridir. Katılımcıların 38 (%47.5)'inin CTQ duygusal ihmal alt boyutu toplam puan ortalaması 12 ve üzeridir; KOB örnekleminin 22 (%55)'si ile MKB örnekleminin 16 (%40)'sının CTQ duygusal ihmal alt boyutu toplam puan ortalaması 12 ve üzeridir. Katılımcıların 12 (%15)'sinin CTQ cinsel istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6 ve üzeridir; KOB örnekleminin 7 (%17.5)'si ile MKB örnekleminin 5 (%12.5)'inin CTQ cinsel istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6 ve üzeridir. KOB ve MKB vakalarının CTQ kesme puanına ve alt boyutlara göre frekans dağılımı açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. İlgili istatiksel analiz sonuçlarına göre KOB ve MKB vakalarında CTQ kesme puanına ve alt boyutlara göre frekans dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo XXI: Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	CTQ 35'in altı	27	30.87	455.5	-2.646	**.008**
	CTQ 35 ve üstü	53	45.41			
BAPİ	CTQ 35'in altı	27	40.87	705.5	-.102	.919
	CTQ 35 ve üstü	53	40.31			
SOKTT	CTQ 35'in altı	27	33.57	528.5	-1.942	.052
	CTQ 35 ve üstü	53	44.03			
KÜ	CTQ 35'in altı	27	40.99	689.5	-.265	.791
	CTQ 35 ve üstü	53	39.54			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXI'de katılımcıların CTQ 35 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar CTQ toplam puanına göre CTQ 35 ve üstü, CTQ 35'in altı olarak iki gruba ayrılmış ve grupların Mann-Whitney U testine göre toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. CTQ 35 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır [z=-2.646; p=.008]. CTQ 35 ve üstü puanı olan katılımcıların dissosiyatif yaşantıları, CTQ 35'in altı puanı olan katılımcılardan istatiksel açıdan daha yüksektir.

Tablo XXII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	CTQ 35 ve üstü	30	23.10	72	-2.437	**.015**
	CTQ 35'in altı	10	12.70			
BAPİ	CTQ 35 ve üstü	30	24.15	40.5	-3.444	**.001**
	CTQ 35'in altı	10	9.55			
SOKTT	CTQ 35 ve üstü	30	20.93	137	-.408	.683
	CTQ 35'in altı	10	19.20			
KÜ	CTQ 35 ve üstü	30	20.93	137	-.406	.685
	CTQ 35'in altı	10	19.20			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXII'de KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ 35 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar CTQ toplam puanına göre CTQ 35 ve üstü, CTQ 35'in altı olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ 35 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır [z=-2.437; p=.015]. CTQ 35 ve üstü puanı olan KOB örnekleminin dissosiyatif yaşantıları, CTQ 35'in altı puanı olan KOB örnekleminden istatiksel açıdan daha yüksektir.

Tablo XXIII: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	CTQ 35 ve üstü	23	22.33	153.5	-1.149	.250
	CTQ 35'in altı	17	18.03			
BAPİ	CTQ 35 ve üstü	23	20.13	187	-.233	.816
	CTQ 35'in altı	17	21.00			
SOKTT	CTQ 35 ve üstü	23	21.98	161.5	-1.121	.262
	CTQ 35'in altı	17	18.50			
KÜ	CTQ 35 ve üstü	23	19.85	180.5	-.411	.685
	CTQ 35'in altı	17	21.38			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXIII'te MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ 35 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar CTQ toplam puanına göre CTQ 35 ve üstü, CTQ 35'in altı olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. MKB örnekleminde CTQ 35 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXIV: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Duygusal İstismar Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	8 ve daha fazla	21	23.19	143	-1.530	.126
	8'den daha az	19	17.53			
BAPİ	8 ve daha fazla	21	22.95	148	-1.405	.160
	8'den daha az	19	17.79			
SOKTT	8 ve daha fazla	21	22.50	157.5	-1.143	.253
	8'den daha az	19	18.29			
KÜ	8 ve daha fazla	21	22.10	166	-.908	.364
	8'den daha az	19	18.74			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXIV'te KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ duygusal istismar 8 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar CTQ Duygusal İstismar puanına göre 8 ve daha fazla, 8'den daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ duygusal istismar 8 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXV: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Duygusal İstismar Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	8 ve daha fazla	17	20.91	188.5	-.192	.848
	8'den daha az	23	20.20			
BAPİ	8 ve daha fazla	17	19.65	181	-.397	.691
	8'den daha az	23	21.13			
SOKTT	8 ve daha fazla	17	20.97	187.5	-.264	.792
	8'den daha az	23	20.15			
KÜ	8 ve daha fazla	17	20.03	187.5	-.219	.827
	8'den daha az	23	20.85			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXV'te MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ duygusal istismar 8 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar CTQ Duygusal İstismar puanına göre 8 ve daha fazla, 8'den daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ duygusal istismar 8 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXVI: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Fiziksel İstismar Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	6 ve daha fazla	16	26.06	103	-2.457	**.014**
	6'dan daha az	24	16.79			
BAPİ	6 ve daha fazla	16	23.97	136.5	-1.543	.123
	6'dan daha az	24	18.19			
SOKTT	6 ve daha fazla	16	25.09	118.5	-2.039	**.041**
	6'dan daha az	24	17.44			
KÜ	6 ve daha fazla	16	23.78	139.5	-1.450	.147
	6'dan daha az	24	18.31			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXVI'da KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar CTQ fiziksel istismar puanına göre 6 ve daha fazla, 6'dan daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır [z=-2.457; p=.014]. CTQ fiziksel istismar 6 ve daha fazla puanı olan katılımcıların dissosiyatif yaşantıları ve belirtileri, 6'dan daha az puanı olan katılımcılardan istatiksel açıdan daha yüksektir. CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır [z=-2.039; p=.041].

Tablo XXVII: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Fiziksel İstismar Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	6 ve daha fazla	17	21.62	176.5	-.520	.603
	6'dan daha az	23	19.67			
BAPİ	6 ve daha fazla	17	16.91	134.5	-1.670	.095
	6'dan daha az	23	23.15			
SOKTT	6 ve daha fazla	17	20.97	187.5	-.264	.792
	6'dan daha az	23	20.15			
KÜ	6 ve daha fazla	17	22.65	159	-1.000	.317
	6'dan daha az	23	18.91			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXVII'de MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar CTQ fiziksel istismar puanına göre 6 ve daha fazla, 6'dan daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXVIII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Fiziksel İhmal Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	8 ve daha fazla	24	21.15	176.5	-.428	.669
	8'den daha az	16	19.53			
BAPİ	8 ve daha fazla	24	21.15	176.5	-.431	.667
	8'den daha az	16	19.53			
SOKTT	8 ve daha fazla	24	21.58	166	-.721	.471
	8'den daha az	16	18.88			
KÜ	8 ve daha fazla	24	21.92	158	-.939	.348
	8'den daha az	16	18.38			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXVIII'de KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ fiziksel ihmal 8 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar CTQ fiziksel ihmal puanına göre 8 ve daha fazla, 8'den daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ fiziksel ihmal 8 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXIX: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Fiziksel İhmal Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	8 ve daha fazla	20	20.75	195	-.135	.892
	8'den daha az	20	20.25			
BAPİ	8 ve daha fazla	20	17.48	139.5	-1.638	.101
	8'den daha az	20	23.53			
SOKTT	8 ve daha fazla	20	19.93	188.5	-.375	.708
	8'den daha az	20	21.08			
KÜ	8 ve daha fazla	20	18.75	165	-.948	.343
	8'den daha az	20	22.25			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXIX'da MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ fiziksel ihmal 8 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar CTQ fiziksel ihmal puanına göre 8 ve daha fazla, 8'den daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ fiziksel ihmal 8 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXX: KOB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Duygusal İhmal Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	12 ve daha fazla	22	23.70	127.5	-1.917	.055
	12'ten daha az	18	16.58			
BAPİ	12 ve daha fazla	22	23.05	142	-1.533	.125
	12'ten daha az	18	17.39			
SOKTT	12 ve daha fazla	22	22.16	161.5	-.997	.319
	12'ten daha az	18	18.47			
KÜ	12 ve daha fazla	22	22.93	144.5	-1.455	.146
	12'ten daha az	18	17.53			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXX'da KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ duygusal ihmal 12 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar CTQ duygusal ihmal puanına göre 12 ve daha fazla, 12'ten daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ duygusal ihmal 12 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXXI: MKB Örneklemi Katılımcılarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Duygusal İhmal Kesme Puanına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	CTQ Duygusal İhmal Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	12 ve daha fazla	16	22.50	160	-.884	.377
	12'ten daha az	24	19.17			
BAPİ	12 ve daha fazla	16	21.06	183	-.249	.804
	12'ten daha az	24	20.13			
SOKTT	12 ve daha fazla	16	22.84	154.5	-1.247	.212
	12'ten daha az	24	18.94			
KÜ	12 ve daha fazla	16	19.38	174	-.498	.619
	12'ten daha az	24	21.25			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXI'de MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ duygusal ihmal 12 kesme puanına göre DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar CTQ duygusal ihmal puanına göre 12 ve daha fazla, 12'ten daha az olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. CTQ duygusal ihmal 12 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında DES, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXXII: Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Gelir Düzeyi	N	Ort.	SS.	t	p
DES	8000 TL ve Üstü	37	29.82	13.95	.492	.624
	0-7999 TL	43	28.05	17.45		
CTQ	8000 TL ve Üstü	37	39.97	10.04	-.868	.388
	0-7999 TL	43	42.30	13.39		
BAPİ	8000 TL ve Üstü	37	35.51	38.38	-4.169	**.000**
	0-7999 TL	43	70.51	36.59		
SOKTT	8000 TL ve Üstü	37	8.75	5.64	3.535	**.001**
	0-7999 TL	43	4.18	5.86		
KÜ	8000 TL ve Üstü	37	50.97	17.81	2.277	**.026**
	0-7999 TL	43	40.69	21.91		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXII'de katılımcıların gelir düzeyine göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar aylık gelir düzeyine göre 8000TL ve üstü, 7999TL ve altı olarak iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları bağımsız örneklemler t testi karşılaştırılmıştır. 8000TL ve üstü gelir grubunda yer alan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalaması, 7999TL ve altı gelir grubunda yer alan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalamasından istatiksel

açıdan daha düşüktür [t=-4.169; p=.000]. 8000TL ve üstü gelir grubunda yer alan katılımcıların SOKTT toplam puan ortalaması, 7999TL ve altı gelir grubunda yer alan katılımcıların SOKTT toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=3.535; p=.001]. 8000TL ve üstü gelir grubunda yer alan katılımcıların KÜ toplam puan ortalaması, 7999TL ve altı gelir grubunda yer alan katılımcıların KÜ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.277; p=.026].

Tablo XXXIII: Katılımcıların Ailesindeki Kişi Sayısına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Aile Kişi Sayısı	N	Ort.	SS.	t	p
DES	1-3 Kişi	45	28.55	15.12	-.199	.842
	4 Kişi ve Üstü	35	29.27	16.97		
CTQ	1-3 Kişi	45	41.66	13.57	.373	.710
	4 Kişi ve Üstü	35	40.65	9.60		
BAPİ	1-3 Kişi	45	50.13	45.57	-1.034	.304
	4 Kişi ve Üstü	35	59.71	34.50		
SOKTT	1-3 Kişi	45	7.24	6.47	1.566	.121
	4 Kişi ve Üstü	35	5.08	5.62		
KÜ	1-3 Kişi	45	43.15	20.57	- 1.129	.263
	4 Kişi ve Üstü	35	48.40	20.67		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXIII'te katılımcıların ailesindeki kişi sayısına göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Ailesindeki kişi sayısı 1-3 kişi olan katılımcılar ile ailesindeki kişi sayısı 4 kişi ve üstü olan katılımcılar arasında, DES toplam puan ortalamaları, CTQ toplam puan ortalamaları, BAPİ toplam puan ortalamaları, SOKTT toplam puan ortalamaları ve KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XXXIV: Katılımcıların Anne ile İlişki Düzeyine Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Anne ile İlişki	N	Ort.	SS.	t	p
DES	İyi	47	26.23	16.17	-1.797	.076
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	33	32.62	14.84		
CTQ	İyi	47	38.59	8.88	-2.421	**.018**
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	33	44.96	14.63		
BAPİ	İyi	47	49.14	40.91	-1.350	.181
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	33	61.69	40.92		
SOKTT	İyi	47	6.27	5.97	-.040	.968
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	33	6.33	6.53		
KÜ	İyi	47	45.80	19.73	.184	.854
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	33	44.93	22.19		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXIV'te katılımcıların annesi ile ilişki düzeyine göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar annesiyle ilişkisi iyi olan ile annesiyle ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları bağımsız

örneklemler t testi karşılaştırılmıştır. Annesiyle ilişkisi iyi olan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması 38.59, annesiyle ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması 44.96'dır. Annesiyle ilişkisi iyi olan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması, annesiyle ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha düşüktür [t=-2.421; p=.018].

Tablo XXXV: Katılımcıların Baba ile İlişki Düzeyine Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Baba ile İlişki	N	Ort.	SS.	t	p
DES	İyi	31	24.41	13.31	-2.040	**.045**
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	49	31.69	16.80		
CTQ	İyi	31	34.96	7.89	-4.079	**.000**
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	49	45.18	12.43		
BAPİ	İyi	31	47.51	42.82	-1.181	.241
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	49	58.63	39.86		
SOKTT	İyi	31	6.00	6.10	-.344	732
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	49	6.48	6.26		
KÜ	İyi	31	47.74	23.32	.788	.433
	Orta, Kötü veya İlişki Yok	49	44	18.88		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXV'te katılımcıların babası ile ilişki düzeyine göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar babasıyla ilişkisi iyi olan ile babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları bağımsız

örneklemler t testi karşılaştırılmıştır. Babasıyla ilişkisi iyi olan grubunda yer alan katılımcıların DES toplam puan ortalaması 24.41, babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan katılımcıların DES toplam puan ortalaması 31.69'dur. Babası ile ilişkisi iyi olan grubunda yer alan katılımcıların DES toplam puan ortalaması, babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan katılımcıların DES toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha düşüktür [t=-2.040; p=.045]. Babasıyla ilişkisi iyi olan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması 34.96, babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması 45.18'dir. Babası ile ilişkisi iyi olan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması, babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha düşüktür [t=-4.079; p=.000].

Tablo XXXVI: Katılımcıların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Şiddete Maruz Kalma	N	Ort.	SS.	t	p
DES	Evet	34	32.23	13.73	1.649	.103
	Hayır	46	26.38	16.98		
CTQ	Evet	34	47.23	13.25	4.271	**.000**
	Hayır	46	36.78	8.61		
BAPİ	Evet	34	54.23	41.68	-.017	.987
	Hayır	46	54.39	41.18		
SOKTT	Evet	34	7.41	6.50	1.394	.167
	Hayır	46	5.47	5.84		
KÜ	Evet	34	50.02	19.45	1.726	.088
	Hayır	46	42.06	21.06		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXVI'da katılımcıların aile içi şiddete maruz kalma öyküsüne göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar çocukluk çağı döneminde aile içi şiddete maruz kalan ile kalmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları bağımsız örneklemler t testi karşılaştırılmıştır. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması 47.23, aile içi şiddete maruz kalmayanlar

grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan otalaması 36.78'dir. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması, aile içi şiddete maruz kalmayanlar grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=4.271; p=.000]. Bir diğer ifadeyle aile içi şiddete maruz kalan katılımcılar, daha fazla çocukluk çağı travması bildirmektedir.

Tablo XXXVII: KOB Örnekleminin Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Şiddete Maruz Kalma	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	Evet	18	21.64	177.5	-.557	.577
	Hayır	22	19.57			
CTQ	Evet	18	26.08	97.5	-2.735	**.006**
	Hayır	22	15.93			
BAPİ	Evet	18	22.61	160	-1.040	.298
	Hayır	22	18.77			
SOKTT	Evet	18	24.67	123	-2.049	**.040**
	Hayır	22	17.09			
KÜ	Evet	18	22.64	159.5	-1.047	.295
	Hayır	22	18.75			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXVII'de KOB örneklemindeki katılımcıların aile içi şiddete maruz kalma öyküsüne göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda yer alan KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete maruz kalmayanlar grubunda yer alan KOB örneklemindeki katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan fark vardır [z=-2.735; p=.006]. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda KOB örneklemindeki katılımcıların SOKTT toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete maruz kalmayanlar grubunda yer alan KOB katılımcıların SOKTT toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan fark vardır [z=-2.049; p=.040]. Bir diğer ifadeyle aile içi şiddete maruz kalan KOB örneklemi, daha fazla kumar oynamaktadır.

Tablo XXXVIII: MKB örnekleminin Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Şiddete Maruz Kalma	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	Evet	16	25.09	118.5	-2.030	**.042**
	Hayır	24	17.44			
CTQ	Evet	16	26.69	93	-2.739	**.006**
	Hayır	24	16.38			
BAPİ	Evet	16	20.03	184.5	-.207	.836
	Hayır	24	20.81			
SOKTT	Evet	16	23.25	148	-1.464	.143
	Hayır	24	18.67			
KÜ	Evet	16	23.78	139.5	-1.451	.147
	Hayır	24	18.31			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXVIII'de MKB örneklemindeki katılımcıların aile içi şiddete maruz kalma öyküsüne göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda yer alan MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete maruz kalmayanlar grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan fark vardır [z=-2.739; p=.006]. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda yer alan MKB örneklemindeki katılımcıların DES toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete maruz kalmayanlar grubunda yer alan katılımcıların DES toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan fark vardır [z=-2.030; p=.042]. Bir diğer ifadeyle aile için şiddete maruz kalan MKB örneklemi, daha fazla çocukluk çağı travması ve dissosiyatif yaşantı bildirmektedir.

Tablo XXXIX: Katılımcıların Aile İçi Şiddete Tanık Olma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Şiddete Tanık Olma	N	Ort.	SS.	t	p
DES	Evet	38	28.73	14.39	-.073	.942
	Hayır	42	28.99	17.24		
CTQ	Evet	38	44.86	13.45	2.696	**.009**
	Hayır	42	37.92	9.37		
BAPİ	Evet	38	58.63	38.34	.890	.376
	Hayır	42	50.42	43.59		
SOKTT	Evet	38	6.68	6.22	.527	.600
	Hayır	42	5.95	6.17		
KÜ	Evet	38	45.15	18.86	-.120	.905
	Hayır	42	45.71	22.37		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XXXIX'da katılımcıların aile içi şiddete tanık olma öyküsüne göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Aile içi şiddete tanıklık olan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması, aile içi şiddete tanık olmayan grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.696; p=.009]. Bir diğer ifadeyle aile içi şiddete tanık olan katılımcılar, daha fazla çocukluk çağı travması bildirmektedir.

Tablo XL: KOB Örneklemi Katılımcılarının Aile İçi Şiddete Tanık Olma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Şiddete Tanık Olma	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	Evet	19	19.21	175	-.664	.507
	Hayır	21	21.67			
CTQ	Evet	19	23.24	147.5	-1.410	.159
	Hayır	21	18.02			
BAPİ	Evet	19	25.79	99	-2.741	**.006**
	Hayır	21	15.71			
SOKTT	Evet	19	22.08	169.5	-.817	.414
	Hayır	21	19.07			
KÜ	Evet	19	18.53	162	-1.016	.310
	Hayır	21	22.29			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XL'ta KOB örneklemindeki katılımcıların aile içi şiddete tanık olma öyküsüne göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar çocukluk çağı döneminde aile içi şiddete tanık olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların testlere göre toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Aile içi şiddete tanık olanlar grubunda yer alan KOB örneklemindeki katılımcıların BAPİ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete tanık olmayanlar grubunda yer alan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan fark vardır [z=-2.741; p=.006]. Bir diğer ifadeyle aile içi şiddete tanık olan KOB örneklemi, daha yüksek düzeyde bağımlılık şiddeti ve özellikleri bildirmektedir.

Tablo XLI: MKB Örneklemi Katılımcılarının Aile İçi Şiddete Tanık Olma Öyküsüne Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Şiddete Tanık Olma	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	Evet	19	21.92	172.5	-.731	.464
	Hayır	21	19.21			
CTQ	Evet	19	25.08	112.5	-2.361	**.018**
	Hayır	21	16.36			
BAPİ	Evet	19	19.50	180.5	-.515	.607
	Hayır	21	21.40			
SOKTT	Evet	19	23.53	169.5	-1.876	.061
	Hayır	21	17.76			
KÜ	Evet	19	21.87	173.5	-.705	.481
	Hayır	21	19.26			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XLI'de MKB örneklemindeki katılımcıların aile içi şiddete tanık olma öyküsüne göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar çocukluk çağı döneminde aile içi şiddete tanık olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların testlere göre toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Aile içi şiddete tanık olanlar grubunda yer alan MKB örneklemindeki katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete tanık olmayanlar grubunda yer alan katılımcıların CTQ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan fark vardır [z=-2.361; p=.018]. Bir diğer ifadeyle aile içi şiddete tanık olan MKB örneklemi, daha fazla çocukluk çağı travması bildirmektedir.

