T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman
Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ÇOCUK İZLEM MERKEZİNDE ADLİ GÖRÜŞMESİ YAPILAN CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN, PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE TAKİBİ YAPILAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN VE ÇOCUĞU TRAVMATİK YAŞANTIYA MARUZ KALMAMIŞ EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, DEPRESYON DÜZEYLERİ, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE ADİL DÜNYA İNANÇLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZM. PSK. AYŞEGÜL KURTULUŞ

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman
Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ÇOCUK İZLEM MERKEZİNDE ADLİ GÖRÜŞMESİ YAPILAN CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN, PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE TAKİBİ YAPILAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN VE ÇOCUĞU TRAVMATİK YAŞANTIYA MARUZ KALMAMIŞ EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, DEPRESYON DÜZEYLERİ, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE ADİL DÜNYA İNANÇLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZM. PSK. AYŞEGÜL KURTULUŞ

İSTANBUL, 2023

“Canımın içi, biricik oğlum Tibet’ime ve her daim güzelliklerle dolu bir dünya hak eden dünyanın bütün güzel çocuklarına ithaf edilmiştir…”

ÇOCUK İZLEM MERKEZİNDE ADLİ GÖRÜŞMESİ YAPILAN CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN, PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE TAKİBİ YAPILAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN VE ÇOCUĞU TRAVMATİK YAŞANTIYA MARUZ KALMAMIŞ EBEVEYNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, DEPRESYON DÜZEYLERİ, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE ADİL DÜNYA İNANÇLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Doktora Tezi, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

Bu çalışmanın temel amacı; çocuk izlem merkezinde cinsel istismar mağduru olarak ifadesi alınan (1.grup), psikiyatri kliniğinde takibi yapılan (2.grup) ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen (3. grup) çocuğu olan üç grup ebeveynde çocukluk çağı travmaları ile depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inancı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın örneklemini; Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Çocuk İzlem Merkezi'ne başvuran ve çocuğu olan 109 ebeveyn, Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'nde takibi yapılan çocuğu olan 100 ebeveyn ve Kocaeli-İzmir illerinde normal popülasyondan (herhangi bir travmatik yaşantı deneyimlemeyen çocukların ebeveynleri) 104 ebeveyn olmak üzere yaşları 25-45 (yaş ort=38.57; ss=5.076) aralığındaki toplam 313 ebeveyn oluşturmaktadır. Araştırma verileri, Kurtuluş ve Öztürk tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Adil Dünya İnancı Ölçeği (ADİÖ) kullanılarak toplanmıştır. Sosyodemografik bilgi formunda yer alan soruların yanıtlanma şekline göre kategorik değişken niteliğinde olan değişkenler için frekans değerleri hesaplanmış, ayrıca bu dağılımların araştırmada yer alan gruplar bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için de Ki-Kare testi yürütülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmalarda, parametrik testlerin kullanıldığı durumda bağımsız örneklem t testi ve tek

yönlü varyans analizi, nonparametrik testlerin kullanıldığı durumda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Posthoc analizler için parametrik testler kullanıldığı durumlarda Tukey testi, nonparametrik testler kullanıldığında ise Mann-Whitney U testi yürütülmüştür. Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ortalamalarıyla istatiksel açıdan farklı olmamakla birlikte çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından ise anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin DES toplam puan ortalamaları, psikiyatri kliniği ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatiksel açıdan daha yüksektir. Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniği ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatiksel açıdan daha yüksektir. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniği grubundan ve Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği alt boyutu puanı Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin ortalamalarından ve psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerle farklılaşmamaktadır. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalamaları, DES ortalaması 30'un

altında olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalamaları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerle, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerle ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerle farklılaşmamaktadır. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerle farklılaşmamaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı yordayıcılığı vardır. Dissosiyasyonun, çocuğu psikiyatrik tanı almış ebeveyn grubu ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda çocukluk çağı travmaları ve depresyon arasında kısmi aracılık etkisinin olduğu, fakat Çocuk İzlem Merkezi grubundaki kısmi aracılık etkisinin anlamlı olmadığı ortaya konmuştur. Dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji yaklaşımına göre çocukluk çağı travmalarının önlenmesine yönelik gerçekleştirilecek kapsamlı ve etkin

bilimsel çalışmaların, bireylerdeki hem depresyon düzeylerinin ve dissosiyatif yaşantıların azalmasında hem de adil dünyaya yönelik inançların artmasında önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile; ebeveyn; çocukluk çağı travmaları; depresyon; dissosiyatif yaşantılar; adil dünya inancı; psikotravmatoloji; dissoanaliz; psikotarih; çocuk izlem merkezi; çocuk psikiyatrisi; çocuk yetiştirme stilleri

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF CHILDHOOD TRAUMAS, DEPRESSION LEVELS, DISSOCIATIVE EXPERIENCES, AND BELIEF IN A JUST WORLD OF THE PARENTS OF CHILDREN VICTIMS OF SEXUAL ABUSE WHO WERE INTERVIEWED AT THE CHILD MONITORING CENTER, THE PARENTS OF THE CHILDREN WHO ATTENDED FOLLOW-UP SESSIONS IN THE PSYCHIATRY CLINIC AND THE PARENTS WHOSE CHILDREN WERE NOT EXPOSED TO TRAUMATIC EXPERIENCES

ABSTRACT

Doctoral Thesis, Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, Department of Social Sciences

Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

The primary purpose of this study is to investigate the relationship between depression, dissociation, and belief in a just world and childhood traumas of parents whose child was stated as a victim of sexual abuse in children follow-up center (1st group); whose child attended a follow-up session in the psychiatry clinic (2nd group); who did not report any traumatic experience (3rd group). The sample of the study consists of three groups: 109 Parents who got in touch with the Child Monitoring Center located in Derince Training and Research Hospital at Kocaeli regarding their children, Turkey; 100 Parents whose children's follow-up sessions were conducted in the Child and Adolescent Psychiatry Clinic of Ege University Hospital located in Izmir, Turkey; and 104 parents whose children did not have any reported traumatic experience from Kocaeli and İzmir (average population). In other words, this study comprises a total of 313 parents aged between 25-45 (average age=38.57; sd=5.076). Research data had been collected through various scales prepared by the researcher of this study: Sociodemographic Scale prepared by Kurtuluş and Öztürk, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Dissociative Experiences Scale (DES), Beck Depression Inventory (BDI), and Just World Belief Scale (BJWS). Depending on replies given by participants in the sociodemographic information form, frequency distribution and percentages were calculated for the categorical variables. Moreover, on the one hand, the Chi-

Square test was carried out to determine whether categorical distributions differ from each other. In intergroup comparisons, when parametric tests were used, independent sample t-test and one-way analysis of variance were utilized; on the other hand, when nonparametric tests were exercised, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were conducted. Finally, while post hoc tests were used, when parametric tests were used, the Tukey test was utilized; and, again, when nonparametric tests were used, the Mann-Whitney U test was applied. Findings of the research are also provided in tables. Although the mean total childhood trauma scores of the parents whose children are exposed to sexual abuse were statistically similar to the mean scores of the parents whose children were followed in the psychiatry clinic, the mean scores of both categories are significantly higher than the mean scores of the parents in the 3rd group. The DES total score averages of the parents in the Child Monitoring Center group are statistically higher than those in the psychiatry clinic and 3rd group. Beck depression mean scores of the parents in the Child Monitoring Center group are significantly higher than the mean scores of those in the psychiatry clinic group and the 3rd group. The mean scores of the just world belief of the parents in the 3rd group are significantly higher than the mean scores of those in the psychiatry clinic group, and the mean personal belief in the just world is significantly higher than the mean scores of those in the Child Follow-up Center group and those in the psychiatry clinic group. The Childhood Trauma Questionnaire total scores of parents whose DES average is 30 or more and whose child has been exposed to sexual abuse is similar to those whose child has been exposed to sexual abuse with a DES average of less than 30. The Beck Depression Inventory scores of the parents whose DES average is 30 or more and whose child has been exposed to sexual abuse is significantly higher than the average of the parents whose DES average is below 30 and whose child has been exposed to sexual abuse. The mean of emotional neglect of the parents whose DES average is 30 and above, followed in the psychiatry clinic, is significantly higher than that of

the parents whose DES average is below 30, followed in the psychiatry clinic. The average of the Beck Depression Inventory scores of the parents whose DES average is 30 and above followed in the psychiatry clinic is significantly higher than the average of the parents whose DES average was below 30 followed in the psychiatry clinic. The total Childhood Trauma Questionnaire scores of the parents in the 3rd group with a DES average of 30 and above are significantly higher than the averages of the parents in the 3rd group with a DES average of less than 30. Mean Beck Depression Inventory scores of the parents in the 3rd group with a DES average of 30 and above are significantly higher than the averages of the parents in the 3rd group with a DES average of less than 30. Total score of the Just World Belief Scale for parents with a DES average of 30 or more whose children have been exposed to sexual abuse, parents whose children attended follow-up sessions in the psychiatry clinic, and parents in the 3rd group are similar to those of DES average of less than 30 with parents whose children have been exposed to sexual abuse, parents whose children attended a follow-up session in a psychiatry clinic, and the 3rd group. The Just World Belief Scale scores of the parents in the 3rd group with a DES average of 30 and above is similar to those in the 3rd group with a DES average of less than 30. Results indicate that childhood traumas have an explanatory power regarding dissociative experiences, and just-world beliefs of parents whose children were exposed to sexual abuse, parents whose children attended follow-up sessions in the psychiatry clinic, and parents in the 3rd group. Childhood traumas, dissociative experiences, and just-world beliefs of the parents and 3rd group significantly predict depression levels. It is revealed that dissociation had a significant partial mediation effect between childhood traumas and depression in the parent group with a psychiatrically diagnosed child and the 3rd group. However, the partial mediation effect in the Child Follow-up Center group is insignificant. According to dissoanalysis theory and modern psychotraumatology approach, it is thought that comprehensive and effective scientific studies to be carried out to prevent

childhood traumas will be an important factor in reducing depression levels and dissociative experiences in individuals, as well as increasing beliefs about a just world.

Keywords: Family; parent; childhood traumas; depression; dissociative experiences; just world belief; psychotraumatology; dissoanalysis; psychohistory; child follow-up center; child psychiatry; child-rearing styles

ÖNSÖZ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak hazırlanmıştır. *"Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon"* ekseninde yürütülen bu çalışma, Enstitümüzün Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün başkanlığında bilimsel faaliyetlerin yürütüldüğü *"Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi"*nin ilk doktora (PhD) tezidir.

Öncelikle en zor zamanlarımda bana destek olan, ne zaman tökezlesem ve umutsuzluğa düşsem tüm zorlukları akademik açıdan benim için kolaylaştırabilen, her daim motive edebilen, öğrencilerine kol kanat geren, modern psikotravmatoloji, dissoanaliz ve psikotarih alanlarında gece gündüz demeden bilim için çalışan, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü ve Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Erdinç ÖZTÜRK hocama tez danışmanlığı, mesleki rehberliği ve yol göstericiliği için çok teşekkür ederim.

Doktora ders döneminde öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, Prof. Dr. Neylan ZİYALAR'a engin bilgilerini tüm cömertliğiyle bizlerle paylaştığı için ve iyi bir hoca olmanın yanı sıra iyi bir insan olma rol modelini de bizlere sunduğu için sonsuz şükranlarımı sunarım. Tez izleme jürimde yer alan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ ve Yıldız Teknik Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ'e de değerli fikirleri için çok teşekkür ederim. Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Tezan BİLDİK'e destekleri için ayrıca teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'ndaki doktora eğitimim boyunca teorik ve uygulamalı derslerine girme şerefine nail olabildiğim ve adli bilimler adına değerli kazanımlar elde ettiğim enstitümüzün

tüm kıymetli hocalarına ve çalışanlarına bugüne gelmemde katkısı olan ilkokuldan itibaren lise, lisans ve yüksek lisans eğitim dönemlerimde bana yol gösteren, yoluma ışık olan tüm hocalarıma en içten teşekkürlerimi saygılarımla iletirim.

Doktora eğitimimi daha da keyifli hale getiren her birisiyle aynı dönemde olmaktan, tanışmaktan ve paylaşımda bulunmaktan onur duyduğum, adli bilimlerin yanı sıra aslında tüm hayatın multidisipliner bir şekilde farklı bakış açılarıyla işbirliği sonucunda nasıl çok daha güzel hale gelebileceğini birlikte hayata geçirdiğimiz dönem arkadaşlarıma varlıkları için çok teşekkür ederim. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Uzm. Psk. Görkem DERİN'e tüm tez dönemim boyunca verdiği destek ve değerli fikirleri için minnettarım; iyi ki varsınız!

Varoluşumun kaynağı, en büyük destek mekanizmam canım ailem siz olmasaydınız başarmam çok zor olurdu. Beni bu günlere getiren her daim desteklerini arkamda hissettiren, canım annem Gülbeyaz KURTULUŞ, canım babam Raydin KURTULUŞ, cankurtaranım canım kardeşim Gülbahar KURTULUŞ ve ömrümün neşesi canımın içi biricik oğlum Tibet'im varlığınız için sonsuz şükranlarımla…

Uzm. Psk. Ayşegül Kurtuluş

İstanbul, Ocak, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **İ**
ABSTRACT ..... **V**
ÖNSÖZ ..... **İX**
İÇİNDEKİLER ..... **Xİ**
TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **XİV**
KISALTMALAR ..... **XVİ**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **12**
2.1. AİLE VE ÇOCUK 12
2.1.1. Aile ve Ebeveynlik Kavramları *12*
2.1.2. Çocuk ve Çocukluk Kavramı *13*
2.1.3. Normal Aile, Disfonksiyonel (Görünürde Normal) Aile ve Patolojik Aile *15*
2.1.4. Psikotarihsel Çocuk Yetiştirme Stilleri *16*
2.2. RUHSAL TRAVMA 18
2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Kavramı *19*
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri *21*
2.2.2.1. Fiziksel istismar 22
2.2.2.1.1. Sarsılmış bebek sendromu 23
2.2.2.1.2. Munchausen by Proxy (Bakım verenin yapay bozukluğu) 24
2.2.2.2. Duygusal istismar 25
2.2.2.3. Cinsel istismar 27
2.2.2.4. İhmal 31
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi *34*
2.2.4. Psikotarihsel Perspektiften Çocukluk Çağı Travmaları *36*
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmalarını Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar *40*
2.2.5.1. Psikiyatrik/Psikolojik Model 40
2.2.5.2 Sosyolojik Model 41
2.2.5.3. Sistemik Model 43
2.2.5.4. Ekolojik Model 46
2.2.5.5. Belsky Modeli 48
2.2.5.6. Etkileşimsel Model 49
2.2.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi *50*
2.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkili Ruhsal Bozukluklar *52*
2.3. KUŞAKLARARASI TRAVMA GEÇİŞİ VE KUŞAKLARARASI PSİKOPATOLOJİ AKTARIMI 55
2.3.1. Kuşaklararası Travma Geçişi *55*
2.3.2. Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımı *58*
2.3.3. Kuşaklararası Travma Geçişini ve Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımını Açıklayan Teorik Yaklaşımlar *60*
2.3.4. Kuşaklararası Travma Geçişine ve Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımına Psikotarihsel Yaklaşım *66*
2.4. DEPRESYON 67