Tablo XLII: Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Kendine Zarar Verme	N	Ort.	SS.	t	p
DES	Evet	38	29.12	15.46	.137	.891
	Hayır	42	28.63	16.38		
CTQ	Evet	38	38.68	8.77	-1.837	.070
	Hayır	42	43.52	13.92		
BAPİ	Evet	38	68.76	40.02	3.150	**.002**
	Hayır	42	41.26	38.02		
SOKTT	Evet	38	5.26	6.57	-1.439	.154
	Hayır	42	7.23	5.70		
KÜ	Evet	38	41.78	18.37	-1.520	.132
	Hayır	42	48.76	22.21		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XLII'de katılımcıların kendine zarar verme davranışına göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Kendine zarar veren grubunda yer alan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalaması, kendine zarar vermeyen grubunda yer alan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=3.150; p=.002]. Bir diğer ifadeyle kendine zarar veren katılımcılar, daha yüksek düzeyde bağımlılık şiddeti ve özellikleri bildirmektedir.

Tablo XLIII: KOB Örneklemi Katılımcılarının Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Kendine Zarar Verme	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	Evet	14	22.04	160.5	-.610	.542
	Hayır	26	19.67			
CTQ	Evet	14	18.79	158	-.681	.496
	Hayır	26	21.42			
BAPİ	Evet	14	20.89	176.5	-.157	.875
	Hayır	26	20.29			
SOKTT	Evet	14	25.36	114	-1.938	.053
	Hayır	26	17.88			
KÜ	Evet	14	20.04	175.5	-.184	.854
	Hayır	26	20.75			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XLIII'te KOB örneklemindeki katılımcıların kendine zarar verme davranışına göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. KOB örneklemindeki katılımcılar kendine zarar veren ile vermeyen şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır. Gruplar arası toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XLIV: MKB Örneklemi Katılımcılarının Kendine Zarar Verme Davranışına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Kendine Zarar Verme	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DES	Evet	24	21.56	166.5	-.704	.481
	Hayır	16	18.91			
CTQ	Evet	24	19.85	176.5	-.429	.668
	Hayır	16	21.47			
BAPİ	Evet	24	21.79	161	-.856	.392
	Hayır	16	18.56			
SOKTT	Evet	24	19.21	161	-1.031	.302
	Hayır	16	22.44			
KÜ	Evet	24	19.67	172	-.553	.580
	Hayır	16	21.75			

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XLIV'te MKB örneklemindeki katılımcıların kendine zarar verme davranışına göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve Mann-Whitney U Testi sonuçları yer almaktadır. MKB örneklemindeki katılımcılar kendine zarar veren ile vermeyen şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır. Gruplar arası toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo XLV: Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Bağımsız Örneklemler t Testi Sonuçları

	Alkol Kullanımı	N	Ort.	SS.	t	p
DES	Evet	49	31.07	14.23	1.579	.118
	Hayır	31	25.38	17.82		
CTQ	Evet	49	41.77	12.69	.516	.607
	Hayır	31	40.35	10.79		
BAPİ	Evet	49	47.12	42.50	-2.006	**.048**
	Hayır	31	65.70	36.68		
SOKTT	Evet	49	7.67	5.67	2.592	**.011**
	Hayır	31	4.12	6.39		
KÜ	Evet	49	47.69	16.55	1.226	.224
	Hayır	31	41.90	25.75		

Not: N: Kişi Sayısı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi; SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi; KÜ: Karanlık Üçlü Ölçeği.

Tablo XLV'te katılımcıların alkol kullanımına göre DES, CTQ, BAPİ, SOKTT ve KÜ toplam puan ortalamaları ve bağımsız örneklemler t testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılar alkol kullanımı olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve grupların toplam puan ortalamaları bağımsız örneklemler t testi ile karşılaştırılmıştır. Alkol kullanımı olan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalaması 47.12, alkol kullanımı olmayan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalaması 65.70'tir. Alkol kullanımı olan katılımcıların BAPİ toplam

puan ortalaması, alkol kullanımı olmayan katılımcıların BAPİ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha düşüktür [t=-2.006; p=.048]. Alkol kullanımı olan katılımcıların SOKTT toplam puan ortalaması 7.67, alkol kullanımı olmayan katılımcıların SOKTT toplam puan ortalaması 4.12'dir. Alkol kullanımı olan katılımcıların SOKTT toplam puan ortalaması, alkol kullanımı olmayan katılımcıların SOKTT toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.592; p=.011]. Bir diğer ifadeyle alkol kullanımı olan katılımcılar, daha yüksek düzeyde bağımlılık şiddeti ve özellikleri ile daha fazla kumar oynama bozukluğu belirtileri bildirmektedir.

Tablo XLVI: Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Puanlarına Göre Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	Ort ± SS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	41.22±11.94	1													
2	8.21±3.42	.811**	1												
3	6.41±2.57	.713**	.599**	1											
4	8.52±3.06	.776**	.452**	.538**	1										
5	12.47±5.08	.846**	.539**	.441**	.619**	1									
6	5.60±2.15	.303**	.280**	.003	.059	.064	1								
7	28.87±15.85	.293**	.271*	.189	.200	.242*	.112	1							
8	45.45±20.65	.189	.241*	.119	.120	.096	.125	.313**	1						
9	14.93±7.94	.077	.142	.026	.076	.003	.054	.272*	.868**	1					
10	12.17±6.59	.172	.178	.113	.154	.054	.186	.260*	.673**	.460**	1				
11	18.66±10.21	.191	.249*	.139	.057	.140	.083	.224*	.887**	.694**	.346**	1			
12	54.32±41.13	-.155	-.122	-.068	-.165	-.162	.034	.002	-.438**	-.416**	-.141	-.485**	1		
13	6.30±6.17	.277*	.203	.187	.201	.271*	.060	.281*	.479**	.452**	.176	.507**	-.771**	1	
14	33.90±8.41	.194	.108	.131	.218	.238*	-.127	.056	.158	.140	.143	.143	-.516**	.417**	1

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; 2: CTQ Duygusal İstismar; 3: CTQ Fiziksel İstismar; 4: CTQ Fiziksel İhmal; 5: CTQ Duygusal İhmal; 6: CTQ Cinsel İstismar; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; 8: Karanlık Üçlü Ölçeği; 9: KÜ Makyavelizm; 10: KÜ Psikopati; 11: KÜ Narsisizm; 12: Bağımlılık Profil İndeksi; 13: South Oaks Kumar Tarama Testi; 14: Yaş; **: p<001; *: p<.05; Ort: Ortalama; SS.: Standart Sapma

Tablo XLVI'da katılımcıların DES, CTQ, KÜ, BAPİ ve SOKTT puanları arasındaki ilişkiye dair Pearson Korelasyon Analizi sonuçları yer almaktadır. KOB ve MKB vakalarında CTQ toplam puanı ile DES toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki [r=.293; p=.008] vardır. KOB ve MKB vakalarında CTQ Duygusal İstismar toplam puanı ile DES toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki [r=.271; p=.015] vardır. KOB ve MKB vakalarında CTQ duygusal ihmal toplam puanı ile DES toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.242; p=.030] vardır. KOB ve MKB vakalarında DES toplam puanı ile KÜ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.313; p=.005]; DES toplam puanı ile KÜ Makyavelizm toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.272; p=.015]; DES toplam puanı ile KÜ Psikopati toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.260; p=.020]; DES toplam puanı ile KÜ Narsisizm toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.224; p=.046] vardır. KOB ve MKB vakalarında KÜ toplam puanı ile; CTQ duygusal istismar toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır [r=.241; p=.031]. KOB ve MKB vakalarının bulunduğu yaş ile BAPİ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=-.516; p=.000)]; SOKTT toplam puanı arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki [r=.417; p=.000] vardır.

Tablo XLVII: KOB Örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Puanlarına Göre Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

	Ort ± SS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	43.97±14.28	1													
2	8.70±3.83	.662**	1												
3	6.80±3.32	.751**	.553**	1											
4	9.12±3.63	.845**	.348**	.597**	1										
5	13.62±5.40	.904**	.511**	.592**	.743**	1									
6	5.72±2.53	.246	.191	.021	.187	.047	1								
7	32.35±15.49	.342*	.361*	.367*	.160	.272	.099	1							
8	54.22±17.57	.257	.358*	.209	.193	.152	.008	.504**	1						
9	18.07±7.31	.046	.166	.009	.069	-.021	.002	.340*	.819**	1					
10	13.15±6.22	.201	.243	.209	.140	.079	.171	.356**	.530**	.277	1				
11	23.42±8.86	.127	.290	.137	.008	.046	-.076	.372*	.799**	.560**	.114	1			
12	21.10±29.70	.272	.210	.231	.105	.202	.401*	.278	-.112	-.208	.178	-.243	1		
13	11.92±3.29	.215	.239	.282	.080	.166	-.043	.340*	.383*	.351*	.173	.276	-.120	1	
14	37.67±9.22	.084	-.052	.236	.067	.185	-.435*	.110	.084	.113	.126	-.005	-.150	.075	1

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; 2: CTQ Duygusal İstismar; 3: CTQ Fiziksel İstismar; 4: CTQ Fiziksel İhmal; 5: CTQ Duygusal İhmal; 6: CTQ Cinsel İstismar; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; 8: Karanlık Üçlü Ölçeği; 9: KÜ Makyavelizm; 10: KÜ Psikopati; 11: KÜ Narsisizm; 12: Bağımlılık Profil İndeksi; 13: South Oaks Kumar Tarama Testi; 14: Yaş; **: p<001; *: p<.05; Ort: Ortalama; SS.: Standart Sapma

Tablo XLVII'de KOB örnekleminin DES, CTQ, KÜ, BAPİ ve SOKTT puanları arasındaki ilişkiye dair Spearman Korelasyon Analizi sonuçları yer almaktadır. KOB örnekleminin CTQ toplam puanı ile DES toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.342; p=.031] bulunmaktadır. CTQ duygusal istismar toplam puanı ile DES toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.361; p=.022]; CTQ Fiziksel İstismar toplam puanı ile DES toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.367; p=.020] bulunmaktadır. KOB örnekleminin DES toplam puanı; SOKTT toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.340; p=.032]; KÜ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.504; p=.001]; KÜ Makyavelizm toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.340; p=.032]; KÜ Psikopati toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.356; p=.024]; KÜ Narsisizm toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.372; p=.018] bulunmaktadır. KOB örnekleminin SOKTT toplam puanı ile KÜ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.383; p=.013] bulunmaktadır.

Tablo XLVIII: MKB Örnekleminin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi, South Oaks Kumar Tarama Testi, Karanlık Üçlü Ölçeği Puanlarına Göre Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

	Ort ± SS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	38.47±8.33	1													
2	7.72±2.93	.776**	1												
3	6.02±1.44	.408*	.422*	1											
4	7.92±2.23	.478**	.196	.040	1										
5	11.32±4.52	.830**	.486**	.113	.288	1									
6	5.47±1.70	.562*	.448**	.219	.259	.344*	1								
7	25.38±15.63	.189	.131	.092	.185	.164	.141	1							
8	36.67±19.92	.013	.120	.101	-.092	.029	.034	.080	1						
9	11.80±7.36	-.121	.039	.029	-.112	-.098	.030	.030	.837**	1					
10	11.20±6.88	-.008	.041	.057	-.121	.006	.032	.113	.720**	.459**	1				
11	13.90±9.29	.125	.222	.139	-.027	.101	.081	-.010	.910**	.710**	.487**	1			
12	87.55±16.67	-.084	-.121	-.228	-.210	.072	-.096	.317*	-.019	.100	-.134	-.082	1		
13	0.67±1.18	.165	.070	.064	-.094	.177	.023	.069	-.101	-.111	-.121	-.011	.143	1	
14	30.12±5.38	.051	.177	.050	.023	-.086	-.017	.036	-.129	-.211	.084	-.115	-.270	.058	1

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; 2: CTQ Duygusal İstismar; 3: CTQ Fiziksel İstismar; 4: CTQ Fiziksel İhmal; 5: CTQ Duygusal İhmal; 6: CTQ Cinsel İstismar; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; 8: Karanlık Üçlü Ölçeği; 9: KÜ Makyavelizm; 10: KÜ Psikopati; 11: KÜ Narsisizm; 12: Bağımlılık Profil İndeksi; 13: South Oaks Kumar Tarama Testi; 14: Yaş; **: p<001; *: p<.05; Ort: Ortalama; SS.: Standart Sapma

Tablo XLVIII'de MKB örnekleminin DES, CTQ, KÜ, BAPİ ve SOKTT puanları arasındaki ilişkiye dair Spearman Korelasyon Analizi sonuçları yer almaktadır. MKB örnekleminin BAPİ toplam puanı ile DES toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.317; p=.046] bulunmaktadır. Ayrıca MKB örnekleminde CTQ toplam puanı ile CTQ alt boyutları arasında [r=.408-830; p=.001] arasında istatiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo XLIX: Kumar Oynama Bozukluğu Vakalarında Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyasyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Kumar Oynama Bozukluğu	r	r^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			20.375	5.852		3.482	**.001**	
CTQ Duygusal İstismar	.341	.116	1.377	.617	.341	2.233	**.032**	4.985*
***p<.05**								

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; *: p<.05.

Tablo XLIX'da KOB vakalarında çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi bulguları verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda KOB vakalarında çocukluk çağı travmalarından duygusal istismarın, bağımlı değişken olan dissosiyatif yaşantılar ölçeği puanlarındaki toplam varyansın %11'ini açıkladığı [R=.341; R^2=.116]; KOB vakalarında çocukluk çağı travmalarından duygusal istismarın [t=2.233; p=.032] dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo L: Kumar Oynama Bozukluğu Vakalarında Çocukluk Çağı Travmalarının, Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Kumar Oynama Bozukluğu	r	r^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			40.246	6.614		6.085	**.000**	
CTQ Duygusal İstismar	.350	.123	1.607	.697	.350	2.305	**.027**	5.312*
***p<.05**								

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; *: p<.05.

Tablo L'de KOB vakalarında çocukluk çağı travmalarının, karanlık üçlü kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi bulguları verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda KOB vakalarında çocukluk çağı travmalarından duygusal istismarın, bağımlı değişken olan karanlık üçlü ölçeği puanlarındaki toplam varyansın %12'sini açıkladığı [R=.350; R^2=.123]; KOB vakalarında çocukluk çağı travmalarından duygusal istismarın [t=2.305; p=.027] karanlık üçlü kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo LI: Madde Kullanım Bozukluğu Vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Bağımlılık Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Madde Kullanım Bozukluğu	r	r^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			78.346	4.833		16.212	**.000**	
	.340	.116						4.969*
DES			.363	.163	.340	2.229	**.032**	
***p<.05**								

Not: DES; Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BAPİ; Bağımlılık Profil İndeksi; *: p<.05.

Tablo LI'de MKB vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarının, BAPİ ile ölçülen bağımlılık düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi bulguları verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda MKB vakalarında dissosiyatif yaşantılar ölçeği puanlarının, bağımlılık özellikleri ve düzeyi bağımlı değişkeninde toplam varyansın yaklaşık %12'sini açıkladığı [R=.340; R^2=.116]; MKB vakalarında dissosiyatif yaşantıların [t=2.229; p=.032] madde bağımlılığı özellikleri ve düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

"Kumar ve Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar ve Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'ndaki *"Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi"*nde doktora tezi olarak hazırlanmıştır. Bu doktora tez çalışmasında kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişki modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden incelenmiştir. Doktora tez çalışmamız *"kumar oynama bozukluğu", "madde kullanım bozukluğu", "modern psikotravmatoloji", "dissosiyatif bozukluklar", "karanlık üçlü kişilik özellikleri" ve "çocukluk çağı travmaları"* temel alanlarında kumar ve madde kullanım bozukluğu vakaları ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızın örneklemini, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü ve Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Merkezi (AMBAUM)'ne başvuran, 40 madde kullanım bozukluğu ve 40 kumar oynama bozukluğu olmak üzere toplam 80 vaka oluşturmaktadır. Modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı ekseninde yürütülen bu doktora tez çalışmasının kumar ve madde bağımlıları ile gerçekleştirilmesi sebebiyle hem *"kumar oynama bozukluğu", "madde kullanım bozukluğu", "psikotravmatoloji", "dissoanaliz"* ve *"çocukluk çağı travmaları"* alanlarına önemli bilimsel katkılar sunacağı hem de *"bağımlılık"* olgusunun önlenmesine dair etkin kurumsal politikaların ve fonksiyonel stratejilerin geliştirilmesini olanaklı kılması beklenmektedir. Bu bölümde, temel amacımız doğrultusunda oluşturulan hipotezlerimizle ilişkili bulgularımız, modern psikotravmatoloji ile dissoanaliz kuramı perspektifinden; bağımlılık ve davranışsal bağımlılıklar, psikopatoloji,

psikiyatri ve psikoloji literatürü ekseninde sistemli bir şekilde tartışılmaktadır. Son yıllarda ulusal ve uluslararası literatürde hem bağımlılık odaklı bilimsel araştırma ve yayınlar hem de davranışsal bağımlılık odaklı araştırma ve çalışmaların sayısı artmış olup (Yalçin, 2022); özellikle davranışsal bağımlılıkları içeren akademik çalışmalar önemli bir ivme kazanmıştır (Rueda Ruiz ve ark., 2023). Doktora tez araştırmamız kapsamında incelenen, güncel literatürdeki KOB ve MKB odaklı kapsamlı bilimsel çalışmaların bir bölümüne ilişkin kısa künye bilgileri, konu ve amaç bilgileri Tablo LII'de sunulmuştur.

Tablo LII: KOB ve MKB Vakaları ile Gerçekleştirilen ve Tartışmaya Dahil Edilen Güncel Çalışmalar

Yazar	Yıl	Konu & Amaç
Rueda Ruiz ve ark.	2023	MKB'de problemli kumar davranışları üzerinde bağlanma stilleri ve aleksitiminin incelenmesi
Leino ve ark.	2023	İskandinav ülkelerinde örnekleminde KOB ve MKB arasındaki ilişkinin araştırılması
Najavits ve ark.	2023	KOB vakalarında TSSB'nin incelenmesi
Syvertsen ve ark.	2023	KOB vakalarında medeni durum özelliklerinin incelenmesi ve medeni durumun KOB ile ilişkisinin değerlendirilmesi
Grant & Chamberlain	2022	Kumar oynama bozukluğunda yasadışı davranışlar ve suç olgusunun incelenmesi
Moreira ve ark.	2023	Kumar bağımlılığında risk faktörlerinin incelenmesi
Herron & Venner	2023	Travma ve madde kullanım bozukluğunda kültürlerarası farklılıkların sistematik derleme çalışması
Korvuo ve ark.	2023	Kumar oynama bozukluğu vakalarının tedavisinde dissosiyatif yaşantıların rolünün incelenmesi
Yalçin	2022	Gençler üzerinde KOB'un araştırılması
İncekara & Taş	2022	Yetişkinlerde kumar bağımlılığı ile ilişkili demografik değişkenlerin incelenmesi
Metcalf ve ark.	2022	Travma tanılı vakalarda KOB yaygınlığı ve TSSB ile KOB ilişkisinin incelenmesi
Sehlikoğlu ve ark.	2022	MKB'de denetimli serbestlik tedbiri olan bireylerin sosyodemografik, klinik ve suç özelliklerinin değerlendirilmesi
Faraji & Dağ	2022	Kumar bağımlılığı ve intihar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
Stefanovics & Potenza	2022	Kumar oynama bozukluğunda güncelleme ve güncel durumunu değerlendirilmesi
Ayar & Ayar	2021	MKB ve suç ilişkisi
Wardle & McManus	2021	Gençlerde kumar ve intihar: Britanya örnekleminin incelenmesi
Livingstone & Rintoul	2021	Kumar ile ilişkili intihar davranışının incelenmesi
Back ve ark.	2021	Çocukluk çağı travmaları: Fırsatlar ve zorlukların incelenmesi
Moore & Grubbs	2021	KOB ve komorbid TSSB tanısının sistematik gözden geçirme çalışması
Cabanis ve ark.	2021	Gençlerde madde kullanımı ve çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesi
Duran & Duran	2021	İstismarın çocuk üzerindeki psiko-sosyal etkileri ve çocuk istismarı ile madde kullanma ilişkisinin değerlendirilmesi
Toker Uğurlu ve ark.	2020	Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde suç davranışının retrospektif incelenmesi
Grant & Chamberlain	2020	KOB ve MKB'de komorbidite ve tedavi yaklaşımlarının incelenmesi
Zhang ve ark.	2020	Madde kullanım bozukluğunda çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının değerlendirilmesi
Çetin Şeker ve ark.	2019	Bağımlı bireylerde ruhsal travma görülme sıklığı ve görünümünün incelenmesi
Schluter & Hodgins	2019	Kumar oynama bozukluğunda dissosiyatif yaşantıların incelenmesi

Doktora tez çalışmamıza dahil edilen kumar ve madde bağımlılarının yaş ortalaması 33.9, KOB örneklemi yaş ortalaması 37.67, MKB örneklemi yaş ortalaması ise 30.12'dir. Bağımlılık odaklı çalışmalarda "*yaş*" temel bir faktör olarak ele alınmaktadır. Birçok çalışmada yaş ile bağımlılıklar arasında pozitif ya da negatif ilişki olduğu bildirilmiş olup; Leino ve arkadaşları (2023) tarafından KOB ve MKB vakalarının dahil edildiği bir geniş örneklemli araştırmada Norveç'te 2008-2017 yılları arası ülke çapındaki sağlık kayıt verileri kullanılarak yaklaşık 290.000 vakanın bilgileri retrospektif olarak incelenmiş; ilgili çalışmada yaş ile KOB arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulgulanmıştır. KOB vakalarının %63.9'unun 18-39 yaş arası olduğu, 67 yaş ve üzerinde ise bu psikiyatrik bozukluğun sıklığının azaldığı; MKB örnekleminde ise %48'inin 18-39 yaş, %42.3'ünün ise 40-66 yaş aralığında olduğu ortaya çıkmıştır (Leino ve ark., 2023). Najavits ve arkadaşları (2023) tarafından KOB örnekleminde 130 vaka ile yapılan bir çalışmada örneklemin ortalama yaşı 44.9 olarak tespit edilmiştir. KOB düzeyinde ortalama yaşın yüksek olması, bu psikopatolojinin orta ve ileri yaşlarda da başlayabileceğini göstermektedir. Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de hem kumar oynama hem de kumara başlama yaşı düşüktür ve genel olarak daha da düşmeye devam etmektedir. Özellikle son yıllarda yasadışı sanal bahis oyunlarına imkan sağlayan web sitesi ve uygulamaların artmasıyla, kumar oynamanın ilk deneyim yaşı lise hatta ortaokul düzeyine kadar inmiştir. Türkiye'de de bağımlılıklarla mücadele eden YEŞİLAY'ın İstanbul ilinde 2018 yılında yaptığı bir çalışmada lise öğrencilerinde kumar oynayanların oranı %7 olarak bildirilmiştir (İncekara & Taş, 2022). Sehlikoğlu ve arkadaşları (2022) tarafından Türkiye'de madde kullanan 145 bireyin sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada, yaşa göre en küçük vaka 18 yaşında, en yüksek vaka ise 56 yaşındadır; aynı çalışmanın verilerine göre vakaların yaş ortalaması 27.21 iken, örneklemin %71'inin 18-30 yaş arası genç erişkin yaş grubunda olduğu; katılımcıların

madde kullanımına %47.4 oranında sıklıkla 16-20 yaşları arasında başlandığı, 30 yaş üzerinde madde kullanmaya başlamanın ise %6.6 oranında seyrek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların bulunduğu yaş ile BAPİ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki [r=-.516; p=.000]; yaş ile SOKTT toplam puanı arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır [r=.417; p=.000]. Diğer bir ifade ile bu bireylerde yaş arttıkça madde bağımlılığının şiddeti azalmakta; aksine kumar davranışı söz konusu olduğunda ise yaş arttıkça, kumar oynama bozukluğu artmaktadır (Bkz. Tablo XLVI). Öz bir ifade ile madde kullanımı genç yaşlarda daha fazla görülmekte iken, kumar oynama ise daha çok ileri yaşlarda açığa çıkmaktadır. Bağımlılık örnekleminde yapılan çalışmalarda yaş kavramıyla ilgili genel kanı, madde kullanımının genç yetişkin yaş kategorisinde daha yaygın olmasıdır; genç yaş, işsiz olma, düşük eğitim düzeyine sahip olma, heyecan arama dürtüsü, olumsuz aile ve ebeveyn ilişkileri, disfonksiyonel kişiler arası ilişkiler, psikiyatrik hastalık öyküsü ve *"merak"* gibi etkenler nedeniyle bireylerin gençlik ve genç yetişkinlik döneminde daha sık madde kullanımına yöneldikleri düşünülmektedir. Türkiye ve diğer ülkelerde de bu yaş dilimi ve madde ile ilişkisine yönelik faktör ve etkenlerin detaylı incelenmesi ve olası sonuçlar odağında gerekecek önlem ve tedbirlerin alınmasının öncül bir öneme sahip olduğu çıkarımında bulunulmaktadır.