2.4.1. Depresyon Kavramı *67*
2.4.2. Depresyon Kavramının Tarihçesi *68*
2.4.3. Depresyon Bozukluklarının DSM Tanı Kategorilerine Göre Sınıflandırılması *72*
2.4.4. Depresyonun Etiyolojisi *75*
2.4.5. Depresyonun Epidemiyolojisi *80*
2.4.6. Depresyon Bozuklukları ve Adli Bilimler *82*
2.5. DİSSOSİYASYON 85
2.5.1. Dissosiyasyon Kavramı *85*
2.5.2. Dissosiyatif Bozuklukların Tarihçesi *87*
2.5.3. Dissosiyatif Bozuklukların DSM Tanı Kategorilerine Göre Sınıflandırılması *92*
2.5.4. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi *97*
2.5.5. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi *99*
2.5.6. Dissosiyatif Bozukluklar ve Adli Bilimler *102*
2.6. ADİL DÜNYA İNANCI 107
2.6.1. Adil Dünya İnancı Kavramı *107*
2.6.2. Kişisel ve Genel Adil Dünya İnancı *109*
2.6.3. Adil Dünya İnancı ve Çocukluk Çağı Travmaları *110*
2.6.4. Adil Dünya İnancı ve Adli Bilimler *112*
2.7. ÇOCUK İZLEM MERKEZİ (ÇİM) VE ÇOCUK PSİKİYATRİSİ 113
2.7.1. ÇİM Kavramı *113*
2.7.2. ÇİM'in İşleyiş Sistemi *115*
2.7.3. Çocuk İzlem Merkezlerinde Klinik Adli Görüşme *118*
2.7.4. ÇİM Personellerinin Görevleri *120*
2.7.5. Çocuk Psikiyatrisi *122*

3.GEREÇ VE YÖNTEM 123

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ 123
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 123
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 125
3.3.1. Demografik Bilgi Formu *125*
3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28) *126*
3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) *127*
3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) *128*
3.3.5. Kişisel ve Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği *128*
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 129
3.4.1.Normallik Varsayımının Test Edilmesi *129*
3.4.2. Çalışmadaki Temel Değişkenlerin İstatiksel Analiz Yöntemleri *132*

4.BULGULAR 134

4.1. KATILIMCILARIN BETİMSEL BULGULARI 134
4.2. ÇOCUK İZLEM MERKEZİ VE PSİKİYATRİ GRUPLARINA ÖZGÜ BETİMSEL BULGULAR 144
4.2.1. Çocuk İzlem Merkezi Grubu *144*
4.2.2. Psikiyatri Kliniği Grubu *146*
4.3. ÇOCUK İZLEM MERKEZİ, PSİKİYATRİ KLİNİĞİ VE ÇOCUĞU TRAVMATİK YAŞANTIYA MARUZ KALMAMIŞ EBEVEYN GRUBUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DEPRESYON DÜZEYLERİ, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE ADİL DÜNYA İNANÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 147

4.4. Çocuk İzlem Merkezi, Psikiyatri Kliniği ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki İlişkiler 152
4.5. Çocuk İzlem Merkezi, Psikiyatri Kliniği ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubunun Aile İçi İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki İlişkiler 166
4.6. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stillerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançlarının Karşılaştırılması 179
4.7. Katılımcıların DES Kesme Puanlarına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançlarının Karşılaştırılması 187
4.8. Örneklem Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarına Dağılımları ve Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnancının Depresyon Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi 191
4.9. Aracı Değişken Analizi 196

5.TARTIŞMA 203

5.1. Adli Psikotravmatolojik Açıdan Hipotezlerin Değerlendirilmesi 204
5.2. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi 228
5.3. Çocuk İzlem Merkezi ve Çocuk Psikiyatri Grubuna Özgü Özelliklerin Değerlendirilmesi 237
5.4. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stillerinin ve Aile İçi İlişkilerinin Diğer Değişkenler Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi 240

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 257

7. KAYNAKLAR 267

8. EKLER 337

8.1. EK 1: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 337
8.2. EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU 339
8.3. EK 3: ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ 346
8.4. EK 4: BECK DEPRESYON ENVANTERİ 349
8.5. EK 5: DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ 353
8.6. EK 6: ADİL DÜNYA İNANCI ÖLÇEĞİ 357
8.7. EK 7: ETİK KURUL ONAYI 358
8.8. EK 8: KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ 361

9. ÖZGEÇMİŞ 362

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I. Çalışmanın Temel Değişkenlerinin Normallik Dağılımı 130
Tablo II. Karekök Transformasyon İşlemi Sonrası Normallik Varsayımının Test Edilmesi. 131
Tablo III. Katılımcıların Demografik Özellikleri 134
Tablo IV. Katılımcıların ve Çocuklarının Yaşlarına İlişkin Betimsel Veriler 137
Tablo V. Katılımcıların Kendi Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri 138
Tablo VI. Ebeveynlerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Betimsel Bulgular 140
Tablo VII. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stilleri 141
Tablo VIII. Ebeveynlerin Evlilik Özellikleri 142
Tablo IX. Ebeveynlerin Aile İlişkileri 143
Tablo X. Çocuk İzlem Merkezi Grubundaki Ebeveynlerin Çocuklarının Cinsel İstismar Bildirimlerine İlişkin Özellikler 145
Tablo XI. Psikiyatri Kliniği Grubunun Özellikleri 146
Tablo XII. Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancının Örneklem Gruplarına Göre Karşılaştırılması 147
Tablo XIII. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine Gelen Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancı Düzeyleri 150
Tablo XIV. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancı Düzeyleri 151
Tablo XV. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubundaki Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancı Düzeyleri 152
Tablo XVI. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 153
Tablo XVII. Çocukları Cinsel İstismara Maruz Kalmış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 157
Tablo XVIII. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 161
Tablo XIX. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 164
Tablo XX. Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ile Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 167
Tablo XXI. Çocukları Cinsel İstismara Uğramış Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ile Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 170

Tablo XXII. Çocukları Psikiyatri Kliniği Tarafından Takibi Yapılan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 173
Tablo XXIII. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubundaki Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları 176
Tablo XXIV. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stillerine Göre Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantı ve Adil Dünya İnançları Sıra Ortalamaları, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U Testi Bulguları 179
Tablo XXV. Katılımcıların Gruplarına Göre DES Kesme Puanı Frekansları 187
Tablo XXVI. Çocuğu Cinsel İstismara Maruz Kalmış Ebeveynlerin DES Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançları Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları 188
Tablo XXVII. Çocuğu Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin DES Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançları Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları 189
Tablo XXVIII. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin DES Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançları Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları 190
Tablo XXIX. Katılımcıların Örneklem Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarına Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Analizi Bulguları 192
Tablo XXX. Çocukları Cinsel İstismara Maruz Kalmış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnançlarının Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 194
Tablo XXXI. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnançlarının Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 195
Tablo XXXII. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnançlarının Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 196
Tablo XXXIII. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Regresyon Adımları 197
Tablo XXXIV. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine Gelen Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular 198
Tablo XXXV. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular 200
Tablo XXXVI. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular 201

KISALTMALAR

ADİÖ: Adil Dünya İnancı Ölçeği

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)

ASHİM: Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

BDE: Beck Depresyon Envanteri

CTQ-28: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DKB: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

GADİÖ: Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği

KADİÖ: Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon çalışmaları; örseleyici deneyimler, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve dissosiyatif yaşantılar üzerine temellendirilmiştir ki bu bağlamda psikiyatri ve klinik psikoloji açısından hem kronik hem de kümülatif travmatik olaylarla en yakın ilişki dinamiğini dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları göstermektedir. Bir modern psikotravmatoloji kuramı olarak geliştirilen "*dissoanaliz*" ve insanlığın psikojenik teorisi odağında yapılandırılan *"psikotarih"*, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının geçmişten günümüze olan uzamda ailelerin ebeveynlik stilleri içerisinde belirli oranda korunarak kuşaktan kuşağa geçiş yaptığını önemle vurgulamaktadır ki, bu süreçte başta travma ile ilişkili dissosiyasyon olmak üzere depresyon ve adil dünya inancı da öne çıkan en temel psikolojik fenomenler arasında yer almaktadır (Öztürk, 2020a; 2022a). Ruhsal açıdan gelişim döneminde bulunan ve olumsuz yaşam olaylarına karşı korunması gereken çocukların, hem fiziksel ve duygusal olarak ebeveynleri tarafından optimal bir şekilde yetiştirilmesi hem de anne-babaları ya da bakım verenleri ile güvenli bağlanma geliştirmeleri fundamental bir gerekliliktir. Fonksiyonel bir toplumun imkanlı kılınması, sağlıklı bir çocukluktan geçmekte olup sağlıklı çocukluk da tüm bu fiziksel, duygusal ve ruhsal ihtiyaçların ebeveynler ya da bakım verenler tarafından hangi düzeyde karşılandığıyla yakından ilişkilidir. Buna rağmen çocukluğun tarihine psikotarihsel açıdan bakıldığında çocukluk çağı travmalarının geçmişten günümüze hala azımsanamayacak bir oranda var olduğu, hatta eski dönemlerdeki vurma ve dövme gibi fiziksel şiddetin yerini şımartma ve aşırı izin verme gibi daha çok duygusal açıdan istismar ve ihmal edici yeni travmaların aldığı görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları, erken çocukluk dönemlerinden itibaren bireylerin ruhsal entegrasyonunu tehdit eden, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar gibi insan eliyle gerçekleştirilen veya deprem ve sel gibi doğal afetler sonucu oluşan olumsuz yaşam olaylarını kapsamaktadır (Çelik & Hocaoğlu, 2018; deMause,

1997; Herman, 2011; Öztürk, 2020b). Ebeveyn kaybı, boşanma, anne-babadan ayrı kalma, evlat ayrımı, duyarsızlık, ailede gizli cepheleşme ile savaş, terör, soykırım ve göç gibi kitlesel fenomenler de çocuklar üzerinde ciddi travmatik etkilere ve bilinç kesintilerine neden olabilmektedir (Herman, 2011; Öztürk 2020b).

Çocukluk çağı travmaları, çocuğun biyopsikososyal gelişiminin erken döneminde gerçekleştiği için yetişkinlikte maruz kalınan travmatik yaşantılardan daha derin ruhsal izler bırakabilmektedir ve (ayrıca) bireylerin yetişkinlik yaşamı süresince karşılaşabileceği travmatik olaylara karşı reaksiyonları hatta psikolojik savunmaları üzerinde de etkili olabilmektedir (Öztürk, 2020b; Şar, 2018). Özellikle çocuğun duygu regülasyonunu, dürtü kontrolünü ve stresörlerle başa çıkabilme mekanizmalarını bozan çocukluk çağı travmaları aynı zamanda onun yoğun bir çaresizlik ve dehşet hissetmesine de sebep olduğu için dissosiyatif bozukluklar, sınırda kişilik bozukluğu, depresyon bozuklukları, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları gibi birçok psikopatoloji üzerinde etkili olabilmektedir (Aas ve ark., 2016; Örsel ve ark., 2011; Öztürk, 2020b). Çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalmış bireylerde bu psikopatolojilerin hangisinin ne düzeyde gelişebileceği; travmatik olayların sıklığı, şiddeti ve süresi; bu yaşantılar karşısında bireylerin travmayı nötralize edebilme ve baş edebilme kapasiteleri ile doğru orantılı olarak belirlenebilmektedir (Öztürk, 2020b).

Çocukluk çağı travmaları, insanlık tarihinin başlangıcından beri var olan, günümüzü ve gelecekteki kuşakları maksimal oranda negatif yönde etkileyebilen adli tıbbi bir fenomen olduğu kadar aynı zamanda önemli bir halk sağlığı problemidir (Baker, LeBlanc, Adebayo & Mathews, 2021). Reviktimizasyon riski fazla olan çocukluk çağı travmalarının uzun dönem etkilerine bakıldığında tedaviye direncin de güçlü olduğu psikopatolojilerin gelişme oranının yüksek olduğu görülmektedir (Lacharité, 2007; Yaşar & Gültekin-Akduman, 2007). Bunun

yanı sıra özellikle kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış bireylerin, temel düşünce ve inanç sistemleri kökten sarsıldığı, ruhsal entegrasyonları büyük ölçüde bozulduğu, bilinç kesintileri yaşandığı ve muhakeme yetenekleri de olumsuz biçimde etkilendiği için yetişkinlik dönemlerinde reviktimize olma olasılıkları daha yüksektir (Öztürk, 2020b). Reviktimizasyon kısır döngüsü kırılmadığı sürece de bireyler ya kendi çocuklarını travmatize ederek ya da muhakeme yetenekleri yeterince gelişemediğinden olası riskleri öngöremeyerek ve bunun neticesinde çocuklarını koruyamayarak travmatize olmalarına sebep olabilirler. Öztürk, reviktimizasyon kısır döngüsünün kırılabilmesi için geliştirdiği "*Travma Merkezli Alyans Model Terapi*" ile olumsuz yaşam olaylarının en kısa sürede nötralize edilebildiğini önemle vurgulamaktadır (Öztürk, 2018b; 2020b; 2021b).

Bireyler üzerinde psikopatolojik açıdan yıkıcı etkilere sebep olabilen dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve cinsel işlev bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik hastalıkla ilintili olan çocukluk çağı travmalarının, madde kullanım bozuklukları ve depresyonla da yüksek oranda ilişki gösterdiği vurgulanmaktadır (Aas ve ark., 2016; Gül ve ark., 2016; Kounou ve ark, 2017; Öztürk, 2020a). Depresyon en genel tanımıyla, derin bir üzüntü hali içerisinde olma, konuşma ve hareketlerin yavaşlaması, kendini durgun, değersiz, suçlu ve yorgun hissetme, dikkat ve konsantrasyonun azalması, uykuya dalma ve sürdürmede zorlanma, yaşamaya dair istek ve motivasyonun azalması, özkıyım düşünceleri, umutsuzluk, iştah kaybı, cinsel isteksizlik, ajitasyon, karamsar duygu ve düşünceler ile fiziksel aktivitelerin yavaşlaması gibi birçok semptomu içerisinde barındıran bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Evren & Ögel, 2003; Şahin, 2019). Bireylerin daha önce yapmaktan keyif aldığı aktiviteleri ya da işleri yapamaz hale gelmesi, depresyonun önemli psikopatojen parametrelerinden biridir (Özen & Taşdemir, 2022). Çocukluk çağı travmaları depresyonun progronuzu, şiddetini ve hastanın tedaviye cevabını negatif yönde etkilemekte ve depresyonun

iyileşme sürecini uzatmaktadır. Majör depresyon bozukluğu ve (özellikle) dissosiyatif depresyon süreci genel olarak travma ile ilişkili dissosiyatif deneyimlerle birlikte fonksiyon görmektedir (Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Öztürk, 2020a; Simon ve ark., 2009; Wainright & Surtees, 2002; Widom, Dumont & Czaja, 2007).

Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları bireylerin; psikososyal gelişimlerini sekteye uğratmakta, ruhsal entegrasyonlarını bozmakta ve aktüel hayattaki işlevselliklerini kesintiye uğratmaktadır ki bu durumla baş edilmesi adına en sık başvurulan yol dissosiyatif savunmalardır (Derin & Öztürk, 2018a; Öztürk, 2017, 2020b; Rudnytsky & Dupont, 2019). Dissosiyatif yaşantıların sıklığının, şiddetinin ve süresinin artması bireylerde ya da travmatik öznelerde dissosiyojen psikopatolojilerin gelişmesini olanaklı kılar (Öztürk, 2017, 2020b; Putnam, 1997). Özellikle insan eliyle gerçekleştirilen travmatik olay sonrası kişilerin doğuştan getirmiş oldukları kendilerine, diğerlerine ve dünyaya dair güvenli dünya, incinmezlik ve insanların iyi olduğu gibi temel varsayımların zarar görmesi sonucunda bireyler kendi kırılganlıkları ve incinebilirlikleriyle yüzleşmek durumunda kalmaktadırlar. Bunun sonucunda dünya ve insanlar artık güvenilmez ve tahmin edilemez bir yer haline gelir (Janoff-Bulman, 1999; Janoff-Bulman & Frantz, 1997; Wickie & Marvit, 2000). Yetişkinlikte deneyimlenen travmatik olaylar sonrası bireyler, olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkabilmek için dissosiyasyonu kullanabilmelerinin yanı sıra travmatik yaşantı sebebiyle doğuştan getirilen güvenli dünya ve incinmezlik algısı gibi zarar gören temel varsayımlarını da yeniden inşa etmek durumunda kalabilmektedir. Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları bildiren bireyler, çoklu travma öyküleri sebebiyle genel olarak daha fazla dissosiyatif savunmaları kullanmakta olup aynı zamanda adil dünya inancıyla ilgili açmazlar yaşamaktadırlar. (Öztürk, 2020b; Şar, 2018; Yalçın & Öztürk, 2018).

Travmatik yaşantılar sonucunda insanların doğuştan getirdiği, dünya, diğerleri ve kendileri ile ilgili temel varsayımları sarsılarak deneyimlediği majör travmalardan önce sahip

olduğu inançların yerini bir dizi varoluşsal sorgulama sonucu yeniden oluşturulan "*sarsılmış varsayımlar*" alabilmektedir (Janoff-Bulman, 1999; Yalçın & Öztürk, 2018). Bu sarsılmış varsayımlara göre bireyler dünyanın artık eskisi gibi güvenli bir yer olmadığını, insanların kötülük yapma kapasitesine sahip olduğunu düşünmeye başlar ve bu yaşantılar sonrasında kırılmazlık, incinmezlik, güvenli dünya algısı ve adil dünya inancı gibi düşüncelerin önemli ölçüde zarar gördüğü ortaya çıkmaktadır (Janoff-Bulman, 1999; Janoff-Bulman & Frantz, 1997). Adil dünya inancı, dünyanın tüm insanlar için adil bir yer olduğuna ve insanların başlarına gelen her şeyi hak ettiklerine inanma eğiliminde olduklarına işaret eden temel bir yanılsamadır (Lerner, 1980). Bu yanılsamanın, insanların günlük yaşamlarını düzenleyebilmelerine ve geleceğe dönük planlar yapabilmelerine yardımcı bir fonksiyonu bulunmaktadır. Lerner ve Miller (1978), insanların dünyanın durağan ve düzenli bir yer olduğuna inanma ihtiyacı içinde olduklarını belirtmişlerdir. Tüm bunlara karşın insanlar dünyanın aslında durağan, düzenli ve adil olmadığına yönelik çok ağır travmatik yaşantılarla ya da üst üste gelen adaletsiz durumlarla karşılaştıklarında bu inançlarını değiştirmek zorunda kalmaktadırlar (Yılmaz, 2008).

Çocukluk çağı travmaları bireylerin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü örseleyici yaşantılar olabildiği için tıbbi bir fenomen olmasının yanı sıra çocuk hakları ihlalleri ve ceza hukuku açısından ise adli bir fenomendir. Adli sisteme konu olan çocukluk çağı travmalarının hem adli hem de psikolojik açıdan değerlendirilmesi sürecinin vakalarda ikincil travmatizasyona yol açmayacak şekilde ivedilikle ve kısa sürelerde gerçekleştirilmesi temel bir gerekliliktir. Özellikle cinsel istismara maruz kalan çocukların, ifade alınırken daha fazla travmatize olmalarının önüne geçilebilmesi adına adli sürecin multidisipliner bir şekilde ve tek elden gerçekleştirilebilmesi amacıyla kurulan Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) bu konuda atılmış önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir (Arslan & Erkol, 2021). ÇİM ilk kez Ankara'da 2010 yılında pilot uygulama olarak başlamış olup 2022 yılı itibariyle 57 ilde 60

ÇİM faaliyet göstermektedir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü [KHGM], 2022). ÇİM'lerde mağdur çocukla adli görüşme yapılmasının yanı sıra çocukların ebeveynleriyle de aile görüşmesi yapılarak birincil danışmanlık hizmeti gerçekleştirilmektedir. Yapılan aile görüşmesinin içeriği genellikle, ebeveynlerin ya da bakım verenlerin yaşanan olaya dair bilgisi, aile içinde çocuk açısından risk teşkil edebilecek bir durumun bulunup bulunmadığı ve ailenin de psikolojik desteğe ihtiyacının olup olmadığının tespitini kapsamaktadır. Aile görüşmeleri neticesinde kişilerin ilgili hukuki ve/veya danışmanlık tedbirlerine ihtiyaçlarının bulunup bulunmadığı anlaşılmaktadır (Orhan, Ulukol & Canbaz, 2019).