Çalışmamızda tanı ve tedavi süreçleri için hastaneye başvuran bireylerin, %91.3'ü erkek, %8.8'i ise kadındır; doktora tezimizdeki KOB örnekleminin %87.5'i erkek, %12.5'i kadın; MKB örnekleminin %95'i erkek, %5'i ise kadındır. Yani bağımlılık örnekleminde erkek cinsiyeti, kadın cinsiyetine göre majör oranda daha fazladır (Bkz. Tablo I). Sehlikoğlu ve arkadaşları (2022) tarafından Türkiye'de madde kullanımı olan örneklemde 145 bireyin sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada, vakaların %97.9'unun erkek, %2.1'inin ise

kadın olduğu bildirilmiştir. Bağımlılık örnekleminde cinsiyet dağılımı doktora tez çalışmamız da güncel literatür bulguları ile benzer doğrultudadır. Türkiye'de madde kullanımı olan örneklemde yapılan çalışmalarda erkek vakaların oranının %95-99 olduğu belirtilmiştir (Altıntoprak ve ark., 2014; Aslan & Hocaoğlu, 2015; Sehlikoğlu ve ark., 2022; Turan & Yargıç, 2012; Yazıcı ve ark., 2015). Çalışmamızda da benzer olarak katılımcıların yüksek oranda erkek olduğu gözlenmiştir. Rueda Ruiz ve arkadaşları (2023) tarafından İspanya'da 97 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada erkek cinsiyeti oranı %68.6 olarak bulunmuş, erkek cinsiyetinin kadın cinsiyetine oranla 2 kat daha fazla bağımlı olduğu bulgulanmıştır. Leino ve arkadaşları (2023) tarafından İskandinav ülkeleri örnekleminde 151.451 vakanın bilgileri incelenerek yapılan bir çalışmada, KOB örnekleminde kadın oranı %19 olup, MKB'de ise 147.743 vakada ise kadın oranı %34'tür (Leino ve ark. 2023). KOB yaygınlığında son yıllarda cinsiyet farkı azalmaya başlamış, genelde erkekler arasında ergenlik döneminde başlayan kumar öyküsü, kadınlarda ise daha ileri yaşlarda ortaya çıkmasına rağmen, kadınlarda KOB'un gelişimi ve ilerlemesi erkeklere göre daha hızlı olmaktadır. Cinsiyet farkı tercih edilen oyun türünü bile etkilemekte olup; kadınlar daha çok elektronik kumar makinelerini (slot oyunları) tercih ederken, erkekler ise beceri gerektiren oyunları (kart oyunları, at yarışı, spor bahisleri vb.) tercih etmektedir (Bozkurt, 2020). Becker ve arkadaşları (2017) tarafından bağımlılık örnekleminde cinsiyet farklılıklarına yönelik gerçekleştirilen bir çalışmada, madde kullanımı olan kadınların daha şiddetli ve kısa sürede damgalanmaya maruz kaldığı, erkeklere göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı, yine erkeklere göre daha az sosyal destek hissettiği, bağımlılık tedavisi alma sürecinde birçok engel bulunduğu ve tüm bu nedenlerle daha fazla izole kaldıkları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada erkek oranındaki belirgin yükseklik, Türkiye'de de bahsedilen durumların mevcut olması ve madde kullanımı bulunan kadınlara karşı ciddi ön yargı bulunmasıyla ilişkili olabilir (Sehlikoğlu ve ark., 2022).

Çalışmamızda KOB ile MKB tanı ve tedavi süreçleri için hastaneye başvuran bireylerin eğitim durumuna bakıldığında, MKB örnekleminin eğitim süresi ilkokul ve ortaokul düzeyinde yoğunlaşmakta iken; KOB örnekleminin eğitim süresi ise lise ve üniversite düzeyinde yoğunlaşmaktadır. Yani KOB örneklemi, MKB örneklemine göre daha yüksek eğitim düzeyine sahiptir (Bkz. Tablo I). Bağımlılık örnekleminde eğitim düzeyinin yoğunlukla ilköğretim düzeyinde (%37.67) olduğu ve sadece %9.76'lık bölümünün üniversite düzeyinde eğitim aldığı belirtilmiştir (Rueda Ruiz ve ark., 2023). Sehlikoğlu ve arkadaşları (2022) tarafından Türkiye'de madde kullanımı olan örneklemde 145 bireyin sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin tamamladıkları eğitim düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %70.3'ünün ortaokul mezunu veya bu eğitim düzeyinin altında eğitime sahip oldukları bildirilmiştir. Ülkemizde geçmiş yıllara göre eğitim seviyesinin artışı ve zorunlu eğitim süresinin uzatılması ile teknoloji kullanımının artmasının sanal ortamda kumar oynama yaygınlığının artış göstermesine imkan sağlayabileceği düşünülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek ve akademik başarı elde etmiş bireylerin özgüvenleri ile birlikte oynadıkları oyunları kazanma içgüdüleri sayesinde kumar oynamaya daha fazla zaman ve maddi imkan harcadıkları söylenebilir (İncekara & Taş, 2022). Madde kullanımı söz konusu olduğunda benzer çalışmalarda da madde kullanımı olan bireylerin çoğunlukla ilköğretim mezunu olduğu gözlenmiştir (Aslan & Hocaoğlu, 2015). Madde kullanımı ve madde kullanım bozukluklarının toplumdaki yaygınlığını azaltmak için, bireylerin ilköğretim döneminden başlayarak madde, alkol ve davranışsal bağımlılıklar konusunda eğitilmesi ve bağımlılığın alışkanlık veya davranıştan ziyade bir *"hastalık"* olduğu yönündeki farkındalığın artırılmasının gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %45'i evli, %43.8'i bekar, %10'u boşanmış ve %1.3'ünün ise eşi vefat etmiştir. KOB örnekleminin %60'ı evli, MKB örnekleminin ise

%30'unun evli olduğunu bildirmiştir. KOB örnekleminde katılımcılar çoğunlukla evli iken; MKB örneklemindeki katılımcıların çoğu ise bekar veya boşanmış olduklarını bildirmiştir (Bkz. Tablo III). Rueda Ruiz ve arkadaşları (2023) tarafından bağımlılık örnekleminde yapılan bir çalışmada yer alan katılımcıların yaklaşık yarısı (%50,41) bekar olduğunu, %13.55'i ise evli olduğunu belirtmiştir ki bu bulgu, doktora tez çalışmamızdaki bulgularla örtüşmektedir. Türkiye'de madde kullanımı olan örneklemde 145 bireyin sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada, madde örnekleminin %62.8'inin bekar olduğu bildirilmiştir (Sehlikoğlu ve ark., 2022). Kumar bağımlılığı odaklı yapılan başka bir güncel çalışmada ise kumar örnekleminde bekar olmanın önemli bir risk faktörü olduğu, bekar bireylerde kontrol edilme algısının evli bireylere göre daha az olduğu bildirilmiş ve medeni durum ile kumar bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır (Syvertsen ve ark., 2023). Madde kullanımı olan katılımcıların çoğunluğunun genç yetişkin bireylerden oluşması odağında bekar olanların oranının çok daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Türk aile yapısında, toplumun aile kavramına verdiği önem ve hassasiyet ile toplumdaki madde kullanımı olan bireylere yönelik olumsuz algı, ön yargı ve tutumun, evli olan bireyleri madde kullanımından uzaklaştırıcı etkisinin olabileceği de düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların sigara ve/veya alkol kullanım düzeylerine ilişkin bulgularda; katılımcıların sadece %7.5'lik bölümünün sigara kullanımı olmadığı, %92.5 oranında sigara kullanımı olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %61.3'ünde alkol kullanımı olduğu belirlenmiştir. KOB örnekleminin %80'i, MKB örnekleminin ise %42.5'i alkol kullandığını belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminde alkol kullanım dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı fark vardır. KOB örneklemi, MKB örneklemine göre daha fazla alkol kullanımı bildirmektedir (Bkz. Tablo X). Doktora tezimize benzer bir çalışmada madde kullanımı olan katılımcıların (n=97) sadece %13.55'inin alkol kullanımı olduğu

belirtilmektedir (Rueda Ruiz ve ark., 2023). Türkiye'de madde kullanımı olan örneklemde 145 bireyin sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada, katılımcıların sadece %2.1'inin hiç sigara kullanmadığı; %41,4'ünün ise bir ay içerisinde ortalama ayda 1-3 kez alkol kullanımı olduğu bildirilmiştir (Sehlikoğlu ve ark., 2022). Leino ve arkadaşları (2023) tarafından İskandinav ülkeleri örnekleminde yapılan başka bir çalışmada da kumar bağımlılarının %60'ının bağımlılık düzeyinde nikotin kullanımı olduğu ve %58 oranında en az bir kez de olsa madde kullanım deneyimlerine sahip oldukları bulgulanmıştır.

Birçok çalışmada kumar bağımlılığı ile madde bağımlılığı eş tanı düzeyinde yer almaktadır. KOB vakalarında MKB eş tanı prevalansı yüksektir. Norveç örnekleminde bu eş tanı %59, İngiltere örnekleminde %25 olarak bulunmuşken, alkol söz konusu olduğunda ise oran %75'e kadar yükselmektedir (Leino ve ark., 2023). Madde bağımlılığı vakalarında kumar davranışı ve/veya KOB prevalansı ise %10-15 oranındadır. Cowlishaw ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında MKB'de KOB yaygınlığı %14 olarak bulgulanmıştır. Leino ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir çalışmada ise KOB vakalarında MKB yaygınlığı %22.5, MKB vakalarında KOB yaygınlığı ise %0.7 olarak tespit edilmiştir. KOB vakalarında MKB yaygınlığı yüksek iken, MKB vakalarında KOB yaygınlığı ise daha düşüktür, madde kullanan bireyler üzerinde kumar oynama bozukluğu yaygın değildir. Bu konuyu ele alan Leino, MKB'de KOB yaygınlığını yüksek bulgulayan çalışmaları eleştirirken, kimi zaman yanlı ve yanılgı içeren temsil örneklemler seçildiğini ve de ötesinde araştırmacılara *"Berkson Yanlılığı (Berkson's Bias)"* nı hatırlatmıştır (Leino ve ark., 2023). Literatürde, *"Berkson Yanlılığı", "Berkson's Bias"* ve *"Berkson Yanılgısı"* gibi kavramlarla ifade edilen bu tutum, tanımlayıcı araştırmalarda vaka ve kontrol gruplarının hastaneye başvuran kişilerden seçilmesi ile ilişkili taraf tutma davranışı olarak tanımlanmaktadır. Bu odakta hastaneye başvuran kişilerin belirli bir evreni olmadığı, bu

vakaların daha ağır seyirli hastalıklara sahip olabileceği mutlaka değerlendirilmeli ve hastane örnekleminin toplumdakinden farklı düzeyde maruziyet ve sonuç arasındaki ilişki açısından yanlış çıkarımlara neden olabileceği ifade edilmektedir (Yıldız & Okyay, 2019).

Çalışmamızda, KOB örnekleminin %2.5'i 2850 TL ve altında, %12.5'i 2851-5000 TL, %20'si 5001-8000 TL, %65'i 8001 TL ve üzerinde aylık gelir düzeyine; MKB örnekleminin %15'i 2850 TL ve altında, %30'u 2851-5000 TL, %27.5'i 5001-8000 TL, %27.5'i 8001 TL ve üzerinde aylık gelir düzeyine sahiptir. Doktora tezimizin verilerinin toplandığı 2021 yılında Türkiye'de asgari ücret net 2825 TL, 2022 yılı asgari ücret net 4253 TL, 2023 yılında ise net 11.402 TL'dir. KOB örnekleminde bulunan katılımcıların gelir düzeyi, MKB örneklemine göre daha yüksektir (Bkz. Tablo I). Çalışmamızda katılımcılar aylık gelir düzeyine göre 8000TL ve üstü, 7999TL ve altı olarak iki gruba ayrılmış ve ortalamaları karşılaştırılmıştır; gelir düzeyi yüksek olan grupta kumar oynama bozukluğuna ilişkin yüksek puan ortalamalarının olduğu; gelir düzeyi düşük olan grupta ise madde kullanım bozukluğuna ilişkin yüksek puanların olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo XXXII). Öz bir ifade ile gelir düzeyi yüksek bireylerde kumar oynama bozukluğunun daha sık görüldüğü, gelir düzeyi azaldığında ise madde kullanım bozukluklarının daha sık görüldüğü bulunmuştur. Kumar oynayan bireylerde gelir durumu düzeyine ilişkin veriler sunan Wood ve Williams (2009)'ın çalışmasında, gelir düzeyinin kumar oyununun türünü etkilediği, gelir düzeyi yüksek bireylerin gelir düzeyi düşük bireylere oranla daha fazla çevrimiçi-internet üzerinden kumar oyunlarını tercih ettikleri görülmüştür. Najavits ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan 130 vakadan oluşan ve farklı etnik grup farklı ülkelerden örneklemi olan çalışmada, katılımcıların %76.1'inin slot (casino makine oyunları), %48.5'inin çevrimiçi-internet üzerinden kumar oyunlarını, %48.5'inin loto türü piyango oyunlarını ve %34.3'ünün ise "*blackjack"* (21

oyunu) gibi kart oyunlarını tercih ettiğini bildirmiştir (Najavits ve ark., 2023). Gelir düzeyinin hem kumar davranışında hem de kumar oyunun türünde etkili olabileceği ifade edilebilir.

Madde bağımlılığı ile gelir durumuna dair Aslan ve Hocaoğlu (2015)'nun çalışmasında, madde örnekleminde aylık geliri 2000 TL altında olanların oranı %92.5 olarak belirlenmiştir ki ilgili çalışmanın yapıldığı yılda 2000 TL düşük gelir düzeyi diliminde değildir, 2015 yılı için Türkiye'de asgari ücret net 1253 TL'dir; ancak Sehlikoğlu ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir güncel çalışmada ise araştırmanın yapıldığı yıldaki Türkiye'de uygulanan asgari ücret net 4253 TL olmasına rağmen çalışmanın örnekleminin %80,7'sinin 2.000 TL altında aylık gelire sahip olduğu bulgulanmıştır. Bhalla ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan madde kullanım bozukluğu örneklemindeki klinik epidemiyoloji çalışmasında genç yaşın, düşük eğitim düzeyinin, düşük gelir düzeyinin ve erkek cinsiyetin madde kullanımı için başlıca risk faktörleri olduğunu bildirmiştir. Bu sosyodemografik veriler ışığında MKB vakalarının genellikle düşük gelir düzeylerine sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Madde bağımlılığı bir halk sağlık sorunu olmasının ötesinde sosyal ve adli boyutuyla da önem arz etmektedir; bağımlılığın biyopsikososyal bir bozukluk olarak tanımlanmasında, sosyal boyutun içerisinde adli konular ve suç olgusu önemli bir alanı kapsamaktadır (Ayar & Ayar, 2021). Alkol/madde kullanım bozukluğu vakalarında, suç geçmişi, intihar girişimi öyküsü ve bireyin kendine zarar verme davranışlarını konu alan adli psikoloji ve adli psikiyatri çalışmaları, Türkiye ve diğer ülkelerde artış göstermektedir. Toplumun normal olarak benimsediği kaidelerin dışına çıkan ve tehlikeli olduğu ya da kamuya zarar verdiği kanun koyucular tarafından kabul edilen ve belirtilen eylemlere "*suç*" denilmektedir (Alpay ve ark., 1995; Bhalla ve ark., 2017; Toker Uğurlu ve ark., 2020). Ceza kanununun ihlali ile

ortaya çıkan ve yetkili mahkemeler tarafından belirli bir biçimde cezalandırılan davranışlar veya fiiller, kanunen suç tanımı kapsamında yer almaktadır (Altuner ve ark., 2009).

Madde kullanımı ile suç arasında istatistiksel bir ilişki bulunmaktadır. Madde kullanımı, saldırganlık ve şiddet davranışlarını tetikleyerek suç ve suça yönelimi artırmaktadır. Toker Uğurlu ve arkadaşları (2020) tarafından Türkiye örnekleminde 97 madde kullanım bozukluğu vakası ile yürütülen bir çalışmada, madde kullanımının suç davranışı riskini beş kat arttırdığı ve gasp-darp-cebir suçlarının oransal olarak arttırdığı bulgulanmıştır. Doktora tez çalışmamızda KOB ve MKB örnekleminde adli suç kaydı geçmişlerine ilişkin sonuçlarda; katılımcıların %33.8'inin adli suç kaydının bulunduğu belirtmiştir. Doktora araştırmamızda KOB örnekleminin %12.5'i ve MKB örnekleminin %55'inin adli suç kaydı bulunduğu belirlenmiştir. KOB ve MKB örnekleminde adli suç kaydı dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır. Suç içerikleri ve türü incelendiğinde, MKB örnekleminde, literatürle benzer biçimde, narkotik suçlar ve yaralama suçu oranlarının çok daha fazla olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo XI). Suç fiili gerçekleştirmiş bireylerde madde kullanım bozukluğunun sıklığının ve yaygınlığının değerlendirildiği ilgili araştırmalarda, bağımlılık ile erkek cinsiyeti, eğitim düzeyi ve suç arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ayar & Ayar, 2021; Çöpoğlu, 2014; Toker Uğurlu ve ark., 2020).

Madde kullanımı ile suç arasındaki ilişki bağlamında yayınlanmış 30 araştırmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasına göre suç işleme olasılığının madde kullanan kişilerde kullanmayanlara oranla yaklaşık dört kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Altuner ve ark., 2009). Türkiye örnekleminde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğinde tedavi gören bireylerin sosyo-demografik özellikleri, madde kullanım biçimi, tercih maddesi, suça yönelim sıklıkları ve sosyo-kültürel faaliyetleri gerçekleştirme

sıklıklarının incelendiği bir çalışmada katılımcıların %36.4'ünün alkol/madde kullanımı sonrası yasal sorun yaşadığı ve suça karıştıkları bulgulanmıştır (Asan ve ark., 2015). Ögel ve arkadaşları (1999) tarafından 10 ayrı bağımlılık tedavi merkezinde yürütülen kapsamlı bir araştırmada ise 364 madde/alkol bağımlılığı vakası ile görüşme yapılmış olup; madde kullanıcılarının %64'ünün adli sistem içerisine en az bir kere girdikleri ortaya çıkmıştır.