Doktora tez çalışmamızda, ÇİM'de aile görüşmesi yapılan ebeveynlerden gönüllü olanlar çalışmanın *"birinci grubu"* olarak belirlenmiştir. ÇİM'de sadece cinsel istismar mağduru çocukların işlemleri yürütülmesine rağmen cinsel istismarın bulunduğu yerde maksimal oranda başka olumsuz yaşam olayları da mevcuttur. Cinsel istismar başta olmak üzere diğer çocukluk çağı travmaları da psikopatolojilerin ana etiyolojik faktörleri arasında yer almaktadır. Kronik travmatik olayları deneyimleyen çocukların yaşamları boyunca çok sayıda tıbbi ve psikiyatrik soruna karşı daha savunmasız olduğu ve hemen hemen tüm ruhsal bozuklukların kökeninde çocukluk çağı travmalarının majör etkisinin olduğu görülmektedir (Li, D'arcy & Meng, 2016; Troisi, 2020). Psikiyatrik bir tanının çocuklara konması ve takibinin gerçekleştirilmesi, çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerinde hekimler tarafından gerçekleştirilmektedir. Çocuk psikiyatrisi, çocuğu içinde bulunduğu gelişim dönemi, biyolojik ve genetik yapısı, yetiştiği aile ve çevrenin onun üzerindeki psikolojik etkilerini birlikte değerlendiren, tanı ve tedavisini yürütmesinin yanı sıra koruyucu ve önleyici ruh sağlığı alanlarında da çalışmalar yapan bir bilim dalıdır. Çocukluğun yetişkinlikten ayrı bir dönem olduğu ve ona bir yetişkinden daha farklı ve daha özenli davranılması gerektiği görüşünün ortaya çıktığı 17. ve 18. yüzyıllarda başlayan çocuk psikiyatrisinin gelişimi 20.yüzyılda önemli bir ivme kazanarak ABD'de 1930'lu yıllarda, ülkemizde ise 1950'li yıllarda ayrı bir

uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir ve günümüzde de bu alanda birçok bilimsel çalışma yapılmaya devam etmektedir (Kerimoğlu, 1992; Polvan, 2000). Çocuk psikiyatrisi kliniklerinde hekimler çocuklarla ve aileleriyle klinik görüşmeler gerçekleştirmektedirler. Çalışmamızın örneklemini oluşturan *"ikinci grup"* ise bu klinik görüşmelere katılan ebeveynler arasından çalışmaya gönüllü olarak katılmış hem psikiyatrik tanısı bulunan hem de takibi psikiyatri kliniklerinde yapılan çocuğu olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden *"üçüncü grup"* ebeveynler: son grup ise çocuğu herhangi bir travmatik yaşantıya maruz kalmamış ve psikiyatrik bir tanı almamış anne-babalardan oluşmaktadır.

"Çocuk İzlem Merkezinde Adli Görüşmesi Yapılan Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Ebeveynlerinin, Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Çocukların Ebeveynlerinin ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışmanın kuramsal boyutu *"modern psikotravmatoloji"* ile *"dissoanalitik psikotarih"* teorileri üzerine yapılandırılmış olup ilgili çalışmanın nicel boyutunda ise klinik psikolojinin temel psikometrik ölçekleri kullanılmıştır. Bu bağlamda Lloyd deMause, travmatik ve dissosiyatif insanlık tarihinin aslında çocuk istismarı ve ihmali üzerine kurulu olduğunu belirtmektedir. Geçmişten günümüze olan uzamdaki tarihsel süreç içerisinde her nesil, şiddet odaklı ve empati yoksunu yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla kendi travmalarını çocuklarına aktarabilmektedir (deMause, 1997; Öztürk, 2016, 2020a). Bu durum gelecek nesillerde travma sonrası büyümeyi sağlayabileceği gibi reviktimizasyona da sebebiyet verebilmektedir (Kahil & Palabıyıkoğlu, 2018; Öztürk, 2017, 2020a, 2020b; Tedeschi & Calhoun, 2004). Bu nedenle aslında çocukluk çağı travmaları gelecek nesilleri de etkileyebilecek potansiyele sahip olması sebebiyle küresel bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir (Meinck ve ark., 2020). Gelecek nesillerin

ruhsal açıdan sağlıklı ya da minimal travmatik deneyimlere sahip bireylerden oluşması, gelişim odaklı ailelerin psikotoplumsal dönüşümlerde öncül ve lokomotif bir rol üstlenerek toplumda yeni bir insan ve aile profilinin var olması ve bu profilin toplum içerisinde oranının artması ile karakterizedir. Gelişim odaklı ailelerin toplumdaki oranının artması "*kuşaklararası gelişimi"* sağlarken empatiden uzak, şiddet yönelimli ailelerin toplumdaki varlığının artması ise "*kuşaklararası fosilleşime"* sebebiyet vermektedir. Kuşaklararası fosilleşim, disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleriyle travmatik yaşantıların ve psikopatolojilerin kuşaklararası geçişine hizmet etmeye devam etmektedir (Öztürk, 2021a, 2022c; Öztürk & Derin, 2019).

Doktora tez çalışmamızda farklı tür travmalara maruz kalarak ÇİM'e ve çocuk psikiyatrisine başvurmuş olan çocukların ebeveynlerinin travma bildirip bildirmedikleri, ebeveynlerin anne-babalarının çocuk yetiştirme stillerinin ebeveynlerin kendi çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisinin ne düzeyde olduğu, anne-babaların çocukluk çağı travmalarının depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inançları ile ilişkisi dissoanalitik ve psikotarihsel eksende ele alınmıştır. Bu çalışmanın temel amacı; çocuk izlem merkezinde cinsel istismar mağduru olarak ifadesi alınan (1.grup), psikiyatri kliniğinde takibi yapılan (2.grup) ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen (3. grup) çocuğu olan üç grup ebeveynin çocukluk çağı travmaları ile depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inancı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu çalışmada çocukları cinsel istismar (ÇİM'de takibi yapılan) ve psikopatoloji (psikiyatri kliniğinde takibi yapılan) bildiren ebeveynler ile çocuklarının herhangi bir travmatik yaşantısının bulunmadığını bildiren ebeveynler, dissoanalitik psikotarih ve modern psikotravmatoloji perspektifinden karşılaştırılmaktadır. deMause ve Öztürk'ün öncülüğünü yaptığı dissoanalitik psikotarih ve modern psikotravmatoloji kuramlarına göre aynı kuşak ebeveynler ya da çağdaş ebeveynler maksimal oranlarda birbirine benzer çocuk yetiştirme stillerini benimsediklerinden hatta şiddet odaklı çocuk

yetiştirme stillerini uyguladıklarından dolayı aynı dönemdeki ebeveynlerin hem kendilerinde hem de çocuklarında hem birbirine identik çocukluk çağı travmaları hem de birbirine benzer psikopatolojiler görülmektedir. Çalışmamızın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

1. Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
2. Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
3. Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
4. Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür.
5. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

6. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
7. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
8. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
9. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
10. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.
11. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları sırasıyla DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlere ve çocuğu

travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür.

12. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının, katılımcıların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı yordayıcılığı vardır.

13. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık rolü vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile ve Çocuk

2.1.1. Aile ve Ebeveynlik Kavramları

Dissoanaliz kuramı açısından aile; bilginin, deneyimin, merhametin, adaletin, sadakatin, geleneğin, empatinin ve travmatik yaşantılarla baş edebilme stratejilerinin ebeveynden çocuğa aktarıldığı toplumun en önemli ve en değerli ajanıdır. Toplumun en küçük yapı taşı olan ve insanlık tarihinin başından itibaren çeşitli yapısal ya da kültürel değişimlere uğrasa da günümüze kadar varlığını sürdüren aile, insanların içinde yaşamlarını sürdürdükleri ve onları topluma hazırlayan ilk sosyal çevre olarak tanımlanmaktadır (Hallaç & Öz, 2014; Turğut, 2017). Öztürk (2021a) aile kavramını, *"bir ulusun entegrasyonunun, dinamizminin ya da durağanlığının hem ana özelliğini hem de varlık biçimini belirleyen hatta o çağdaki kitlesel ruhla eşlenik olan toplumsal süreçlerin her hareketinden sorumlu olan en küçük ve en eksiksiz bütünün ta kendisi!"* şeklinde tanımlamaktadır. Bir diğer tanıma göre aile, insan türünün üreyerek devamlılığını sağlayan, aynı hane içerisinde yaşayarak aynı geliri paylaşan, eşler, anne-babalar ve çocuklar arasında güven verici, içten ilişkilerin kurulduğu, içinde yaşadıkları kültürü kuşaktan kuşağa aktaran toplumsal bir yapıdır (Güler & Ulutak, 1992). Bir başka tanıma göre "*Evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik*" olarak tanımlanan "*aile*" bireylerin kimlik oluşumlarında ve topluma hazırlanmalarında büyük öneme sahip bir yapıdır (Özyürek & Tezel-Şahin, 2017). Aileye dair pek çok tanım yapılsa da genel olarak ailenin, iki veya daha fazla kişiden oluşan, sevgi ve aidiyet gibi duygusal bağları içeren ve kişilerin bazı temel rolleri üstlendiği bir yapı olduğu konusunda hemfikir olunmaktadır (Hallaç & Öz, 2014).