Madde kullanmaya başlamadan önce adli sistem içerisine dahil olanların oranı %24.9 olarak bulunmuş, madde bağımlılarının %50'sinin cezaevi öyküsünün olduğu, %31'inin madde kullanımıyla ilişkili suçlardan, %18'inin ise madde kullanımıyla ilişkili olmayan suçlardan dolayı tutukluluk ya da hüküm aldığı görülmüştür (Ögel ve ark., 1999). Kumar oynama bozukluğu vakalarının kumar oyununda ortaya koyacakları para ya da değerli herhangi bir şeyi kalmadığında tekrar kumar oynayabilmek için suça yönelebildiği değerlendirilmiş; bu odakta yapılan bir bilimsel çalışmada kumar bağımlılığı ve suça yönelim arasındaki pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (İncekara & Taş, 2022; Walker, 1992). Suç ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin toplumsal, bireysel, ekonomik, sosyal ve tıbbi alandaki etkisi nedeniyle üzerine daha çok çalışılması gerekmektedir. Suçun işlenmeden ya da ortaya çıkmadan önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir ki bu durum, suçun niteliğine ve çevresel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Ruhsal bozukluklar ile suç arasındaki bir nedensellik bağı olduğunu kesin bir dille ifade etmek bilimsel açıdan mümkün değildir (Ayar & Ayar, 2021).

Doktora tezimizdeki kendine zarar verme davranışlarına ve kullanılan yönteme ilişkin sonuçlarda; katılımcıların %47.5'inin geçmişte kendine zarar verme deneyiminin bulunduğu; KOB örnekleminin %35'i ile MKB örnekleminin %60'ı geçmişte en az bir kez kendine zarar verme deneyiminin bulunduğu belirtmiştir. KOB örneklemindeki katılımcılara göre MKB

örneklemindeki katılımcıların daha fazla kendine zarar verme davranışının olduğunu görülmüştür. KOB ve MKB örnekleminde kendine zarar verme davranışları bulunanların dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo IX). MKB örnekleminin %50'si kesme, çizme, kazıma ve yolma yöntemiyle kendine zarar verme davranışında bulunmuştur (Bkz. Tablo IX). Sehlikoğlu ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında katılımcıların %51.7'sinin kendisine zarar verecek bir fiziksel davranışta bulunduğu, %12.4'ünün ise intihar girişiminin olduğu belirlenmiştir. Toker Uğurlu ve arkadaşları (2020) tarafından Türkiye örnekleminde 97 bağımlı birey ile yürütülen çalışmada ise örneklemin %43'ünde kendine zarar verdiği bulgulanırken, aynı çalışmada madde kullanım bozukluğu tanısına ek olarak anti-sosyal kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerde kendine zarar verme davranışının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aile ortamında şiddet, tartışma ve istismar gibi örseleyici yaşantılar, doğrudan veya dolaylı olarak bireyin duygusal düzeninin bozulmasına yol açmakta ve kendine zarar verme davranışının gelişmesini sağlamaktadır; aile içi ya da toplumsal şiddete tanık olan çocuklarda ise çaresizlik duygusundan vahşi intikam arzusuna kadar çeşitli düşler ve duygular görülebilmektedir. Bu çocuklarda, kendilerinin şiddeti önleyemediği ve müdahale edemediği düşüncesinden dolayı travma sonrasında suçluluk hissi de yaşanabilmektedir (Duran & Duran, 2021).

Doktora tez çalışmamızda katılımcıların intihar girişimi öyküsüne ve yöntemine ilişkin sonuçlarda, vakaların %20'sinin intihar girişimi bulunduğu; KOB örnekleminin %20'si ile MKB örnekleminin %20'si geçmiş öyküsünde en az bir kez intihar girişimi olduğunu belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminde intihar girişimi bulunanların dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Her iki grupta da benzer oranda ve çoğunlukla yüksek doz ilaç kullanımı, en sık başvurulan intihar girişimi yöntemidir (Bkz. Tablo VIII). Yalçın ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, intihar girişim oranının %17.1 olduğu, ek olarak intihar

girişiminde bulunmanın yaşam boyu en az bir defa madde kullanma riskini 2 kat artırdığı ortaya koyulmuştur. İntihar düşüncesi veya intihar girişimi gibi şiddetli psikiyatrik semptomları bulunan bireyler madde kullanımı açısından dikkatle ele alınmalıdır (Sehlikoğlu ve ark., 2022). Toker Uğurlu ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise madde kullanım bozukluğu vakaları arasında intihar girişimi öyküsü %18.6 olarak tespit edilmiştir.

Kumar oynama bozukluğu ile intihar olgusunu inceleyen Faraji ve Dağ tarafından (2022) 1980-2022 yılları arasında YÖK-Tez, PubMed, Dergipark ve Google Akademik veri tabanlarında yayınlanmış çalışmaların değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında; kumar oynama davranışı olan yetişkin bireylerin intihar girişiminde bulunma ve intihar düşüncelerine sahip olma ihtimallerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, kumar bağımlılarının %20'sinin intihar düşüncesinin olduğu, %20'sinin ise geçmişte intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Faraji & Dağ, 2022). 3549 katılımcıdan oluşan bir araştırmada ise problemli kumar oynama davranışı olan 62 erkekten 24'ünün son bir yılda intihar girişiminde bulunduğu ve intihar girişiminde bulunan 85 kadının 13'ünün problemli kumar davranışına sahip olduğu tespit edilmiş olup, bu araştırma sonucunda problemli kumar davranışı olan bireylerde yüksek oranda intihar girişimleri olduğu tespit edilmiştir (Faraji & Dağ, 2022; Wardle & McManus, 2021). Livingstone ve Rintoul (2021) kumar bağımlılığı vakalarının intihar düşüncesi ve intihar girişimi ekseninde önemli bir risk altında olduğunu belirterek, kumar bağımlılığı ve intihar ilişkisi üzerinde durmanın önemini vurgulamışlardır. Bu perspektiften bir davranışsal bağımlılık olan kumar bağımlılığı söz konusu olduğunda intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinin önemli bir ruh sağlığı problemi olarak ele alınabileceği net bir şekilde ifade edilebilir. Kumar oynama bozukluğunda erken başlangıç, kişilik bozuklukları eş tanısı ve kumar oyunlarının getirdiği maddi kayıplar ile bağlantılı olarak ortaya çıkan intiharın varlığı göz önünde bulundurulduğunda; duygudurum

bozukluklarının, kişilik bozukluklarının, madde kötüye kullanımının, erken yaşta başlayan kumar oynama davranışının ve maddi kayıpların intihar davranışını ya da intihar girişimlerini etkilediği ve bireyleri intihar eylemine yönelttiği değerlendirilmektedir (Faraji & Dağ, 2022).

"Kumar oynama bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklinde ifade edilen birinci hipotezimiz doğrulanmıştır. KOB örnekleminin CTQ toplam puan ortalaması 43.97, MKB örnekleminin CTQ toplam puan ortalaması ise 38.47'dir. KOB örnekleminin CTQ toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin CTQ toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.104; p=.039]. KOB örneklemi, MKB örneklemine oranla daha yoğun ya da daha fazla çocukluk çağı travmatik yaşantılarına sahiptir (Bkz. Tablo XV). Katılımcıların çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma durumuna ilişkin sonuçlara bakıldığında, katılımcıların %42.5'i çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kaldığını; KOB örnekleminin %25'i ve MKB örnekleminin ise %40'ı aile içi şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %47.5'i çocukluk çağında aile içi şiddete tanık olduğunu; aynı şekilde KOB örnekleminin %47.5'i ve MKB örnekleminin ise %47.5'i çocukluk çağında aile içi şiddete tanık olduğunu belirtmiştir. KOB ve MKB örnekleminde aile içi şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma durumu dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo VII).

KOB vakaları, klinik olmayan popülasyona göre yüksek oranda çocukluk çağı travması ve olumsuz çocukluk çağı yaşantıları bildirmektedir ki bu doğrultuda gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, patolojik kumar ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İlgili çalışmalardan birinde kumar oynama ile çocukluk çağı

travmatik yaşantıları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Najavits ve ark, 2023). Bağımlılık ve psikotravmatoloji ekseninde, kumar oynama bozukluğu ile travma sonrası stres bozukluğu arasındaki pozitif yönlü ilişkiye dair çok sayıda bilimsel kanıt bulunmaktadır (Metcalf ve ark., 2022; Moore & Grubbs, 2021; Najavits ve ark., 2023). KOB vakalarında TSSB yaygınlığı %12-34 arasında değişmektedir. TSSB ile KOB eştanı oranı %14.8 olup; KOB, TSSB'nin önemli bir prediktörüdür (Najavits ve ark., 2023). TSSB tanılı bireylerde KOB yaygınlığı %4.6, TSSB vakalarında ise riskli kumar davranışı oranı %8.8 olarak saptanmıştır (Metcalf ve ark., 2022). KOB vakalarınına %64'ünde geçmiş dönemlere ilişkin travma öyküsü saptandığı bildirilmiştir (Bozkurt, 2020). Bu bağlamda travmatik stres yaşayan bireyler için, bu stresle başa çıkma arayışı kumar gibi riskli davranışları çekici hale getirebilmektedir. Kumar, kısa vadeli bir rahatlama sağlamaktayken uzun vadede ise daha fazla sorun yaratabilmektedir. İnternet kumar oyunlarına erişim kolaylığı, sıkça karşımıza çıkan bahis reklamları hatta kumarın turizme faydası gibi adeta bir kazanç kapısı olarak normalleştirilmesi ile kumar sorunu yaygınlaşmaktadır (Güven & Gülengöz, 2020). Hodgins ve arkadaşları (2010) çocukluk çağı travmaları ile kumar sorunları arasındaki ilişkiyi incelediği 1372 katılımcıdan oluşan çalışmada, patolojik kumar oynama davranışı olan bireylerin, patolojik kumar oynama davranışı olmayan bireylere göre daha yüksek oranda çocukluk çağı travması bildirdikleri ortaya çıkmıştır. Kumar oynama bozukluğunda çocukluk çağı travmaları önemli bir etiyolojik risk faktörü olarak rol oynamaktadır (Grant & Chamberlain, 2022; Güven & Gülengöz, 2020; Moreira ve ark., 2023; Najavits ve ark., 2023; Stefanovics & Potenza, 2022).

Zhang ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, Amerika, Kanada, Çin, Almanya, İrlanda ve Brezilya ülkeleri örnekleminden toplam 1310 katılımcıdan oluşan 10 araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde; madde kullanımı ile çocukluk çağı travmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bildirilmiş; farklı ülkelerin hatta farklı

kıtaların örneklemlerinde de madde kullanımı olan bireylerde çocukluk çağı travmalarının genel popülasyona göre daha yaygın olduğu; aynı çalışmada madde kullanan örneklemde istismar yaygınlık oranları ise sırasıyla duygusal istismar %38, fiziksel istismar %36, cinsel istismar %31, duygusal ihmal %31 ve fiziksel ihmal %32 oranında bulgulanmıştır. Bu konu ile ilgili Türkiye'de yapılan bir çalışmada, alkol/madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerde yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu oranı %31 olarak bildirilmiştir (Çetin Şeker ve ark., 2019). Ayrıca TSSB tanısı alanların %46'sında alkol/madde kullanım bozukluğu görülmüştür. Herron ve Venner (2023) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, güncel literatür bulguları yetişkin döneminde yaşantılanan travmatik deneyimler ile madde kullanımı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde yüksek ilişki bildirmiştir. Çocukluk çağı travmaları, intihar eğilimi, kendine zarar verme davranışları ve madde kullanımı gibi yüksek riskli davranışlar ile ilişkilidir. Madde bağımlılığı vakaları, bu davranışları ve bağımlılığı adeta kendi kendine bir tedavi yöntemi olarak görebilmektedir (Cabanis ve ark., 2021).

Bireylerin geçmişteki örseleyici yaşam deneyimlerinin içeriğine bakıldığında ise çocukluk çağı travmalarının, genel popülasyona oranla bağımlı popülasyonda %30-59 oranında daha fazla olduğu bildirilmiştir (Aldemir & Tan, 2011). Çocuk istismarı ve ihmali gibi yaşam deneyimlerinin etkisi ile duyumsanan yoğun ruhsal acı ve olumsuz duygulardan birey, kaçmak/kaçınmak için kumar oynamaktadır (Güven & Gülengöz, 2020). Çocukluk çağı travmalarının özneler üzerinde birçok psikososyal etkisi ve bu etkiler ile madde kullanımı arasında ilişki vardır ki, istismar çocukta birden çok psikolojik sorun yaratabilmektedir. *"Çocuk istismarına maruz kalanların ailelerinde önemli iletişim ve ilişki sorunları yaşadığı, majör depresyon, kendine zarar verme davranışları, suça sürüklenme, suça maruz kalma, uyku problemleri, bilişsel gerileme, motor becerilerinde zayıflama, akademik başarısızlık/akademik başarıda düşme ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gibi çeşitli*

psikolojik ve sosyal sorunlar yaşadığı, ayrıca istismar ile madde kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir" (Duran & Duran, 2021).

"Kumar oynama bozukluğu vakalarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu vakalarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklinde ifade edilen ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır. KOB örnekleminin DES toplam puan ortalaması, MKB örnekleminin DES toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir [t=2.002; p=.049]. KOB örneklemi, MKB örneklemine oranla daha fazla dissosiyatif yaşantı bildirmiştir (Bkz. Tablo XV). KOB'da patolojik kumar davranışı ile dissosiyatif yaşantılar arasında yer alan depersonalizasyon ve derealizasyon arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır (Moreira ve ark., 2023). Kumar ile dissosiyatif yaşantılar odağında ilgili literatür incelendiğinde, güncel çalışmalarda KOB ile dissosiyatif yaşantılar arasında istatistiksel açıdan bir ilişki vardır (Korvuo ve ark., 2023; Imperatori ve ark., 2017; Schluter & Hodgins, 2019). Imperatori ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında patolojik düzeydeki dissosiyatif yaşantılar ile KOB arasında orta düzeyde (r=0.480) ilişki bildirmiştir. İlgili literatürde dissosiyatif yaşantılar, kumar oynama bozukluğunun gelişiminde etiyolojik bir etken olarak yer almakta hatta dissosiyatif yaşantılar, kumar oynama bozukluğu belirtilerinin şiddetini de majör oranda predikte etmektedir (Imperatori ve ark., 2017).

Jacobs'un bağımlılık teorisine (1988) göre dissosiyasyon, acı verici gerçeklikten kaçmaya aracılık eden bağımlılığın sert ve dirençli tarafını oluşturmaktadır. Schluter ve Hodgins'in (2019) çalışmasında kumar oynarken dissosiyatif deneyimler yaşandığını ve bu deneyimlerin bireyin olumsuz duygulardan kaçmasına yardım ettiği bildirilmiştir. Kumar oynama bozukluğu ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişki incelendiğinde literatürde

"*dissosiyatif kumar*" kavramı karşımıza çıkmaktadır. Dissosiyatif kumar, trans benzeri bir durumla birlikte kumar sürecinde, paranın değer kaybetmesi, zamanın farkında olunmaması, kişinin kendini ve eleştirel düşünme yeteneğini kaybetmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Kumar oynama davranışı olan bireylerde %20-40 arasında *"kendinden geçme (blackout)"* ve *"depersonalizasyon"* görüldüğü, %90'ının ise zamanın nasıl geçtiğini anlamadığı belirtilmektedir (Korvuo ve ark., 2023). Kumar oynama sırasında dissosiyasyon ya da trans-benzer durumu olarak da tanımlanan bu olgu, bir vaka analizinde şu şekilde ifade edilmektedir: *"Neredeyse robot gibi oluyorsunuz, orada öylece oturuyorsunuz ve sanki para gerçek değerini kaybetmiş gibi oluyor"* (Schluter & Hodgins, 2019). Dissoanalitik kuram açısından *"dissosiyatif kumar"* fenomeni, disfonksiyonel aile dinamikleri, kronik çocukluk çağı travmaları ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile yakından ilişkili olarak fonksiyon görmektedir. Travmatize bireylerden bazıları çocukluk çağı travmalarından ya da kümülatif travmalarından uzaklaşabilmek adına kumar oynama bozukluğu ya da madde kullanım bozukluğuna adeta saplanıp kalabilmektedir. Öztürk'e göre travmatik özneler *"dissosiyatif anguaz"*larını kumar oynayarak ya da madde kullanarak gidermeye çalışmaktadırlar ki çoğu zaman bu iki bağımlılık eş zamanlı görülmektedir. Bu bağlamda zamana ve mekana yabancılaşma ile karakterize olan dissosiyatif kumar fenomeninde dissosiyatif anguaz, etken bir ajan olarak devreye girmektedir (Öztürk, 2020a; 2022c).

"*Madde kullanım bozukluğu vakalarında dissosiyatif yaşantılar, bağımlılık özellikleri ve düzeyini istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yordamaktadır"* şeklinde ifade edilen üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır. MKB vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarının, BAPİ ile ölçülen bağımlılık özellikleri ve düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçlarına göre, MKB vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarının, bağımlılık düzeyi bağımlı değişkeninde toplam varyansın %11'ini

açıkladığı [R=.340; R^2=.116]; MKB vakalarında dissosiyatif yaşantıların [t=2.229; p=.032] madde bağımlılığı düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo LI). Dissoanalitik ekol açısından madde kullanım bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki incelendiğinde; madde kullanım bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ve patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantılar yaygın şekilde gözlemlenmekte olup, dissosiyatif bozukluk tanısı almış 185 kişinin %57'sinde madde kullanımı olduğu belirlenmiştir (Öztürk, 2022a; Quintanilla ve ark., 2012).

İntihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarıyla karakterize olan dissosiyatif bozukluklarda madde kötüye kullanımına ve madde kullanım bozukluklarına sıklıkla rastlanmakta olup bu vaka grubunda daha çok *"esrar"* kullanımı ön plandadır. Dissosiyatif bozukluklar içerisinde -özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunda- madde kullanımı çok daha fazla ve çok daha yoğun görülmektedir. Dissosiyatif kimlik bozukluğunda hem travmatik yaşantıların izlerinden geçici olarak kurtarabilmek ya da travmadan uzaklaşmak hem de alter kişilikleri arasındaki geçişleri sağlayabilmek isteğiyle madde kullanımına başvurma davranışı oldukça yaygındır (Öztürk, 2020a). Madde kullanımının bazen dissosiyatif yaşantılara sebep olduğu bazen de dissosiyatif bozuklukta eş tanı olarak görüldüğü; ancak etiyolojik faktör ne olursa olsun dissosiyasyonun madde bağımlılığı vakaları adına önemli bir savunma mekanizması olarak yer aldığı önemle vurgulanmaktadır. Ross ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, tedavi gören madde kullanım bozukluğu vakalarının %39'una dissosiyatif bozukluk tanısı konmuş, benzer çalışmalarda birçok vakada dissosiyatif bozukluklarda madde kötüye kullanımı oranının yüksek olduğu ve madde kullanımının erken yaşlarda başladığı bildirilmektedir (Evren & Ögel, 2003; Ross ve ark., 1992). Bu doktora tez çalışmasında da literatürle uyumlu olarak madde bağımlılığı düzeyi ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.317; p=.046] olduğu saptanmıştır.

"Kumar oynama bozukluğu vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamaları, madde kullanım bozukluğu vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamasından istatiksel açıdan daha yüksektir." şeklinde ifade edilen dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır. KOB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalaması (54.22), MKB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamasından (36.67) istatiksel açıdan anlamlı bir biçimde daha yüksektir. Bir diğer ifade ile KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha yüksek düzeyde karanlık üçlü kişilik özelliklerine sahiptir (Bkz. Tablo XV). KOB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Makyavelizm alt boyutu toplam puan ortalaması (18.07), MKB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Makyavelizm alt boyutu toplam puan ortalamasından (11.80) istatiksel açıdan daha yüksektir. Bir diğer ifade ile KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha yüksek düzeyde makyavelist tutumlar göstermektedir (Bkz. Tablo XV). KOB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Narsisizm alt boyutu toplam puan ortalaması (23.42), MKB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Narsisizm alt boyutu toplam puan ortalamasından (13.90) istatiksel açıdan daha yüksektir. Bir diğer ifade ile KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha yüksek düzeyde narsisistik kişilik özelliklerine sahiptir (Bkz. Tablo XV).

KOB vakaları, MKB vakalarına göre hem daha fazla toplumdaki diğer bireyleri kendi amaçları doğrultusunda kullanma, kandırma ve manipüle etme davranışları sergilemekte hem de narsisistik eksende onay alma arzusu, sürekli değişen öz saygı, kısa vadeli popülerlik sağlama isteği, yüksek statü beklentisi, liderlik pozisyonlarına yönelik hedeflere çabalama, uzun vadeli ilişkileri sürdürememe ve uyumsuzluk gibi davranışları sergilemektedir. Kumar oynama davranışı, dürtüselliğin baskın olması ile heyecan ve risk unsurlarının bir arada olması sebebiyle vakaların işlevselliğinde ciddi bozulmalara neden olabilmektedir. Kumar oynama davranışı sergileyen bireylerin kişilik özellikleri dikkate alındığında bu kişilerin karakteristik özellikleri arasında heyecan arayışı; kolay bir şekilde uyarılma, risk almaya

eğilimli olma ve dürtüyü kontrol etmede zorluk yaşama gibi özellikler yer almaktadır (Aktürk ve ark., 2023). Bu özelliklere sahip kişilerde kumar oynama davranışına eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, maddi sıkıntılar, adli problemler, çalışma hayatı sorunları, düşük yaşam doyumu ve intihar girişimleri gibi birçok alanda sorun oluşturacak seviyeye gelebilmektedir (Aktürk ve ark., 2023). MKB açısından karanlık üçlü kişilik özelliklerine bakıldığında, subklinik düzeyde antisosyal kişilik özellikleri ve özellikle dürtüsel davranışları içeren psikopati, MKB ile arasında en güçlü ilişki olan karanlık üçlü kişilik özelliğidir; KOB'da ise karanlık üçlü kişilik özelliklerinden narsisizm ile güçlü ilişki bulunmaktadır (Jauk & Dieterich, 2019).

"*Kumar oynama bozukluğu vakalarında Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı ile South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır"* şeklinde ifade edilen beşinci hipotezimiz doğrulanmıştır. KOB örnekleminin SOKTT toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki [r=.383; p=.013] bulunmaktadır. Bu bulgu çalışmamızın sonuçlarının ilgili literatür ile uyumlu olduğunu desteklemektedir (Jauk & Dieterich, 2019). Jauk ve Dieterich (2019)'in çalışmasında kumar oynama bozukluğu vakalarında karanlık üçlü kişilik özelliklerinden narsisizm ve psikopati arasında ilişki olduğu saptanmış olup; makyavelizm odağında ise bu ilişkiye dair yeterli bilimsel kanıt düzeyine ulaşılmadığı bildirilmiştir. Psikopati, narsisizm ve makyavelist özelliklerin bireylerin risk alma eğilimlerinin arttırdığı ve sosyal normlara uyma konusundaki zorlukları beraberinde getirdiği ifade edildiği için, bu karanlık üçlü kişilik özelliklerine sahip bireylerin kumar gibi *"yüksek riskli davranışlara"* daha yatkın olabileceği ve dolayısıyla daha fazla kumar oynama bozukluğu riski altında oldukları düşünülmektedir.

Dissoanalitik ekol ve modern psikotravmatoloji ilkeleri açısından madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu, çocukluk çağı travmalarının uzun dönemli

psikopatojen yansımaları arasında yer alan iki önemli bağımlılık türüdür. Çocukluk çağı travmaları, bireylerin ilk olarak ailesine, ardından çevresine olan güvenini zedelemekte ve bu doğrultuda öznelerde kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu gelişebilmektedir. Kumar ve oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarının psikoterapilerinde çocukluk çağı travmalarına ve bu travmatik yaşantılarla ilişkili dissosiyatif reaksiyonlara odaklanılması öncül bir öneme sahiptir (Öztürk, 2022a; 2022b). Dissoanaliz kuramına göre, kumar ve madde kullanım bozuklukları gibi bağımlılıkların kökeninde yer alan çocukluk çağı travmalarının, bireylerin yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları psikotoplumsal sorunlara nasıl zemin hazırladığı daha iyi anlaşılmaktadır. Madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu, travmaların uzun dönemli psikopatojen yansımalarıdır. Bu doğrultuda, etkili bir psikoterapötik müdahale için çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif reaksiyonların ele alınması, bağımlılıkların tedavisinde kritiktir.

Kronik çocukluk çağı travmalarının bireysel ve toplumsal açıdan önlenmesine yönelik kapsamlı kesitsel ve boylamsal bilimsel çalışmalar yapılmadığı sürece; ebeveynlerin kendi çocukluk çağı travmalarının ruhsal izlerini taşırken, evlatlarını dissosiye edebilecekleri; disfonksiyonel yanlış ebeveynlik stilleri aracılığıyla çocuklarında dissosiyojen psikopatolojilere yol açabilecekleri; çocuklarında duygusal tepkisellik ve kendine zarar verme davranışlarını tetikleyebilecekleri; sonuç olarak travmatik yaşantılarını kendi çocuklarına da aktarabilecekleri belirtilmektedir (Öztürk, 2022b). Geçmişten günümüze nesiller boyunca geçiş göstererek varlanışını sürdüren kronik çocukluk çağı travmalarının bireylerdeki ve toplumlardaki psikojenik izlerinin dissoanalizi, madde kullanım bozuklukları ve kumar oynama bozukluklarının daha iyi anlaşılmasını, bireylerin ve toplumların travmatize ve dissosiye edilmeye devam edilmesinin hem fark edilmesini hem de kökeninin anlaşılmasını sağlayan bir yöntem olması açısından majör önem arz etmektedir (Öztürk, 2022a).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

"Kumar ve Madde Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar ve Karanlık Üçlü Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu doktora tez çalışmasında kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında; karanlık üçlü kişilik özellikleri, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar arasında ilişki, modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden değerlendirilmiştir. Çalışmamızın temel amacı; kumar ve madde bağımlılarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Doktora tez çalışmamızın kumar ve madde bağımlılığı vakalarında gerçekleştirilmesi sebebiyle hem *"kumar oynama bozukluğu", "madde kullanım bozukluğu", "psikotravmatoloji", "dissoanaliz", "karanlık üçlü kişilik özellikleri" ve "çocukluk çağı ruhsal travmaları"* alanlarına önemli bilimsel katkılar sunacağı hem de *"bağımlılık"* olgusunun önlenmesine dair etkin kurumsal politikaların ve fonksiyonel stratejilerin geliştirilmesine imkân sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmamızda gerçekleştirilen istatistiklerden elde edilen başlıca sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. KOB ile MKB tanı ve tedavi süreçleri için hastaneye başvuran bireylerin, %91.3'ü erkek, %8.8'i kadın; KOB örnekleminin %87.5'i erkek, %12.5'i kadın; MKB örnekleminin %95'i erkek, %5'i ise kadındır. Yani bağımlı vakalarda erkek cinsiyeti, kadın cinsiyetine göre daha fazladır (Bkz. Tablo I).
2. KOB ile MKB tanı ve tedavi süreçleri için hastaneye başvuran bireylerin eğitim durumuna bakıldığında, MKB örnekleminin eğitim süresi ilkokul ve ortaokul düzeyinde yoğunlaşmakta iken; KOB örnekleminin eğitim süresi ise lise ve üniversite düzeyinde

yoğunlaşmaktadır. Yani KOB örneklemi, MKB örneklemine göre daha yüksek eğitim süresine ve seviyesine sahiptir (Bkz. Tablo I).

3. KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha fazla ailesi ile kendi evinde yaşamakta ve daha yüksek oranda ebeveynlerinden ayrı bir yaşam sürmektedirler (Bkz. Tablo I).
4. KOB vakalarının gelir düzeyi, MKB vakalarına göre daha yüksektir (Bkz. Tablo I).
5. Çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olan grupta kumar oynama bozukluğuna ilişkin yüksek SOKTT puan ortalamalarının olduğu; gelir düzeyi düşük olan grupta ise madde kullanım bozukluğuna ilişkin yüksek BAPİ puanların olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo XXXII). Kısa ve öz bir ifade ile gelir düzeyi yüksek vakalarda kumar oynama bozukluğunun yüksek olduğu, gelir düzeyi azaldığında ise madde kullanım bozukluklarının yükseldiği ortaya çıkmıştır.
6. KOB ve MKB vakaları genellikle kalabalık ya da geniş ailelerde yaşamaktadır. MKB vakaları oransal olarak bakıldığında genellikle ailenin ilk çocuklarıdır (Bkz. Tablo II).
7. Katılımcıların %45'i evli, %43.8'i bekar, %10'u boşanmış ve %1.3'ünün ise eşi vefat etmiştir. KOB vakalarının %60'ı evli, MKB vakalarının ise %30'u evli olduğunu bildirmiştir. KOB vakaları çoğunlukla evli iken; MKB vakalarının çoğunluğunun ise bekar veya boşanmış oldukları belirlenmiştir (Bkz. Tablo III).
8. Çalışmamızda katılımcılar genellikle anneleri ile iyi ilişkiye sahip iken; babaları ile orta veya kötü düzeyde ilişkiye sahiptir (Bkz. Tablo IV).
9. Katılımcıların %75'i ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Katılımcıların annelerinin %53.8'i ilkokul, babaların %36.3'ü ilkokul ve %25'i ise ortaokul düzeyinde eğitime sahiptir. KOB ve MKB vakalarının ebeveynleri benzer oranda çoğunlukla ilköğretim ve üzerinde eğitim düzeyine sahiptir (Bkz. Tablo V).

10. KOB vakalarının %27.5'i ve MKB vakalarının %20'sinin mevcut psikopatolojileri dışında psikiyatrik tanıları olduğunu; tüm katılımcıların %23.8'inin mevcut psikopatolojileri dışında psikiyatrik tanısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %53.1'i daha önce 1 yıldan az psikiyatrik tedavi aldığını, MKB vakalarının %57.5'i daha önce 1 yıldan az psikiyatrik tedavi, %12.5'i 2-3 yıl arası, %12.5'i 4 yıl ve üzeri psikiyatrik tedavi aldığını belirtmiştir. KOB vakalarına göre MKB vakalarının daha fazla ve uzun süren psikiyatrik tedavi öyküsünün olduğunu görülmüştür (Bkz. Tablo VI).
11. Katılımcıların aile içi şiddete maruz kalma ve şiddete tanık olma durumuna ilişkin istatistiksel sonuçlara bakıldığında, katılımcıların %42.5'i çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kaldığını; KOB vakalarının %25'i ve MKB vakalarının %40'ı aile içi şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %47.5'i çocukluk çağında aile içi şiddete tanık olduğunu; KOB vakalarının %47.5'i ve MKB vakalarının %47.5'i çocukluk çağında aile içi şiddete tanık olduğunu belirtmiştir. KOB ve MKB vakalarında aile içi şiddete maruz kalma ve aile içi şiddete tanık olma durumu dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo VII).
12. Katılımcıların intihar girişimi öyküsüne ve yöntemine ilişkin sonuçlarda, katılımcıların %20'sinin geçmişte intihar girişimi olduğu; KOB vakalarının %20'si ile MKB vakalarının %20'si geçmişte en az bir kez intihar girişimi olduğunu belirtmiştir. KOB ve MKB vakalarında intihar girişimi bulunanların dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Her iki grupta da benzer oranda ve çoğunlukla yüksek doz ilaç kullanımı, en sık başvurulan intihar girişimi yöntemidir (Bkz. Tablo VIII).
13. Katılımcıların kendine zarar verme davranışına ve yöntemine ilişkin sonuçlarda; katılımcıların %47.5'inin geçmişte kendine zarar verme deneyiminin bulunduğu; KOB vakalarının %35'i ile MKB vakalarının %60'ı geçmişte en az bir kez kendine zarar verme

deneyiminin bulunduğu belirtmiştir. KOB vakalarına göre MKB vakalarının daha fazla kendine zarar verme öyküsünün olduğu görülmüştür; KOB ve MKB vakalarında kendine zarar verme davranışları bulunanların dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı fark vardır (Bkz. Tablo IX). MKB örnekleminin %50'si kesme, çizme, kazıma ve yolma yöntemiyle kendine zarar verme davranışında bulunduğu görülmüştür (Bkz. Tablo IX).

14. Katılımcıların sigara ve/veya alkol kullanım düzeylerine ilişkin sonuçlarda; katılımcıların %61.3'ünün alkol kullanımı olduğunu belirtmiştir. KOB vakalarının %80'i, MKB vakalarının ise %42.5'i alkol kullandığını belirtmiştir. KOB ve MKB vakalarında alkol kullanımı dağılımı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. KOB vakaları, MKB vakalarında göre daha fazla alkol kullanmaktadır (Bkz. Tablo X).
15. Katılımcıların adli suç kaydı geçmişlerine ilişkin sonuçlarda; katılımcıların %33.8'inin adli suç kaydının olduğunu belirtmiş; KOB vakalarının %12.5'i ve MKB vakalarının %55'inin geçmiş öyküsünde adli suç kaydı olduğu ortaya çıkmıştır. KOB ve MKB vakalarında adli suç kaydı arasında istatiksel açıdan anlamlı fark vardır. Suç içerikleri ve suç türü incelendiğinde, MKB vakalarında narkotik suçlar ve yaralama suçları KOB vakalarına göre daha fazladır (Bkz. Tablo XI).
16. KOB vakalarının DES toplam puan ortalaması (32.35), MKB vakalarının DES toplam puan ortalamasından (25.38) istatiksel açıdan daha yüksektir; KOB vakaları, MKB vakalarına oranla daha fazla dissosiyatif yaşantılara sahiptir (Bkz. Tablo XV).
17. KOB vakalarının %65'i ile MKB vakalarının %50'sinin DES toplam puan ortalaması 25 ve üzerindedir (Bkz. Tablo XVI).
18. KOB vakalarının %45'i ile MKB vakalarının %37.5'inin DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerindedir (Bkz. Tablo XVI).

19. KOB vakalarında DES 30 kesme puanına göre oluşturulan iki grup arasında SOKTT toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. DES 30 ve üstü puanı olan KOB vakalarının kumar oynama bozukluğu belirtileri, DES 30'un altı puanı olan KOB vakalarından istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XIII).
20. KOB vakalarında DES 30 kesme puanına göre oluşturulan iki grup arasında KÜ toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. DES 30 ve üstü puanı olan KOB vakalarının karanlık üçlü kişilik özellikleri belirtileri, DES 30'un altı puanı olan KOB vakalarından istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XIII).
21. KOB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması (43.97), MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması (38.47) istatiksel açıdan daha yüksektir. KOB vakaları, MKB vakalarına oranla daha fazla çocukluk çağı travması bildirmektedir (Bkz. Tablo XV).
22. KOB vakalarının CTQ duygusal ihmal toplam puan ortalaması, MKB vakalarının CTQ duygusal ihmal toplam puan ortalamasından daha yüksektir ve iki grup arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır. Bir diğer ifade ile MKB vakaları, KOB vakalarına göre çocukluk çağında daha az duygusal ihmal bildirmektedir ve KOB ile MKB örneklemi arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo XV).
23. KOB vakalarının %75'i ile MKB vakalarının %57.5'inin CTQ toplam puan ortalaması 35 ve üzerindedir. KOB ve MKB vakalarında CTQ kesme puanına ve alt boyutlara göre frekans dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XX).
24. KOB vakalarının %52.5'i ile MKB vakalarının %42.5'inin CTQ duygusal istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 8 ve üzeridir. KOB ve MKB vakalarında CTQ duygusal istismar kesme puanına göre frekans dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XX).

25. KOB vakalarının %40'ı ile MKB vakalarının %42.5'inin CTQ fiziksel istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6 ve üzeridir. KOB ve MKB vakalarında CTQ fiziksel istismar kesme puanına göre frekans dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XX).
26. KOB vakalarının %60'ı ile MKB vakalarının %50'sinin CTQ fiziksel ihmal alt boyutu toplam puan ortalaması 8 ve üzeridir. KOB ve MKB vakalarında CTQ fiziksel ihmal kesme puanına göre frekans dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XX).
27. KOB vakalarının %55'i ile MKB vakalarının %40'ının CTQ duygusal ihmal alt boyutu toplam puan ortalaması 12 ve üzeridir. KOB ve MKB vakalarında CTQ duygusal ihmal kesme puanına göre frekans dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XX).
28. KOB vakalarının %17.5'i ile MKB vakalarının %12.5'inin CTQ cinsel istismar alt boyutu toplam puan ortalaması 6 ve üzeridir. KOB ve MKB vakalarında CTQ cinsel istismar kesme puanına göre frekans dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XX).
29. KOB ve MKB vakalarında CTQ 35 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. CTQ 35 ve üstü puanı olan KOB ve MKB vakalarının dissosiyatif yaşantıları, CTQ 35'in altı puanı olan KOB ve MKB vakalarından istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXI).
30. KOB vakalarında CTQ 35 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark

vardır. CTQ 35 ve üstü puanı olan KOB vakalarının dissosiyatif yaşantıları, CTQ 35'in altı puanı olan KOB vakalarından istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXII).

31. KOB vakalarında CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. CTQ fiziksel istismar 6 ve daha fazla puanı olan KOB vakalarının dissosiyatif yaşantıları ve belirtileri, 6'dan daha az puanı olan KOB vakalarından istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXVI).
32. KOB vakalarında CTQ fiziksel istismar 6 kesme puanına göre oluşturulan gruplar arasında South Oaks Kumar Tarama Testi toplam puan ortalamalarına göre istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. CTQ fiziksel istismar 6 ve daha fazla puanı olan KOB vakalarının South Oaks Kumar Tarama Testi puanları, 6'dan daha az puanı olan KOB vakalarından istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXVI).
33. MKB vakalarının Bağımlılık Profil İndeksi toplam puan ortalaması (87.55), KOB vakalarının Bağımlılık Profil İndeksi toplam puan ortalamasından (21.10) istatiksel açıdan daha yüksektir. Bu bulgu, MKB vakalarının Bağımlılık Profil İndeksi puanı, madde ile ilişkili bozuklukların özelliklerinden olan tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri vb. açısından daha yüksek ve fazla olması ile açıklanmaktadır (Bkz. Tablo XV).
34. KOB vakalarının SOKTT toplam puan ortalaması (11.92), MKB vakalarının SOKTT toplam puan ortalamasından (0.67) istatiksel açıdan daha yüksektir. Bu bulgu, KOB vakalarının South Oaks Kumar Tarama Testi puanın yüksek olması, kumar oynama ve oyunlarının özelliklerinden olan kayıp-kazanç, borç ve saklama-gizleme eğilimi açısından daha yüksek ve fazla olması ile açıklanmaktadır (Bkz. Tablo XV).
35. KOB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalaması (54.22), MKB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamasından (36.67) istatiksel açıdan

daha yüksektir. Bir diğer ifade ile KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha yüksek düzeyde karanlık üçlü kişilik özelliklerine sahiptir (Bkz. Tablo XV).

36. KOB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Makyavelizm alt boyutu toplam puan ortalaması (18.07), MKB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Makyavelizm alt boyutu toplam puan ortalamasından (11.80) istatiksel açıdan daha yüksektir. Bir diğer ifade ile KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha şiddetli düzeyde makyavelist kişilik özelliklerine sahiptir (Bkz. Tablo XV).
37. KOB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Narsisizm toplam puan ortalaması (23.42), MKB vakalarının Karanlık Üçlü Ölçeği Narsisizm toplam puan ortalamasından (13.90) istatiksel açıdan daha yüksektir. Bir diğer ifade ile KOB vakaları, MKB vakalarına göre daha yüksek düzeyde narsisistik kişilik özelliklerine sahiptir (Bkz. Tablo XV).
38. KOB vakaları, MKB vakalarına göre hem daha fazla toplumdaki diğer bireyleri amaçları doğrultusunda kullanma, kandırma ve manipüle etme davranışları sergilemekte hem de narsisistik onay alma arzusu, değişken öz saygı, kısa vadeli popülerlik sağlama isteği, yüksek statü beklentisi, liderlik pozisyonlarına yönelik hedeflere çabalama, uzun süreli ilişkileri sürdürememe ve uyumsuzluk gibi davranışları sergilemektedir.
39. Çalışmamızda KOB ve MKB vakaları aylık gelir düzeyine göre iki gruba ayrılmış ve Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan grupta Karanlık Üçlü Ölçeği puan ortalamalarının istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu (50.97); gelir düzeyi düşük olan grupta ise Karanlık Üçlü Ölçeği puan ortalamalarının (40.69) istatiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (Bkz. Tablo XXXII). KOB ve MKB vakalarının gelir düzeyleri arttıkça, karanlık üçlü kişilik özelliklerinin sıklık ve yaygınlık düzeyi yükselmektedir.

40. Çalışmamızda KOB ve MKB vakaları aylık gelir düzeyine göre iki gruba ayrılmış olup; BAPİ ortalamaları karşılaştırılmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan KOB ve MKB vakalarının BAPİ puan ortalamaları (35.51), gelir düzeyi düşük olan KOB ve MKB vakalarının BAPİ puan ortalamalarına (70.51) göre istatiksel açıdan anlamlı düzeyde düşüktür (Bkz. Tablo XXXII).
41. Çalışmamızda KOB ve MKB vakaları aylık gelir düzeyine göre iki gruba ayrılmış olup; SOKTT ortalamaları karşılaştırılmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan KOB ve MKB vakalarının SOKTT puan ortalamaları (8.75), gelir düzeyi düşük olan KOB ve MKB vakalarının SOKTT puan ortalamalarına (4.18) göre istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir (Bkz. Tablo XXXII).
42. KOB ve MKB vakaları annesiyle ilişkisi iyi olan ile annesiyle ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Annesiyle ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması (44.96), annesiyle ilişkisi iyi olan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalamasından (38.59) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXXIV).
43. KOB ve MKB vakaları babasıyla ilişkisi iyi olan ile babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması (45.18), babasıyla ilişkisi iyi olan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalamasından (34.96) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXXV).
44. KOB ve MKB vakaları babasıyla ilişkisi iyi olan ile babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan veya ilişkisi olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Babasıyla ilişkisi orta ve kötü olan

veya ilişkisi olmayan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının DES toplam puan ortalaması (31.69), babasıyla ilişkisi iyi olan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının DES toplam puan ortalamasından (24.41) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXXV).

45. KOB ve MKB vakaları çocukluk çağı döneminde aile içi şiddete maruz kalan ile kalmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Aile içi şiddete maruz kalan grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması (47.23), aile içi şiddete maruz kalmayanlar grubunda yer alan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan otalamasından (36.78) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXXVI).
46. Aile içi şiddet bildiren KOB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddet bildirmeyen KOB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo XXXVII).
47. Aile içi şiddet bildiren KOB vakalarının SOKTT toplam puan ortalaması ile aile içi şiddet bildirmeyen KOB vakalarının SOKTT puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo XXXVII).
48. Aile içi şiddet bildiren MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddet bildirmeyen MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo XXXVIII).
49. Aile içi şiddet bildiren MKB vakalarının DES toplam puan ortalaması ile aile içi şiddet bildirmeyen MKB vakalarının DES toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo XXXVIII).
50. KOB ve MKB vakaları çocukluk çağı döneminde aile içi şiddete tanık olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Aile içi şiddete tanık olan KOB ve MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması (44.86), aile içi şiddete tanık olmayan KOB ve MKB vakalarının

CTQ toplam puan ortalamasından (37.92) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XXXIX).