Modernleşmeyle birlikte çocuğa verilen önemin artması, çocukluk kavramının ortaya çıkması, ailelerin çocuk yetiştirme stillerinde de önemli değişim ve dönüşümlerin oluşmasını sağlamıştır. Bu durum ebeveynlik kavramının ve uygulamalarının önemini de gözler önüne

sermiştir. Aile kurulduktan sonra eşlerin bir bebek dünyaya getirmesi veya evlat edinmesi yoluyla ebeveynlik süreci başlamaktadır (Gökler & Atamtürk, 2021). Yetişkinlik yaşamında çok önemli bir aşama olarak tanımlanan ebeveynlik, insan türünün devamlılığının sağlanabilmesi ve sağlıklı çocuklar yetiştirilebilmesi adına anahtar bir role sahiptir (İnan-Kaya & Kaya, 2018). Savunmasız bir şekilde dünyaya gelen insan yavrusunun uzun bir süre kendisine bakabilmesi mümkün olmamaktadır. Bu nedenle ebeveynlerinin koruması ve desteği olmaksızın çocukların özellikle orta çocukluk dönemine kadar hayatta kalma olasılığı oldukça düşüktür (Hoghughi, 2004). Ayrıca kişilik gelişiminin temellerinin atıldığı çocukluk döneminde de kişiliğin olumlu bir şekilde oluşması ve topluma entegrasyonunun sağlanabilmesi için ebeveynler, çocuklarının birincil rol modelleri olmaktadırlar (Avcı & Şatır, 2020). Houzel (2013) ebeveynliğe yönelik multidisipliner bir tanım yaparken, çocuğa bakım ve eğitim verme, çocukla kurulan duygusal bağ ve çocukla ilgili yasal haklar olmak üzere ebeveynliğin üç boyutundan söz etmektedir. Mellier ve Graton (2015), Houzel'in ebeveynlik tanımına ek olarak ebeveynliğin sadece sosyal ve yasal boyutlarının değil kişisel ve ekonomik boyutlarının da olduğu görüşünü öne sürmektedir. Çocukların hayata dair ilk eğitimlerini aldıkları yer olan ailede ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutum ve davranışları yani çocuk yetiştirme stilleri çocukların kişiliğini, toplumla olan entegrasyon seviyelerini ve kendi çocuklarını nasıl yetiştireceklerini belirlemektedir. Bu nedenle sağlıklı bir toplumun inşasında ebeveynlerin en önemli işlevi sağlıklı nesiller yetiştirmektir (Gökler & Atamtürk, 2021). Ruhsal açıdan sağlıklı nesiller yetiştirebilmenin yolu fonksiyonel ailelerin pozitif iletişim dinamikleriyle karakterize gelişim ve empati odaklı doğru çocuk yetiştirme stillerinden geçmektedir (Öztürk, 2021a; 2022c).

2.1.2. Çocuk ve Çocukluk Kavramı

Psikotarih, insanlık tarihi boyunca *"çocuk"* ve *"çocukluk"* kavramına olan atıfların toplumların gelişim düzeyi ile orantılı olarak değiştiğini ve yinelendiğini önemle vurgularken

aynı zamanda modern psikotravmatoloji paradigma ve modaliteleri, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar üzerine kuruludur (deMause, 1997; Öztürk, 2020a, 2022b). Antik çağlardan beri insan soyunun devamı olarak görülen çocuk en geniş tanımıyla fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olgunluğa ulaşmamış birey olarak ifade edilmektedir (Erkut, Balcı & Yıldız, 2017; Karadoğan, 2019). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (1989) tarafından kabul edilen Birlemiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin ilk maddesinde yapılan çocuk tanımına göre; "*Bu sözleşme uyarınca; daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır."* 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 3.maddesinin a bendindeki tanıma göre ise çocuk, *"daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişiyi ifade eder."*. Bu genel tanımlamaların yanı sıra çocuk tanımı yapılırken farklı yaklaşımlar da mevcuttur (Sağlam & Aral, 2016). Dede (2021) çocuğu, gözlem yapıp sürekli sorular sorarak çevresini anlamlandırmaya çalışan, masum ve eşsiz bir varlık olarak tanımlamaktadır. Bunun yanı sıra çocuk, erişkin bireylerden farklı olarak henüz finansal ve hukuksal açıdan bağımsızlık ve statü kazanmamış kişi olarak da ifade edilmektedir. Yörükoğlu (2011) çocuk kavramını tanımlarken hızlı ve şaşırtıcı değişimler gösterebilmelerini, kendine özgü nitelikleri olmalarını vurgularken Altınköprü (2003) de çocuğu sürekli gelişim içinde olan bir varlık olarak açıklamaktadır. Beter (2010) ise çocuğu, insan hayatının ilk dönemini oluşturan, gelişen bir yapıya sahip olan ve yetişkinler tarafından korunmaya ihtiyacı bulunan masum kişiler şeklinde tanımlamaktadır.

İnsan yaşamının bebeklikle ergenlik dönemleri arasında bulunan, toplumsal gelişim açısından önemli bir yere sahip olan çocukluk kavramı günümüzde hayatın önemli ve natürel bir halkası olarak görülmesine rağmen tarihin farklı dönemlerinde, farklı toplumlarda hatta aynı toplum içerisindeki farklı kesimlerde değişen tanımlara sahip olduğundan aslında sosyo-kültürel bir kavramdır (Dirican, 2018; Karadoğan, 2019; Tan, 1989; Uğur, 2018). Bu nedenle uluslardaki psikotoplumsal gelişmeler, çocukluğa bakış açısının ve çocukluk tanımının da

değişim göstermesini sağlamıştır (Özcan, 2017; Toran, 2012). Çocukluk tanımının ve algısının, antik çağlarda üzerinde mutlak hakimiyetin söz konusu olduğu çocuk anlayışından günümüzde çocuk odaklılık anlayışına evrildiği görülmektedir. Aristo tarafından "*insan yaşamındaki en felaket zaman*" olarak tanımlanan çocukluk kavramı günümüzde, bireyin kişiliğinin gelişiminde önemli yapıtaşlarının oluştuğu ve dolayısıyla gençlik ve yetişkinlik dönemlerini doğrudan şekillendiren bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Sağlam & Aral, 2016). Bir başka tanıma göre ise çocukluk insanın, aile, okul ve geniş bir sosyal çevre aracılığıyla tamamen yetişkin olmayı öğrendiği bir sosyalleşme zamanı olarak ifade edilmektedir (Holloway & Valentine, 2013). Çocukluk döneminin insanlar üzerindeki etkileriyle ilgili yapılan çalışmalar arttıkça toplumun geleceğinin çocukluk döneminin ne kadar sağlıklı geçirildiğiyle ilgili olduğu gerçeğinin yadsınamaz bir hale geldiği görülmektedir (Gültekin & Baran, 2005; Özcan, 2017). Ruhsal, bedensel ve zihinsel açıdan sağlıklı olmanın yanı sıra başarılı, kendine-topluma yararlı ve ahlaklı olmak da geçirilen çocukluk dönemiyle yakından alakalıdır. Bu nedenle çocukların eğitimi, sağlığı, sosyal haklarının korunması gibi konular son yüzyılda özellikle önem kazanmıştır ve gelişmiş toplumlarda devletler, politikalarını oluştururken bu konular üzerinde önemli çalışmalar yapmaya başlamıştır (Acehan ve ark., 2013; Güçlü, 2016).