51. MKB vakaları çocukluk çağı döneminde aile içi şiddete tanık olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Aile içi şiddete tanıklık olan MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması ile aile içi şiddete tanık olmayan MKB vakalarının CTQ toplam puan ortalaması arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (Bkz. Tablo XLI).
52. KOB ve MKB vakaları alkol kullanımı olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Alkol kullanımı olmayan KOB ve MKB vakalarının BAPİ toplam puan ortalaması (65.70), alkol kullanımı olan KOB ve MKB vakalarının BAPİ toplam puan ortalamasından (47.12) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XLV).
53. KOB ve MKB vakaları alkol kullanımı olan ile olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Alkol kullanımı olan KOB ve MKB vakalarının SOKTT toplam puan ortalaması (7.67), alkol kullanımı olmayan KOB ve MKB vakalarının SOKTT toplam puan ortalamasından (4.12) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XLV).
54. KOB ve MKB vakalarında CTQ toplam puanı ile DES toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki [r=.293; p=.008] vardır (Bkz. Tablo XLVI).
55. KOB ve MKB vakalarında CTQ Duygusal İstismar toplam puanı ile DES toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki [r=.271; p=.015] vardır (Bkz. Tablo XLVI).
56. KOB ve MKB vakalarında CTQ Duygusal İhmal toplam puanı ile DES toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki [r=.242; p=.030] vardır (Bkz. Tablo XLVI).

57. KOB ve MKB vakalarında CTQ duygusal istismar toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.241; p=.031] vardır (Bkz. Tablo XLVI).
58. KOB ve MKB vakalarının bulunduğu yaş ile BAPİ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=-.516; p=.000]; yaş ile SOKTT toplam puanı arasında ise pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.417; p=.000] vardır (Bkz. Tablo XLVI). Bir diğer ifadeyle madde kullanımı genç yaşlarda fazla görülmekte iken, patolojik kumar oynama davranışı ise daha çok ileri yaşlarda bildirilmektedir.
59. KOB ve MKB vakalarında DES toplam puan ortalaması ile Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.313; p=.005]; DES toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği Makyavelizm toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.272; p=.015]; DES toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği Psikopati toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.260; p=.020]; DES toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği Narsisizm toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki [r=.224; p=.046] vardır (Bkz. Tablo XLVI).
60. KOB vakalarının DES toplam puanı ile SOKTT toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki [r=.340; p=.032] vardır (Bkz. Tablo XLVII).
61. KOB vakalarının SOKTT toplam puanı ile Karanlık Üçlü Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki [r=.383; p=.013] vardır (Bkz. Tablo XLVII).
62. MKB vakalarının BAPİ toplam puanı ile DES toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki [r=.317; p=.046] vardır (Bkz. Tablo XLVIII). MKB vakalarında dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyojen belirtiler arttıkça, madde ile ilişkili

bozuklukların özelliklerinden olan tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri ve kayma gibi bağımlılık belirtileri de artmaktadır.

63. KOB vakalarında duygusal istismarın, bağımlı değişken olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarındaki toplam varyansın %11'ini açıkladığı [R=.341; R^2=.116]; KOB vakalarında ise duygusal istismarın [t=2.233; p=.032] dissosiyatif yaşantılar üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XLIX).
64. KOB vakalarında duygusal istismarın, bağımlı değişken olan Karanlık Üçlü Ölçeği puanlarındaki toplam varyansın %12'sini açıkladığı [R=.350; R^2=.123]; KOB vakalarında ise duygusal istismarın [t=2.305; p=.027] karanlık üçlü kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo L).
65. MKB vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarının, bağımlılık özellikleri ve düzeyi bağımlı değişkeninde varyansın toplam %11'ini açıkladığı [R=.340; R^2=.116]; MKB vakalarında dissosiyatif yaşantıların [t=2.229; p=.032] madde bağımlılığı düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulgulanmıştır (Bkz. Tablo LI).

Doktora tez çalışmamızda, kumar oynama bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişki modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden değerlendirilmiştir. Bu odakta gelecekteki çalışmalar adına temel bulgularımız ekseninde detaylı bir şekilde yapılandırılan öneriler aşağıda yer almaktadır:

I. Doktora tez çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü ve Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Merkezi (AMBAUM)'ne başvuran madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu vakalarıyla gerçekleştirilmiştir. Birden çok bölgede/şehirde yaşayan

madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu vakalarının katılımıyla ulusal veya uluslararası boyutta geniş örneklemi olan bir araştırma yürütülebilir.

II. Türkiye'de kumar oynama bozukluğu örneklemi ile gerçekleştirilen bilimsel çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Kumar oynama bozukluğu vakalarıyla çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar odaklı daha fazla psikotravmatoloji temelli araştırmalar yapılmalıdır. Kumar oyunlarının ulaşılabilirliğinin artmasıyla kumar oynama bozukluğunun ülkemizin gelecekteki en önemli psikiyatrik tanılarından biri olacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda patolojik kumar oynamanın önüne geçilmesi adına hem kurumsal hem de bireysel önleme stratejilerinin etkin bir şekilde geliştirilmesi öncül bir öneme sahiptir.

III. Kumar ve madde bağımlılığı, dissoanalitik kuram açısından öznenin travmatik yaşantılarını özellikle çocukluk çağı travmalarını nötralize etme çabası olarak başlar ve bir psikopatolojiye dönüşür. Çocukluk çağı travmalarının, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve psikotoplumsal baskılar ile yakın ilişki dinamikleri bulunmaktadır. Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanalitik ekole göre, çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının azaltılması ve sonlandırılması adına ebeveynler; istismar, şiddet ve ihmal gibi her türlü travmatik yaşantının psikotoplumsal sonuçları hakkında ivedilikle bilinçlendirilmelidir. Sağlıklı nesiller yaratabilmek adına kitlesel boyutta Öztürk'ün *"Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"* uygulanarak hem *"pozitif çocuk algıları*" yaratılmalı; kısa ve uzun dönemli *"çocukluk çağı travmaları önleme stratejileri"* geliştirilmelidir. Kurumsal eksende gerçekleştirilebilecek sistematik müdahaleler kapsamında anne/baba olmaya karar veren evli çiftlere; fiziksel ve duygusal şiddetin bir disipline etme yöntemi olarak kullanılmadığı empati odaklı doğru çocuk yetiştirme

stilleri, fonksiyonel iletişim dinamikleri ve çocukların travmatik yaşantılara maruz kalmamalarını hatta onların kendilerini örseleyici yaşantılardan korumaları odaklı kapsamlı psikoeğitim çalışmaları yapılmalıdır.

IV. Madde bağımlığının tanı ve tedavisinde, ruh sağlığı hizmetine erişim sağlama ve psikoterapiyi sürdürme motivasyonun arttırılması adına travma terapistleri, dissoanalistler ve psikotravmatologlar etkin bir çaba göstermelidir.

V. Kumar oynama bozukluğu için tanı ve tedavi birimleri oluşturulmalı, davranışsal bağımlılık eğitimleri, grup psikoterapileri ve travma odaklı psikoterapileri kapsayan eklektik ruhsal tedavi yaklaşımları geliştirilmelidir. Bu psikoterapiler, psikoeğitimler; dissoanalistler, psikotravmatologlar ve klinik psikologlar tarafından yürütmeli ve terapötik sürece dahil olan vakaların gizliliği-mahremiyeti korunarak travma merkezli tedavi süreci en kısa sürede sonlandırılmalıdır.

VI. Patolojik kumar oynama davranışı olan bireyler ruhsal tedavi konusunda genellikle çekince duymakta ve bu durum, psikoterapilere düşük katılım sağlamalarına yol açmaktadır. Uluslararası ve ulusal sağlık kurum ve kuruluşlarında *"Davranışsal Bağımlılık Poliklinikleri"* kurulmalı ve psikiyatristler ile klinik psikologlar bu polikliniklerde koordineli şekilde çalışmalıdır.

VII. Tüm bağımlılıklar aile ile düşük ya da yüksek oranda ilişkili psikiyatrik bozukluklardır. Aile ve ebeveynler, madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu konularında bilinçlendirilmeli ve aileler ruhsal tedavi sürecine dahil edilmelidir. Ebeveynlere doğru çocuk yetiştirme stillerinin, bağımlılığın önlenmesi üzerindeki olumlu etkisi optimal şekilde anlatılmalıdır. Ailelerde bağımlılığa ilişkin gelişen farkındalık, vakaların tedavi sürecine pozitif katkı sağlayabilir.

VIII. Kumar ve madde bağımlılığı açısından çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar üzerinde önemle durulması gereken en temel psikojen fenomenlerdir. Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı temel alınarak; madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu vakalarında travma ve dissosiyasyon odaklı kısa dönemli ve krize müdahale özelliği bulunan psikoterapiler gerçekleştirilmelidir. Ayrıca kumar oynama bozukluğu ve alkol/madde kullanım bozukluğu vakalarının psikoterapilerinde travmatik yaşantıları önleme stratejilerine de mutlaka odaklanılmalıdır.

IX. Bireylerin yaşı madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu için önem arz etmektedir, yaş arttıkça madde ile ilişkili bozuklukların yaygınlık ve sıklığı azalmakta ancak yine yaş arttıkça kumar oynama bozukluğunun yaygınlık ve sıklığı ise artmaktadır. Bu bulgu bize göstermektedir ki, genç veya genç yetişkinlik dönemindeki kişiler bağımlılık açısından risk altındadır. Öncelikle ortaöğretim ve lise düzeyindeki okullarda -özellikle yüksek öğretim kurumlarında- bağımlılık ile ilgili seminerler, öğrenim düzeylerine göre öğrencilerin farkındalıklarını arttıracak grup etkinlikleri ve eğitimleri planlanmanın toplumun geleceği adına olumlu psikotoplumsal sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

X. Doktora tez çalışmamız, etiyolojisinde majör bir faktör olarak çocukluk çağı travmaları bulunan madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu vakalarının adalet sistemindeki önemini fark etmek, mağduriyet riskini azaltmak, adli sistemde suç ile ilişkili psikopatolojiler odaklı bilimsel farkındalığı arttırmak, suç isnat edilen bireylerin infaz süresi tamamlandıktan sonra toplumsal açıdan risk yaratıp yaratmayacağını belirlemek ve cezai sorumluluğu daha güvenilir ve daha doğru değerlendirmek adına katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKÇA

Akcan, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif temel belirtiler ve temel psikoterapötik yaklaşımlar. Öztürk, E. (Ed.). *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde (20-30). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi, 1(2),* 169-184.

Aktürk, İ., Karaman, H., & Yaman, Ö. M. (2023). Kumar oynama davranışını sürdürmedeki pozitif pekiştireçler ve yaşantısal kaçınmanın rolüne dair nitel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 26(1),* 251-274.

Alavi, S. S., Maracy, M. R., Jannatifard, F. & Eslami, M. (2011). The effect of psychiatric symptoms on the internet addiction disorder in Isfahan's University students. *Journal of Research in Medical Sciences, 16,* 793–800.

Aldemir, S. & Tan, S. (2011). Travma ve bağımlılık sendromları. *Yeni Tıp Dergisi, 28(4),* 198–202.

Alpay, N., Karamustafalıoğlu, N., & Kükürt, R. (1995). Madde bağımlılarında suç. *Düşünen Adam Dergisi, 8,* 6-17.

Altıntaş, M. (2018). Kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda anksiyete, depresyon, ruminasyon ve dürtüsellik. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 43(3),* 624-633.

Altıntoprak, A., Akgür, S., Kitapçıoğlu, G., Yüncü, Z., & Coşkunol, H. (2014). Denetimli serbestlik olgularının retrospektif analizi: Sosyodemografik özellikler, bireysel ve ailesel bağımlılık ve suç öyküleri ile tedavi yanıtları. *Bağımlılık Dergisi, 15(1),* 1-9.

Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., & Akgül., A. (2009). Madde kullanımı ve suç ilişkisi: Kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, *7(2),* 87-94.

American Psychiatric Association (APA). (2013). DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB Yayıncılık. (Orijinal eserin basım tarihi, 2013).

Arcan, K. (2020). Turkish version of the Problem Gambling Severity Index (PGSI-T): Psychometric properties among the university students. *The Turkish Journal on Addictions***,** *7,* 90-98.

Asan, Ö., Tıkır, B., Tuncer Okay, İ., & Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri**.** *Bağımlılık Dergisi*, *16(1),* 1-8.

Aslan, M., & Hocaoğlu, C. (2015). Evaluation of probation implementations in training and research hospital. *Adli Tıp Bülteni*, *20(3),* 138-143.

Ayar, E. (2019). Toplumdışı (antisosyal) kişilik bozukluğunda sosyal biliş becerileri ile yaşantısal kaçınma ve perspektif alma süreçleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Tez No. 607291). [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Ayar, E., & Ayar, Y. (2021). Ruhsal bozukluklarda suça yönelim: Derleme. *Abant Journal of Health Sciences and Technologies, 1(2),* 83-91.

Ayar, E., & Celbiş, O. (2023). Savaş, terör, travma ve dissosiyasyon. Öztürk, E. (Ed.). *Savaş Psikolojisi* içinde (104-112). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Babayiğit, B. (2018). Kumar oynama ve kumar oynanması için yer ve imkân sağlama fiilleri. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 34,* 283-315.

Back, S., & Lips, H. M. (1988). Child sexual abuse: Victim age, victim gender and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse & Neglect, 22(12),* 1239-1252.

Back, S.N., Flechsenhar, A., Bertsch, K., & Zettl, M. (2021). Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry Reports, 23(9),* 60.

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu [BMYK] (2022). Davranışsal bağımlılık. 18.04.2022 tarihinde https://bmyk.gov.tr/TR-67183/davranissal-bagimlilik.html adresinden alındı.

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

Baskak, İ. (2023). Çocuğa yönelik duygusal istismar. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 3(1),* 61-72.

Batmaz, M., & Öncü, F. (2020). Türk adli psikiyatrisinde davranışsal bağımlılıklar: Gelecek ve uzmanın rolü. Evren, C. (Ed.). *Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı* içinde (596-606). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Bayraktar, S. (2018). Ruhsal travma, dissosiyasyon ve posttravmatik stres bozukluğu. Öztürk, E. (Ed.). *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde (1-7). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research, 95(1-2),* 136-147.

Bennett,T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour, 13,* 107-118.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174(12),* 727-737.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry, 151(8*), 1132-1136.

Bernstein, D. P. (2000). Childhood trauma and drug addiction. *Alcoholism Treatment Quarterly.18(3),* 19–30.

Bhalla, I. P., Stefanovics, E. A, & Rosenheck, R. A. (2017). Clinical epidemiology of single versus multiple substance use disorders: Polysubstance use disorder. *Medical Care, 55(9),* 24-32.

Biçer, Ü., Tırtıl, L., Kurtaş, Ö., & Aker, T. (2009). Adli psikiyatri. *Klinik Gelişim Dergisi,* 127-132.

Biçer, Ü., Tırtıl, L., Kurtaş, Ö., & Aker, T. (2011). *Adli psikiyatri*. Koç, S. & Can, M. (Ed.), İstanbul: Birinci Basamakta Adli Tıp.

Bilgiç, S. (2011). Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]) (2021). https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html, adresinden 06.07.2022 tarihinde alındı.

Black, D. W., Shaw, M., McCormick, B., & Allen J. (2013). Pathological gambling: Relationship to obesity, self-reported chronic medical conditions, poor lifestyle choices, and impaired quality of life. *Comprehensive Psychiatry (Online), 54(2),* 97–104.

Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *British Journal of Addiction*. *97(5),* 487–499.

Blum, A. W., & Grant, J.E. (2017). Behavioral addictions and criminal responsibility. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *45(4),* 464-471.

Boles, S.M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 8(2),*155-74.

Bozkurt, M. (2020). Dünden bugüne kumar oynama bozukluğun. Evren, C. (Ed.). *Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı* içinde (89-121). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Bulut, S., & Karaman, H. B. (2018). Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, *19(2),* 277-301.

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

Cabanis, M., Outadi, A., & Choi, F. (2021). Early childhood trauma, substance use and complex concurrent disorders among adolescents. *Current Opinion in Psychiatry, 34(4),* 393-399.

Campbell, A. M., & Hibbard, R. (2014). More than words: The emotional maltreatment of children. *Pediatric Clinics of North America, 61 (5),* 959-970.

Can, M., Tırtıl, L., & Dokgöz, H. (2011). *Cinsel istismar olgularında hekim sorumluluğu.* Koç, S. & Can, M. (Ed.), İstanbul: Birinci Basamakta Adli Tıp.

Canan, F., & North, C. S. (2019). Dissociation and disasters: A systematic review. *World Journal of Psychiatry, 9(6),* 83-98.

Cansız, E. (2021). 3-6 Yaş arası çocuğa sahip annelerin duygusal istismar potansiyelleri ile ebeveyn öz yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Temel Eğitim Anabilim Dalı Okul Öncesi Eğitimi Bilim Dalı.

Cheron, J. & Kerchove d'Exaerde, A. D. (2021) Drug addiction: From bench to bedside. *Translational Psychiatry, 11(1),* 424.

Clayton, E., Jones, C., Brown, J., & Taylor, L. (2018). The aetiology of child sexual abuse: A critical review of the empirical evidence. *Child Abuse Review, 27(7*), 181–197.

Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., & Hare, R.D. (2009). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry, 32(2),* 65-73.

Colins, O. F., Andershed, H., & Pardini, D. A. (2015). Psychopathic traits as predictors of future criminality, intimate partner aggression and substance use in young adult men. *Journal of Law and Human Behavior, 39(6),* 547-558.

Coşkun, İ. (2017). Psikopatolojinin kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımı ile ilişkisi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Cowlishaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., & Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46(2),* 98-105.

Çakıcı, M., Çakıcı, E., Karaaziz, M., & Babayiğit, A. (2019). KKTC'de kumar yaygınlığı, risk etkenleri ve kültür tutumları ile ilişkisi: 2007-2014, *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20(4),* 395-403.

Çakmak, S., & Tamam, L. (2018). Kumar oynama bozukluğu: Genel bir bakış. *Bağımlılık Dergisi, 19(3),* 78-97.

Çetin Şeker, B., Dinç, M., Işık, S. & Ögel, K. (2019). Bağımlı olgularda ruhsal travma görülme sıklığı ve görünümü. *The Turkish Journal on Addictions, 6(2),* 315-336.

Çöpoğlu, Ü. S., Bülbül, F., & Kokaçya, M. H. (2014). Adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, madde kullanım durumları, sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Yeni Symposium Journal, 52(1),* 1-6.

Darçın, A. E., Nurmedov, S., Noyan, C. O., Yılmaz, O., & Dilbaz, N. (2015). Özel bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastalarda psikiyatrik eş tanının bağımlılığın seyri ile ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi, 28*,196-203.

deMause, L. (1997). The psychogenic theory of history. *Journal of Psychohistory, 25(2),* 112.

deMause, L. (1998). The history of child abuse. *Journal of Psychohistory, 25,* 216-236.

Demir, F. B. (2019). Madde kullanım bozukluğu tanısı almış yetiştin bireylerde, bağımlılık şiddeti ile bağlanma biçimleri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki: Elazığ örneklemi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Demirbaş, H. (2021). *Kumar bağımlılığı. Alkol Dışı Madde Kullanımı ve Bağımlılığı*. (Birinci Basım) Ankara: Nobel Yayıncılık.

Delisi M, Tostlebe J, Burgason K, Heirigs M, & Vaughn M. (2018). Self-control versus psychopathy: A head-to-head test of general theories of antisociality. *Youth Violence and Juvenile Justice, 16(1),* 53-76.

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

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda (borderline) kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3(3),* 29-41.

Derin, G., & Öztürk, E. (2020). Savaş ve terörizm: Psikotravmatolojik temelli teorik bir yaklaşım. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 6 (1),* 11-36.

Derin, G., Okudan, M., & Aşıcıoğlu, F. (2021). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında ailevi risk faktörleri. Öztürk, E. (Ed.). *Aile Psikopatolojisi* içinde (118-126). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Deveci, A. (2020). Davranışsal bağımlılıklara giriş. Evren, C. (Ed.). *Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı* içinde (1-13). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Dinç, M. (2014). Eylemsel bir bağımlılık: Kumar. *Küçümsenen büyük tehlike: Kumar ve şans oyunları* içinde (21-32). *Yeşilay Dergisi, 967*, 21-32.

Dinçmen, K. (1991). Psikiyatri. *Cep Üniversitesi*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Dokgöz, H., & Polat, O. (2020). Çocuk istismarı ve ihmali. Dokgöz, H. (Ed.) *Adli Tıp ve Adli Bilimler* içinde (376-416). Ankara: Akademisyen Yayınevi

Doksat, K. (2003). Mizaç, karakter, kimlik, kişilik, duygudurum ve duygulanım nedir? *Birinci basamak için psikiyatri*, *2(2).*

Dudeck, M., Spitzer, C., Stopsack, M., Freyberger, H., & Barnow, S. (2007). Forensic inpatient male sexual offenders: The impact of personality disorder and childhood sexual abuse. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 18(4),* 494-506.

Duman, M. Z. (2021). Van'da madde kullanımı ve bağımlılığını etkileyen ailesel faktörler. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 45*, 313-336.

Duran R., & Duran C. (2021). İstismarın çocuk üzerindeki psiko-sosyal etkileri ve çocuk istismarı ile madde kullanma ilişkisinin değerlendirilmesi. *Doğu Anadolu Sosyal Bilimlerde Eğilimler Dergisi*, *5(2),* 39-53.

Durmuşoğlu Saltalı, N. (2015). Çocuk istismarı ve ihmali. Yıldırım Doğru, S. (Ed.). *Çocuk Hakları ve Koruma / Aile Refahı ve Koruma* içinde (61-107). Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık.

Duvarcı, İ., & Varan, A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe formu güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *12 (1),* 34-45.

Erim, O. S., Erdoğan, B., & Doğangün, B. (2022). Psikotravmatolojinin duayeni Pierre Janet ve psikolojik analiz yöntemi. Öztürk, E. (Ed.). *Psikotravmatoloji*. içinde (95-101). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Evren, C. (2020). *Davranışsal bağımlılıklar temel başvuru kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Evren, C. & Bozkurt, M. (2016). Kumar oynama bozukluğunda tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(3).*

Evren, C., & Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance- dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence, 80(1),*15-22.

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.

Faller, K. C. (1988). Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, Case Management and Treatment. Columbia University Press.

Faraji, H., & Dağ, E. D. (2022). Kumar bağımlılığı ve intihar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry, 2(2),* 184-200.

Fong, D., & Ozorio, B. (2005). Gambling participation and prevalence estimates for pathological gambling in a Far East gambling city: Macao. *UNLV Gaming Research & Review Journal, 9(2),* 15-28.

Geniş, B., & Aksu, H. (2020). İntihar girişimi ile acil servise başvuran kumar bağımlılığı olgusu. *Bağımlılık Dergisi, 21(1),* 92-98.

George, S., & Murali, V. (2005). Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Advences Psychiatry Treatment, 11(6),* 450-456.

Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction, 85 (11),* 1403-1408.

Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues, 15(4),* 493-500.

Gördeles Beşer, N., Baysan Arabacı, L., Uzunoğlu, G., Bilaç, Ö., & Ozan, E. (2019). Suça itilmiş ergenlerde ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmalarının belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri, 22*, 219-227.

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry, 99*, 1–6.

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2022) Illegal behaviors as a consequence of gambling disorder. *The American Journal on Addictions, 32(1)*, 40-46.

Grover, S., Dua, D., Sahoo, S., & Chakrabarti, S. (2021). Profile of patients seen in the emergency setting: A retrospective study involving data of 5563 patients. *Journal of Mental Health and Human Behaviour, 26(1),* 40–48.

Griffiths, M. (1996). Nicotine, tobacco and addiction. *Nature, 384(6604),*18.

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

Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe-yöntem-analiz*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Güven, M., & Gülengöz, M. (2020). Kumar oynama bozukluğunun bilişsel davranışçı terapisi. Evren, C. (Ed.). *Davranışsal Bağımlılıklar Temel Başvuru Kitabı* içinde (127-158). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly, 70*, 181-197.

Hart, S. D., & Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22–35). John Wiley & Sons Inc.

Hastings, M. E., Tangney, J. P., & Stuewig, J. (2008) Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences, 44(7),* 1474-1483.

Havaçeliği Atlam, D., & Şaşman Kaylı, D. (2019). Bağımlılıkta riskli bir durum: Suç davranışı. Yüncü, Z. (Ed). *Ergen Bağımlılığı* (içinde 11-17). Ankara: Türkiye Klinikleri

Herman, J.L. (2016). Travma ve iyileşme. İstanbul: Literatür Yayınları.

Herron, J. L., & Venner, K. L. (2023) A systematic review of trauma and substance use in american indian and alaska native individuals: Incorporating cultural considerations. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 10 (2),* 603-632.

Hodgins, D.C., Stea, J.N., & Grant, J.E. (2011). Gambling disorders. *Lancet, 378 (9806),* 1874-1884.

Hodgins, D. C., Schopflocher, D. P., el-Guebaly, N., Casey, D. M., Smith, G. J., Williams, R. J., & Wood, R. T. (2010). The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychology of Addictive Behaviors, 24(3),* 548–554.

Ignaszewski, M. J. (2021). The epidemiology of drug abuse. *The Journal of Clinical Pharmacology, 61(2),* 10-17.

Irfan, R., Latif, S., & Noor, N. (2022). Dark triad, risk propensity and interpersonal relationship satisfaction in clients with substance use disorder. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 72(3*), 444-447.

Imperatori, C., Innamorati, M., Bersani, F. S., Imbimbo, F., Pompili, M., & Contardi, A. (2017). The association among childhood trauma, pathological dissociation and gambling severity in casino gamblers. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24(1),* 203–211.

Jacobs, D. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior, 4(1),* 27-37.

Jauk, E. & Dieterich, R. (2019). Addiction and the dark triad of personality. *Frontiers in Psychiatry 10,* 662.

Jonason, P. K., & Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment, 22(2),* 420-432.

Jonason, P. K., Lyons, M., & Blanchard, A. (2015). Birds of a “bad” feather flock together: The Dark Triad and mate choice. *Personality and Individual Differences, 78,* 34–38.

Jones, A. W., Kugelberg, F. C., Holmgren, A., & Ahlner, J. (2008). Occurrence of ethanol and other drugs in blood and urine specimens from female victims of alleged sexual assault. *Forensic Science International, 181(1-3),* 40-46.

Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2009). Machiavellianism. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (93–108), The Guilford Press.

Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2010). Different provocations trigger aggression in narcissists and psychopaths. *Social Psychological and Personality Science, 1(1),* 12–18.

Kabene, S.M., Balkir Neftci, N., & Papatzikis, E. (2022). Dissociative identity disorder and the law: Guilty or not guilty? *Frontiers in Psychology*, *13*, 891-941.

Kapucı, O. (2020). Opiyat kullanım bozukluğu hastaları ile kumar oynama bozukluğu hastalarının yönetici işlevler yönünden karşılaştırılması [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Kara, Ö., Çalışkan, D., & Suskan, E. (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Araştırmaları Arşivi*, *49*, 57-65.

Karakartal, D. (2020). Uyuşturucu madde bağımlılığı ve suç ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 6 (14),* 614 – 623.

Karaaziz, M., & Erdem Atak, İ. (2013). Narsisizm ve narsisizmle ilgili araştırmalar üzerine bir gözden geçirme. *Nesne Psikoloji Dergisi, 1(2),* 44-59.

Karakehya, H. (2013). Kumar oynanması için yer ve imkân sağlama suçu. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 19(2),* 699-713.

Karasar, N. (2011). Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Nobel Yayınları.

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.

Kaya, F. Ş., & Başkan, A. (2020). Kumar oynama motivasyonunun iç-dış kontrol odağı ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi, 21(3),* 210-222.

Kazğan, A., Yıldız, S., Tabara, M. F., & Atmaca, M. (2021). Kumar oynama bozukluğunda metabolik sendrom ve dürtüsellik ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi, 22(3),* 257-265.

Kedare, J. S., Baliga, S. P., & Kadiani, A. (2023). Clinical practice guidelines for assessment and management of dissociative disorders presenting as psychiatric emergencies. *Indian Journal of Psychiatry, 65(2),* 186-195.

Kendi, Ö., Bogenç, A., Bilge, Y., Acar, K., & Tunalı, İ. (1998). İki antisosyal kişilik bozukluğu vakasının adli tıp yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 47(1-4),* 163-170.

Khantzian, E. J. (1997). The self- medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4(5),* 231-244.

Kiehl, K. A, & Hoffman, M. B. (2011). The criminal psychopath: History, neuroscience, treatment, and economics. *Jurimetrics Journal of Law, Science and Technology, 51*, 355-397.

Kowalski, C. M., Rogoza, R., Saklofske, D. H., & Schermer, J. A. (2023). Dark triads, tetrads, tents, and cores: Why navigate (research) the jungle of dark personality models without a compass (criterion)? *Acta Psychologica*, *221*, 103455.

Korvuo, T., Palomaki, J., & Castren, S. (2023). Dissociative experiences reduce online problem gambling treatment effectiveness. *Comprehensive Psychiatry*, *127,* 152414.

Koyu, E. (2021). Kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sıklığı ve DEHB eş tanısının kumar oynama nedenleri ve kumar oynama davranışı üzerine etkisi [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi], Sağlık Bakanlığı Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Köksoy, V. S., Öncü, E., & Güven, Y. (2019). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama sıklığı ve heyecan arama davranışı ile ilişkisi. *The Turkish Journal on Addictions*, *6,* 69–90.

Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 9(1),* 14.

Kuğu, N., Akyüz, G., Erşan, E., & Doğan, O. (2000). Sanayi bölgesinde çalışan çıraklarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1),* 19-25.

Kumar Pandit, P., Tiwari, H., Kumar Sharma, G., Chandrul, K. (2022). Drug addiction: A big challenge for youth. *International Journal of Research Publication and Reviews, 3(7),* 1689-1693.

Kundakçı, T., Şar, V., Kızıltan, E., Yargıç, I. L. & Tutkun, H. (2014). Reliability and validity of the turkish version of the structured clinical interview for DSM–IV dissociative disorders (SCID-D): A preliminary study. *Journal of Trauma & Dissociation, 15(1),* 24-34.

Leino T., Torshelm, T., Griffith, M. D., & Pallasen, S. (2023). The relationship between substance use disorder and gambling disorder: A nationwide longitudinal health registry study. *Scandinavian Journal of Public Health, 51,* 28-34.

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identificaiton of pathological gamblers. *The American Journal of Psychiatry, 144(9),* 1184-1188.

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, L., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the Dissociative Experiences Scale. *The American Journal of Psychiatry*. *175(1),* 37-46.

Livingstone, C., & Rintoul, A. (2021). Gambling-related suicidality: Stigma, shame, and neglect. *The Lancet Public Health, 6(1),* 4-5.

Lloyd, J., Doll, H., Hawton, K., Dutton, W. H., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., & Rogers, R. D. (2010). How psychological symptoms relate to different motivations for gambling: An online study of internet gamblers. *Biological Psychiatry*, *68(8),* 733-740.

Lynam, D. R., & Gudonis, L. (2005). The development of psychopathy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 381-407.

Mann, K., Kiefer, F., Schellekens, A., & Dom, G. (2017). Behavioural addictions: Classification and consequences. *European Psychiatry, 44*, 187-188.

Martins, S. S., Storr, C. L., Lee, G. P., & Lalongo, N. S. (2013). Environmental influences associated with gambling in young adulthood. *Journal of Urban Health: Bulletin of The New York Academy of Medicine, 90(1),* 130-140.

Maxfield, M. G., & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 150(4),* 390-395.

McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: Advances in assessment and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19(3),* 283-304.

McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F., & Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *The American Journal of Psychiatry*, *141(2*), 215-258.

McWilliams, N. (2017). *Psikanalitik tanı, klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Metcalf, O., Lawrence-Wood, E., Baur, J., Van Hooff, M., Forbes, D., O'Donnell, M., Sadler, N., Hodson, S., Benassi, H., Varker, T., Battersby, M., McFarlane, A. C., & Cowlishaw, S. (2022) Prevalence of gambling problems, help-seeking, and relationships with trauma in veterans. *Public Library of Science, 17(5),* e0268346.

Moore, L. H., & Grubbs, J. B. (2021). Gambling disorder and comorbid PTSD: A systematic review of empirical research. *Addictive Behaviors, 114,* 106713.

Moreira, D., Azeredo, A., & Dias, P. (2023). Risk factors for gambling disorder: A systematic review. *Journal of Gambling Studies, 39(2),* 483-511.

Najavits, L. M., Ledgerwood, D. M., & Afifi, T. O. (2023). A randomized controlled trial for gambling disorder and PTSD: Seeking safety and CBT. *Journal of Gambling Studies, 39(4),* 1865-1884.

Nautiyal, K. M., Okuda, M., Hen, R., & Blanco, C. (2017). Gambling disorder: An integrative review of animal and human studies. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1394(1),* 106-127.

O'Boyle, E. H., Forsyth, D. R., Banks, G. C., & McDaniel, M. A. (2012). A meta-analysis of the Dark Triad and work behavior: a social exchange perspective. *The Journal of Applied Psychology, 97(3),* 557-579.

Odacı, H., Türkkan, T. (2021). Cinsel istismar şüphesi bulunan çocukla görüşme: Öğretmenler ve okul psikolojik danışmanları nasıl davranmalı ve neler yapmalı? *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 19(1),* 685-706.

Okuda, M., Balan, I., Petry, N.M., Oquendo, M., & Blanco, C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: Cultural considerations. *The American Journal of Psychiatry, 166(12),*1325–1330.

Olsen, C. M. (2011). Natural rewards, neuroplasticity and non-drug addictions. *International Journal of Neuropharmacology, 61(7),*1109-1122.

Olsen, Y. (2022). What is addiction? History, terminology and core concepts. *The Medical Clinics of North America, 106 (1),* 1-12.

Ögel, K. (2002). *Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi*. İstanbul: IQ Yayıncılık.

Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 1(47),* 61-64.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Tamar Gürol, D. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 23(4),* 264-273.

Ögel, K., Taner, S., Eke, C., & Erol, B. (2005). İstanbul'da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması. İstanbul: Yeniden, 6, 111-116.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Hızlan, C., Evlice, Y. E., Önder, E., Uluğ, B., Coşkunol, H., Bekaroğlu, M., Sır, A., Kara, H., Özkürkçügil, A., Ünal, S., Çakıcı, M., & Çakmak, D. (1999). Madde kullanıcılarının özellikleri: Gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 7(Ek 4),* 5-32.

Özden, M. Ş. (2018). Travma ve dissosiyatif bozukluklar genel bir bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3(3),* 71-77.

Özkan, V. (2016). Alkol ve madde bağımlılarının algıladıkları sosyal destek sistemleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Ruh Sağlığına Destek ve Koruma Yüksek Lisans Programı.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. *Turkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics, 2(3),* 24-34.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve dissosiyasyon: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 1-148.

Öztürk, E. (2018a). Psikotarih, ruhsal travma ve dissosiyasyon. *Turaz Akademi Adli Bilimler 2018* içinde (92-106). Celbiş, O. (Ed.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

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

Öztürk, E. (2020a). *Travma ve dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı.* 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

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

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

Öztürk, E. (2022a). Modern psikotravmatoloji ve dissosiyasyon teorileri. Öztürk, E. (Ed.). *Psikotravmatoloji* içinde (41-69). Ankara: Türkiye Klinikleri.

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

Öztürk, E. (2022c). 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. (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. (2023a). Dissoanalytic psychohistory: Dissoanalysis of the traumatic history of humanity and the construction of a new societal reality. *Medicine Science, 12(1),* 303-18.

Öztürk, E. (2023b). Göç psikolojisi ve göç travması: Sınırlaraşırı bir yaşam deneyimi olarak gelişimsel göçün dissoanalizi, *Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi, 8(2),* 233-253.

Öztürk, E., & Derin, G. (2022a). Disfonksiyonel nesiller ve görünürde normal aile dinamikleri. VIII. International TURKCESS Congress on Education and Social Sciences, Hatay, Türkiye, 20-23 Temmuz 2022, 197-198.

Öztürk, E., & Derin, G. (2022b). Aile psikopatolojisi ve disfonksiyonel aile modelleri. VIII. International TURKCESS Congress on Education and Social Sciences, Hatay, Türkiye, 20-23 Temmuz 2022, 193-194.

Öztürk, E., & Derin, G. (2023). Modern psychotraumatology and theory of dissoanalysis: Traumatic experiences and phenomenon of dissociation. *Novel Forensic Research, 2(3),* 50-56.

Öztürk, E., Derin, G., & Ateş, A. (2019). Adli psikiyatri ve dissosiyatif bozukluklar. *2.Türk Adli Bilimler Kongresi, Antalya, Türkiye, 1,* 127-138.

Öztürk, E., & Şar, V. (2016). The trauma-self and its resistances in psychotherapy. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry, 6(6),* 00386.

Öztürk, F. C. (2023c). Uyuşturucu madde bağımlılığı ve Türkiye'de uyuşturucu madde kullanımının incelenmesi. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 47(3),* 1071-1083.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları.* Ankara: Bayt.

Paulhus, D.L., & Williams, K.M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, machiavellianism and psychopathy. The *Journal of Research in Personality, 36(6),* 556-563.

Peksaygılı, M., & Erden, G. (2004). Çocuklarda ve ergenlerde madde kullanımı ve bağımlılığı. http://www.psikolog.org.tr/content_detail.asp. Erişim tarihi: 14.03.2022.

Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C.J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 31(8),* 951-961.

Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 5(1),* 51.

Quientro Garzola, G. C. (2019). Review: Brain neurobiology of gambling disorder based on rodent models. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 15,* 1751-1770.

Reddi, V. S. K., Salian, H. H., Muliyala, K. P., & Chandra, P. S. (2019). Profile and outcome of dissociative disorders presenting as psychiatric emergencies to a tertiary hospital setting in India. *Asian Journal of Psychiatry, 44,* 187-188.

Rogoza, R., & Cieciuch, J. (2020). Dark Triad traits and their structure: An empirical approach. *Current Psychology, 39,* 1287-1302.

Ross, C. A., Kronson, J., Koensgen, S., Barkman, K., Clark, P., & Rockman, G. (1992). Dissociative comorbity in 100 chemically dependent patients. *Hospital & Community Psychiatry, 43(8),* 840-842.

Rutter, M., Taylor, E., & Hersov, L. (1994). *Child and adolescent psychiatry; Modern approaches*. United States of America: Blackwell Science.

Rueda Ruiz, M. B., Larracoechea, U. A., Herrero, M., & Estévez, A. (2023). Problematic gambling behavior in a sample with substance use disorder: The role of attachment style and alexithymia. *Journal of Gambling Studies, 39(2),* 513-529.

Sadoff, R. L., Drogin, E. Y., & Gurmu, S. (2015). Forensic implications of behavioral addictions. Ascher, M. S. & Levounis, P. (Eds.), *The Behavioral Addictions (9-29)*. United States of America: American Psychiatric Publishing.

Satıcı, S. A., Kayiş, A. R., Yılmaz, M. F., & Eraslan Çapan, B. (2018). Dirty Dozen Scale: A study of adaptation to Turkish university students. *Anatolian Journal of Psychiatry, 19(1),* 34-40.

Sayan Karahan, A. (2023). Davranışsal bağımlılıklara yönelik müdahaleler. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 10 (3),* 356–375.

Schluter, M. G. & Hodgins, D. C. (2019). Dissociative experiences in gambling disorder. *Current Addiction Reports, 6,* 34-40.

Schimmenti, A., Billieux, J., Santoro, G., Casale, S., & Starcevic, V. (2022). A trauma model of substance use: Elaboration and preliminary validation. *Addictive Behaviors, 134,* 107431

Schmidt, A. (2019). Kernberg ve Kohut'un narsisistik kişilik bozukluğu kuramlarının karşılaştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 30(2),* 137-141.

Sehlikoğlu, K., Özkan Ö. L., Sehlikoğlu, Ş., Eğilmez, O. B., & Kafadar, H. (2022). Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik tedbiri olan bireylerin sosyodemografik, klinik ve suç özelliklerinin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni, 27(1),* 42-51.

Setia, M. S. (2016). Methodology series module 2: Case-control studies. *Indian Journal of Dermatology, 61(2),* 146-51.

Sevinç Yalçın, Ç. P. (2022). Üniversite öğrencilerinde internet ve sosyal medya bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları, siber dissosiyasyon ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü (SHÇEK) & Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Found [UNICEF]) (2010). Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması

özet raporu. https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/türkiyede-çocuk-istismari-ve-aile-içi-şiddet-araştirmasi-özet-raporu-2010 Erişim tarihi: 4.05.2023.

Slutske, W. S., Eisen, S., Xian, H., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J., & Tsuang, M. (2001). A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *The Journal of Abnormal Psychology, 110(2),* 297-308.

Sofuoğlu, Z., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Oral, R., Koç, F., Akşit, S., & Halıcıoğlu, O. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi, 49(1),* 47-56.

Stefanovics, E. A., & Potenza, M. N. (2022). Update on gambling disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 45(3),* 483-502.

Soysal, H. (2012). *Adli psikiyatri*. İstanbul: Özgür Yayınları.

Syvertsen, A., Leino, T., Pallesen T., Smith, O. R. F., Sivertsen, B., Griffiths, M. D., & Mentzoni, R. A. (2023). Marital status and gambling disorder: a longitudinal study based on national registry data. *BMC Psychiatry, 23(1),* 199.

Şahin Dağlı, F., Taşkıran, C., Krespi, M. R., & Gökler, B. (2019). Çocuk istismarı ve ihmali eğitiminde psikodrama yönteminin kullanılması. *Klinik Psikiyatri, 22,* 175-186.

Şar, V. (2018). Dissosiyatif bozukluklar. Karamustafalıoğlu, K. O. (Ed). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri

Şar, V., Alioğlu, F., & Akyuz, G. (2017). Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: the spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and healthy controls. *Journal of Trauma & Dissociation, 18(4),* 490-506.

Şar, V., & Öztürk, E. (2005). What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practise, 4(1-2),* 7-20.

Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 32(4),* 1054-1063.

Şar, V. (2017). Savaş ve terör yaşantılarında travma sonrası stres. *Okmeydanı Tıp Dergisi, 33(Ek sayı),* 114-120.

Şar, V. (1998). Dissosiyatif kimlik bozukluğu: Tanı ve nozolojik sorunlar. *Klinik Psikiyatri, 1,* 13-21.

Şar, V., Akyuz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders amon women in the general population. *Journal of Psychiatric Research, 15(149),*170-175.

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

Şimşek, S., Dönmezdil, S., Kakdaş, E., & Özen, Ş. (2014). Diyarbakır çocuk ve ergen madde bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullandıkları madde türleri. *Bağımlılık Dergisi, 15(1),* 23-27.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu (DDK). (2009). Kamu Kurumu ve Kuruluşları ile Diğer Kişiler Tarafından Gerçekleştirilen Talih ve Şans Oyunları ile Yarışlara İlişkin 2006 ve 2007 Yılları Faaliyetlerinin Denetimi ile Söz Konusu Faaliyetlerden Kamu Hizmetlerine Ayrılan Payların Değerlendirilmesi. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Denetleme Raporu* içinde (6-8). Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu.

Temelli, E., Kaya, S., Kazgan, M. H., Yılmaz, N. A., Ayar, E., & Yükseloğlu, E. H. (2021). Karanlık üçlü kişilik özelliklerinde genetiğin rolü. *Adli Tıp Bülteni, 26(3),* 197-204.

Terr, C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry, 148(1),* 10-20.

Toker Uğurlu, T., Tekkanat, Ç., Koç, H., & Ateşci, F. F. (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde suç davranışının retrospektif incelemesi. *Pamukkale Tıp Dergisi, 13(3),* 739-747.

Tufekcic, A., Avdibegovic, E., Hasanovic, M., Pajevic, I., & Jakovlievic, M. (2021). Gambling from seven perspectives. *Psychiatria Danubina, 33(4),* 749-756.

Tuncer, S. B., & Şimşek, Z. (2022). Travmatik yaşantıların bağımlılık tedavi sürecine etkisi. *Bağımlılık Dergisi, 23(3),* 308-315.

Turan, R., & Yargic, I. (2012). The relationship between substance abuse treatment completion, sociodemographics, substance use characteristics, and criminal history. *Substance Abuse,* 33*(2),* 92–98.

Türk, B., Hamzaoğlu, N., & Şenyuva, G. (2023). Karanlık üçlü kişilik özelliklerinin şiddet üzerindeki rolü: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 20(2),* 124-133.

Türk, B., Hamzaoğlu, N., Yayak, A., & Şenyuva, G. (2021). Çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin incelenmesi: Kesitsel araştırma. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 18(3),* 205-214.

Türk Ceza Kanunu (2005). *T.C. Resmî Gazete*, 5237 sayılı, 1 Haziran 2005.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982). *T.C. Resmî Gazete*, 17863 sayılı, 9 Kasım 1982.

T. C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2021). Türkiye Uyuşturucu Raporu (TUR-2021). /http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/2021. Erişim tarihi: 06.07.2022.

U. S. Department of Health & Human Services Administration for Children and Families (2019). Child maltreatment 2017. https://www.acf.hhs.gov/cb/report/child-maltreatment-2017. Erişim tarihi: 04.05.2023

Ulusoy, E. K., Ayar, E., Bayındırlı, D., & Yön, M. İ. (2015). Kronik migrenli kadın hastalarda dissosiyatif belirtiler prevelansı ve depresyon-anksiyete ile ilişkisi. *Selçuk Tıp Dergisi, 31(2),* 65-68.

Uysal Irak, D., & Saltoğlu, S. (2020). Kişiliğin karanlık üçlüsü: Narsisizm, makyavelizm ve psikopati. *Türk Psikoloji Yazıları, 23(45),* 42-58.

van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American Journal of Psychiatry, 146(12),* 1530-1540.

Viding, E., Blair, R. J., Moffitt, T. E., & Plomin, R. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46(6),* 592-597.

Viding, E., Jones, A. P., Frick, P. J., Moffitt, T. E., & Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: Do callous-unemotional traits matter? *Developmental Science, 11(1),* 17-22.

Vural, D. L. (2020). Karanlık üçlü kişilik özellikleri ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasında savunma mekanizmalarının aracı rolü. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal, 6(36),* 1734-1743.

Walker, M. B. (1992). The psychology of gambling. Oxford, NY: Pergamon Press.

Walters, G. D. (2001). Behavior genetic research on gambling and problem gambling: a preliminary meta-analysis of available data. *Journal of Gambling Studies, 17(4),* 255-271.

Wardle, H., Reith, G., Best, D., McDaid, D. & Platt, S. (2018). Measuring gambling-related harms: A framework for action. Gambling Comission, Birmingham, UK.

Wardle, H., & McManus, S. (2021). Suicidality and gambling among young adults in Great Britain: results from a cross-sectional online survey. *The Lancet Public Health, 6(1),* 39-49.

Wiebe, J. M., Cox, B. J., Mehmel, B. G. (2000). The south oaks gambling screen revised for adolescents (SOGS-RA): Further psychometric findings from a community sample. *Journal of Gambling Studies, 16(2-3),* 275-288.

Wilson, D., da Silva Lobo, D. S., Tavares, H., Gentil, V., & Vallada, H. (2013). Family-based association analysis of serotonin genes in pathological gambling disorder: evidence of vulnerability risk in the 5HT-2A receptor gene. *Journal of Molecular Neuroscience, 49(3),* 550-553.

Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkin, C. A., Stitzer, M. L., & Olsen, Y. (2008) The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 92(1-3),*173-182.

Wood, R. T. & Williams, R. J. (2009). Internet gambling: Prevalence, patterns, problems, and policy options. Final Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario, CANADA. https://www.researchgate.net/publication/328107914_Internet_Gambling_Prevalence_Patterns_Problems_and_Policy_Options#fullTextFileContent Erişim tarihi: 23 Mart 2024.

Yalçın, M., Essizoğlu, A., Akkoc, H., Yasan, A., & Gurgen, F. (2009). Risk factors associated with substance use among Dicle University students. *The Journal of Clinical Psychiatry, 12(3),* 125-133.

Yalçin, R. (2022). Research on gambling in young people: A co-occurrence analysis. *Journal of Gambling Studies*, *39*, 531–539.

Yargıç, L. İ., Tutkun, H., & Şar, V. (1995). The reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation, 8,* 10-12.

Yazıcı, A. B., Yazıcı, E., Akkısı Kumsar, N., & Erol, A. (2015). Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 27(11),* 2259-2263.

Yıldız, S., Kazğan, A., Kurt, O., & Sırlıer Emir, B. (2021). Adli psikiyatri servisinde tedavi gören hastalarda çocukluk çağı travması ve dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13 (Suppl 1),* 216-226.

Yıldız., H., Pan, E., Bolu, A., Bilgili, M. E., Gümüş, İ., & Karabudak, Ö. (2015). Prevalence of sexually transmitted diseases and blood-borne transmitted infections among male patients with antisocial personality disorder, *Turkish Journal of Dermatology, 9(1),* 18-22.

Yıldız, F., & Okyay, P. (2019). Sağlık araştırmalarında yan tutma (bias) ve yan tutmanın değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 4(2),* 219-231.

Zhang, S., Lin, X., Liu, J., Pan, Y., Zeng, X., Chen, F., & Wu, J. (2020). Prevalence of childhood trauma measured by the short form of the Childhood Trauma Questionnaire in people with substance use disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Research, 294,* 113524.

Zhang, L., Ma, X., Yu, X., Ye, M., Li, N., Lu, S., & Wang, J. (2021). Childhood trauma and psychological distress: A serial mediation model among chinese adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(13),* 6808.

8. EKLER

8.1. Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu

KUMAR VE MADDE BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR VE KARANLIK ÜÇLÜ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı; bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi'nde Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün danışmanlığında doktora tezi olarak tarafımca yürütülmektedir. Araştırma kumar ve madde bağımlılığında çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve karanlık üçlü kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlamaktadır.

Çalışmaya katılmakta gönüllülük esastır. Size yöneltilecek ölçek ve soru formlarında kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Sizinle yapacağım bir görüşme ile bazı ölçekleri beraber, bazı ölçekleri de kendiniz doldurmanız istenmektedir. Tüm ölçeklerin doldurulması 45 dakikanızı alacaktır. Ölçekler, sadece araştırmacı tarafından verilerin değerlendirilmesi için kullanılacaktır. Alınan bilgilerle size bir tanı konmayacak veya bir tedavi sunulmayacaktır. Bu veriler ve araştırma sonuçları, toplu olarak bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bu çalışma, kumar ve madde bağımlılığında ruhsal travma, dissosiyasyon ve karanlık üçlü kişilik özelliklerinin ilişkisinin incelenmesi açısından önemi vardır. Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamak veya araştırmadan çekilmek size bir sorumluluk yüklemeyecektir.

Aydınlatılmış Gönüllü Onam 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	Araştırmacı
Onay	Uzm. Psk. Emre AYAR

8.2. Demografik Bilgi ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın O Erkek O

3. Mesleğiniz:

4. Eğitim durumunuz:

O Okur –Yazar O İlkokul O Ortaokul O Lise O Üniversite O Yüksek lisans ve üzeri

5.Yaşadığınız il /ilçe:

……

6. Kiminle yaşıyorsunuz:

O Tek başına O Aile yanı O Çocuğumun evinde O Ailemle kendi ayrı evimde

7. Ailenizin veya sizin toplam aylık gelirini aşağıdaki seçeneklere göre işaretleyiniz.

2850 TL ve altı O 2851- 5000 TL arası O 5001-8000 TL O 8001 ve üstü O

8. Aileniz kaç kişi? (Siz, eşiniz, çocuklarınız ve evinizde sizinle kalan diğer aile üyeleri)

a. 1-3 kişiyiz b. 4-6 kişiyiz c. 7 ya da daha fazla kişiyiz

9. Kaç kardeşsiniz:

1 O 2-3 O 4 ve üzeri O

10. Kaçıncı çocuksunuz:

11. Anneniz: * Öz *Üvey *Sağ * Ölü

12. Babanız: * Öz *Üvey *Sağ * Ölü

13. Anneniz ve babanız: *Beraber *Boşanmış *Birlikte yaşamıyorlar

14. Anneniz:

*Okuma yazma bilmiyor

*İlkokul mezunu

*Ortaokul mezunu

*Lise mezunu

*Lisans mezunu

*Yüksek lisans ve üstü mezunu

15. Babanız:

*Okuma yazma bilmiyor

*İlkokul mezunu

*Ortaokul mezunu

*Lise mezunu

*Lisans mezunu

*Yüksek lisans ve üstü mezunu

16. Annenizle olan ilişkiniz nasıldır?

İyi O Orta O Kötü O İlişki yok O

17. Babanızla olan ilişkiniz nasıldır?

İyi O Orta O Kötü O İlişki yok O

18. Medeni durum: *Evli *Bekar *Eşim vefat etti *Boşandım

19. Kumar ve/veya madde bağımlılığı dışında daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet O Hayır O

20. Daha önce psikiyatrik tedavi aldınız mı?

0-1 yıl arası O 2-3 yıl O 4 yıl ve üzerinde O Tedavi almadım O

21. Daha önce aile içi şiddete maruz kaldınız mı?

……

22. Daha önce aile içi şiddete tanıklık ettiniz mi?

……

23. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu? Olduysa ne tür bir yöntemle girişiminiz oldu?

……

24. Daha önce kendine zarar verme girişiminiz oldu mu?

Evet O Hayır O

Cevabınız *"Evet"* ise nasıl kendinize zarar vermeye çalıştığınızı seçeneklere göre işaretleyiniz:

- Kollarınızı ya da vücudunuzun herhangi bir bölümünü kesme, çizme, kazıma ya da yolma.
- Kollarınızı ya da vücudunuzun herhangi bir bölümünü sigara, kibrit, çakmak vb. cisimlerle yakma.
- Başınızı, yumruğunuzu veya vücudunuzun herhangi bir bölümünü şiddetli bir biçimde sert yere vurma.
- Yüksek miktarda, yenilmemesi ya da içilmemesi gereken şeyleri yeme veya içme

25. Sigara kullanıyor musunuz?

Günde 1 paketten az O Günde 1 paket O Günde 1 paketten fazla O

26. Alkol kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız miktarı ve sıklığı nedir?

……

27. Hiç adli bir ceza aldınız mı? Daha önce adli bir ceza aldıysanız ne tür bir suçtan aldınız.

……

28. Herhangi bir adli süreçte mağdur, suçtan etkilenen, suça sürüklenen kişi oldunuz mu?

……

29. Kumar veya madde bağımlılığını önlemek/engellemek için önerileriniz nelerdir?

……

8.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Alkol	O	O	O	O	O
2 Esrar	O	O	O	O	O
3 Ecstasy (Ekstazi)	O	O	O	O	O
4 Eroin …….	O	O	O	O	O
5 Kokain ……..	O	O	O	O	O
6 Taş (Krak kokain)	O	O	O	O	O
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	O	O	O	O	O
8 Uçucu maddeler	O	O	O	O	O
9 Çeşitli haplar (akineton, xanax vb.)	O	O	O	O	O
10 Amfetamin türevi (metamfetamin vb.)	O	O	O	O	O
11 Diğer (LSD, GHB)	O	O	O	O	O

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

"[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" yerine alkol *içiyorsanız "Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi*" veya esrar içiyorsanız *"Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi"* biçiminde okuyun.

12. **[Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?** (Örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb.)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13. **Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?** (Örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

14. **Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?** (Örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

15. **Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?** (Örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

16. **Kullandığınız maddeyi kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için madde kullandığınız oldu mu?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman. O Neredeyse her zaman

17. **[Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?** (Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman. O Neredeyse her zaman

18. **Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman. O Neredeyse her zaman

19. **[Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu?** (Örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

20. **[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?** (Örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb.)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman. O Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21. **[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman. O Neredeyse her zaman

22. **[Madde] kullanmak eğitim/iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

23. **[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

24. **[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

25. **[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

26. **[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

27. **[Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu?** (Örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb.)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

28. **[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu?** (Örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb.)

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

29. **Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

30. **[Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

31. **Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32. **Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman. O Neredeyse her zaman

33. **Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

34. **[Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

35. **[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

36. **[Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

37. **[Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?**

O Hiçbir zaman O Nadiren O Bazen O Çoğu zaman O Neredeyse her zaman

8.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ)

	Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. ***Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde…***	**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Kimi Zaman**	**Sık Olarak**	**Çok Sık**
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 içerisinde 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 bir şey 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 fark ettiği 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 olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

8.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu bilmek istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uygun olduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve size uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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 üzerinde değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinde değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz

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

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldikleri bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

6. Bazı insanlar zaman zaman, yanlarına gelip başka isimle hitap eden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

7. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yapıyorken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi his duyarlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 suçlanır. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların eşyalarının ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyle kaptırırlar ki çevrelerinde olup bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

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

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 bir şekilde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

24. Bazı insanlar zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir postayı attığını mı yoksa sadece atmayı mı düşündüğünü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

%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 kadar sıklıkla olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

8.6. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)

1. Bugüne kadar aşağıdaki kumar çeşitlerinden hangilerini oynadığınızı belirtiniz. Her kumar çeşidi için üç cevaptan (*"hiç", "haftada bir kereden az"* veya *"haftada bir kere veya daha fazla"*) birini işaretleyiniz.

	Hiç	Haftada bir kereden az	Haftada bir kere veya daha fazla
At yarışı	( )	( )	( )
Parasına Kâğıt Oyunları (yanık, poker vb.)	( )	( )	( )
Parasına Okey	( )	( )	( )
Parasına Zar Oyunları (Barbut vb.	( )	( )	( )
Horoz Dövüşü	( )	( )	( )
Spor-Toto veya Spor-Loto	( )	( )	( )
Sayısal Loto	( )	( )	( )
Kazı-Kazan	( )	( )	( )
Milli Piyango	( )	( )	( )
Borsada Oynama	( )	( )	( )
Casino Oyunları	( )	( )	( )
Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo vb.)	( )	( )	( )
Yukarıda Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri (Lütfen Yazınız: ….....)	( )	( )	( )

2. Bugüne kadar bir günde kumara yatırdığınız en fazla para ne kadardır? _____TL

3. Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz:

( ) Baba ( ) Anne ( ) Kardeşler ( ) Büyük anne ve baba ( ) Eş veya partner ( ) Çocuklar ( ) Diğer akrabalar ( ) Arkadaş veya yaşamımdaki önemli başka biri

4. Kumar oynadığınızda, kaybettiğiniz parayı yeniden kazanmak için bir başka gün yine kumar oynamaya gider misiniz?

( ) Hiç gitmem ( ) Bazen giderim (kaybettiğim zamanların yarısından azında)
( ) Kaybettiğim çoğu zaman giderim ( ) Her kaybettiğimde giderim

5. Gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinizde, hiç kumardan para kazandığınızı iddia ettiğiniz oldu mu?

( ) Asla ( ) Evet, kaybettiğim zamanların yarısının azında ( ) Evet, çoğu zaman

6. Bahis ve kumarla ilgili hiç sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz?

( ) Hayır ( ) Evet, geçmişte fakat şimdi değil ( ) Evet

7. Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

8. Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorununuz olduğunu söyledikleri oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

9. Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

10. Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

11. Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

12. Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

13. (Eğer yukarıdaki soruyu *"Evet"* diye cevaplandırdıysanız) Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde yoğunlaştığı oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

14. Hiçbirinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

15. Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?

( ) Evet, oldu ( ) Hayır, olmadı

16. Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldıysanız, kimden veya nereden borç aldınız? (Lütfen işaretleyiniz)

( ) a. Evin parasından

( ) b. Akrabalarınızdan

( ) c. Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından

( ) d. Kredi kartlarından

( ) e. Tefecilerden

( ) f. Şahsi veya ailevi eşya veya mallar› satma

( ) g. Arkadaş veya tanıdıklardan

( ) h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme

( ) j. Bahisçiye borçlanma

( ) k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma

8.7. Karanlık Üçlü Ölçeği (KÜ)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Çoğunlukla Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Bazen Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Bazen Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Çoğunlukla Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Kendi amacıma ulaşmak için başkalarını yönlendirme eğilimindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
2. İstediğimi elde etmek için hileye veya yalana başvururum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
3. Amacıma ulaşmak için yağcılık yaparım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
4. Kendi çıkarlarım doğrultusunda başkalarını kullanma eğilimindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
5. Yaptıklarımdan pişmanlık duymam.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
6. Davranışlarımın ahlaki olup olmamasını umursamam.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
7. Duyarsız veya katı yürekli olma eğilimindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
8. Başkalarını küçümseme eğilimindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
9. Diğerlerinin bana hayran olmasını isterim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
10. Başkalarının dikkatini üzerime çekmek isterim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
11. Prestij veya statü peşinde koşarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
12. Başkalarından özel ilgi beklerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Emre AYAR

Unvan: Uzman Psikolog

Aldığı Sertifikalar:

- Psikolojinin Tıbbi Uygulamaları Yetki Belgesi-T.C. Sağlık Bakanlığı
- WISC-R Testi Uygulayıcı Sertifikası
- Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifikalı Eğitimi-Sağlık Bakanlığı-Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Madde Bağımlılığında Yapılandırılmış Psiko-Sosyal Müdahale Eğitimi (SAMBA)-Sağlık Bakanlığı- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Kabul ve Kararlılık Terapisi/Acceptance and Commitment Therapy–ACT Bağlamsal Bilimler ve Psikoterapiler Derneği, Doç. Dr. K. Fatih YAVUZ
- MOXO d-CPT/Çeldiricili Dikkat Testi, Moxo, Türkiye

Eğitim Bilgileri:

Derece	**Bölüm/Program**	**Üniversite**	**Yıl**
Lisans	Psikoloji	Mersin Üniversitesi	2010
Y. Lisans	Klinik Psikoloji-Tezli	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	2019
Doktora	Sosyal Bilimler	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü	2019-Tez Aşaması

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı:

Toplumdışı (Antisosyal) kişilik bozukluğunda sosyal biliş becerileri ile yaşantısal kaçınma ve perspektif alma süreçleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Tez Danışmanı: Prof. Dr. Servet EBRİNÇ, İkinci Danışman: Doç. Dr. Kasım Fatih YAVUZ. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Projelerde Yaptığı Görevler:

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modelleri; Avusturya, Çekya ve Macaristan ülkeleri odağında, "*Avrupa Birliği KA1 Erasmus+"* projesi kapsamında bir ay süreyle yurtdışı kurum ziyaretleri ve çalışmaları yapılarak, ülkemiz için en uygun "*Toplum Temelli Ruh Sağlığı*" modelinin üretimine ilişkin Sağlık Bakanlığı'na rapor sunulmuştur.

Verdiği lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler:

Akademik Yıl	**Dönem**	**Dersin Adı**	**Haftalık Saati**		**Öğrenci Sayısı**
			Teorik	**Uygulama**	
2021-2022	Bahar	"*Öğrenme Psikolojisi*" Akdeniz Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü	3	-	100

ESERLER

A. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Ayar, E., & Celbiş, O. (2023). Savaş, terör, travma ve dissosiyasyon. Öztürk, E. (Ed.). *Savaş Psikolojisi* içinde (104-112). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Ayar, E., & Ayar, Y. (2021). Ruhsal bozukluklarda suça yönelim: Derleme. *Abant Journal of Health Sciences and Technologies, 1(2),* 83-91.

Temelli, E., Kaya, S., Kazgan, M. H., Yılmaz, N. A., Ayar, E., & Yükseloğlu, E. H. (2021). Karanlık üçlü kişilik özelliklerinde genetiğin rolü. *Adli Tıp Bülteni, 26(3),* 197-204.

Ulusoy, E. K., Ayar, E., & Bayındırlı, D. (2015). İdiopatik parkinson hastalığında yüzde duygu tanıma ve ayırt etme bozukluğu. *Türk Nöroloji Dergisi*, *21*(1), 16-21.

Ulusoy, E. K., Ayar, E., Bayındırlı, D., & Yön, M. İ. (2015). Kronik migrenli kadın hastalarda dissosiyatif belirtiler prevelansı ve depresyon-anksiyete ile ilişkisi. *Selçuk Tıp Dergisi, 31*(2), 65-68.

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (*proceedings*) basılan bildiriler:

Ayar, E., (2021). Yargılanma yeterliliği: Competence to stand trial-CST. *3.Uluslararası Adli Bilimler, Adli Tıp ve Patoloji Kongresi,* Azerbaycan.