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

Aileler bir toplumu oluşturan ve gelecekteki toplumun oluşmasını sağlayacak yeni nesilleri yetiştiren yapılardır ve bu nedenle sağlıklı toplumlar sağlıklı ailelerden geçmektedir. Fakat geçmişten günümüze normallikten psikopatolojiye kadar birçok aile tipi mevcut olmuştur. Bu nedenle aile dinamiklerini yorumlayabilmek için "*normal aile*", "*disfonksiyonel (görünürde normal) aile*" ve "*patolojik aile*" kavramları ortaya konmuştur. Normal aile kavramı; aile içerisinde herhangi bir kimsede psikopatoloji saptanmamış, ruhsal ve sosyal açıdan tümleşik, gelişimi merkez almış, şiddetten uzak, birbirlerine empati çerçevesinde

yaklaşan sağlıklı ebeveynler ve çocuklardan oluşan işlevsel aileler için kullanılmaktadır (Öztürk, 2020b). İkinci aile yapısı olarak görünürde normal (disfonksiyonel) aile kavramı, Öztürk (2003) tarafından ilk defa "*Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı*" başlıklı doktora tezinde kullanılmıştır. Disfonksiyonel (görünürde normal) aile, klinik olarak değerlendirildiğinde eşik altı tanı kriterleriyle seyreden, işlevsiz, çocukluk çağı travmalarına yol açan köklerini kuşaklararası bir tarihten alan, kendi içerisinde tutarlı, ancak sağlıksız ve patolojik düşünce, duygu ve davranış kalıpları gösteren aileler olarak tanımlanmaktadır. Bu ailelerde psikiyatrik tanı almış en az bir çocuk ve herhangi bir tanı almamış olmasına rağmen eşik altı tanı kriterlerine sahip olan ebeveynler bulunmaktadır. Disfonksiyonel ailelerdeki ebeveynler empatik olmayan yanlış çocuk yetiştirme stillerini çocuklarını cezalandırmak için kullanmaktadırlar (Öztürk, 2016, 2020a, 2020b; Öztürk & Şar, 2006). Üçüncü olarak patolojik aile kavramına bakıldığında; ailenin hemen her üyesinin en az bir psikiyatrik tanı almış olduğu görülmektedir (Öztürk, 2021a, 2022c; Öztürk & Derin, 2021c; Öztürk & Şar, 2006). Öztürk (2022c)'e göre disfonksiyonel ve patolojik aileler kendi ebeveynlerinden getirdikleri yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle çocuklarını travmatize ve dissosiye etmekte, böylelikle travmanın kuşaklararası geçişine hizmet etmekle birlikte özellikle toplumda patolojik aileden çok disfonksiyonel aile yapısının daha yaygın olması ve dışarıdan kolaylıkla ayırt edilememesi sebebiyle görünürde normal (disfonksiyonel) aileler toplumun gelişimi açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır (Öztürk, 2022c).

2.1.4. Psikotarihsel Çocuk Yetiştirme Stilleri

Aydınlanma Çağı ve akabinde Fransız Devrimi sonrası ortaya çıkmaya başlayan hümanistik yaklaşımlar insana ve çocukluğa dair düşüncelerde pozitif yönde önemli değişimlerin başlamasına sebep olmuştur. Özellikle 20. yüzyılda gelişen ekonomi, bilim ve teknolojinin de katkısıyla bireyin ve çocuğun toplumdaki yerinin değişimi büyük bir ivme

kazanmıştır. deMause (1997/1998b) insanlığın tarih sahnesine çıkmasından itibaren ruh kavramının toplum içerisinde yapılanarak sürekli bir dönüşüm gösterdiğini belirtmektedir. Her ne kadar 20. yüzyılda bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte insanın ve çocuğun toplum içindeki yerinin de hızlı bir şekilde dönüşüm gösterdiği ifade edilse de aslında bu dönüşümdeki temel aracı unsurun ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri olduğunu, çocuk yetiştirme stillerinin ise her toplumda, kültürde ve tarihin her döneminde çocukların ne kadar istismar ve ihmal edildiğiyle doğru orantılı bir şekilde farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. deMause (1997/1998b) çocuk yetiştirme stillerini, erken ve geç infantisidal, terk etme, ambivalant, intruzif, sosyalize edici ve yardım edici olmak üzere altı psikojenik evrede ele almaktadır. Çocuk yetiştirme stillerinin tarihin ilk zamanlarından günümüze değin instabil bir yönelimde ve yavaş bir şekilde de olsa iyiye gitmekte olduğunu belirten deMause, çocuk yetiştirme stillerinin psikososyal evriminin ebeveynlerin istismar edici tutumundan empatik tutuma kadar yavaş, sistemsiz fakat yine de gelişerek ilerleyen bir süreç olduğunu belirtmiştir (deMause, 1998b). Bu empatik tutumun üst düzeye geldiği günümüzde istismar edici, şiddet içerikli çocuk yetiştirme stillerinin hızlı bir biçimde terk edildiği görülmesine rağmen, şımartma, anne-babalık reddi, duyarsızlık ve çift mesaj gibi daha çok duygusal açıdan travmatize edici yeni disfonksiyonel iletişim dinamikleri her toplumda belirli oranda uygulanmaya başlamıştır (Öztürk, 2018a).

Psikotarihe göre günümüzde en gelişmiş çocuk yetiştirme stili kişinin bireyselliğine ve biricikliğine saygı duyan, bireyin bu hakkını ve gelişimini destekleyen destekleyici/yardım edici ebeveynlik stilidir (Derin & Öztürk, 2018b; Öztürk, 2016, 2018a). Öztürk (2021a/2022c) destekleyici ebeveynliğin günümüzde "*arkadaş ebeveynlik stili*" olarak uygulanmasının çocuklar açısından zarar verici olduğunu, bu tarzda ebeveynlerin bilinçdışı olarak anne-babalık ya da bakım verme sorumluluğundan kaçınmaya çalıştıklarını bir nevi ebeveynlik reddinin söz konusu olduğunu, bu durumun çocukların gelişim dönemlerinde çift mesaj olarak

algılanabileceğini, çocuklarla olan iletişimi bozabileceğini ve onların ruhunda ikiliğe sebep olabileceğini ifade etmektedir. Öztürk (2020a) yeni bir ebeveynlik stili olarak kuşaklararası aktarılan ve doğrulukları büyük oranda kanıtlanmış yöntemlerin hakim olduğu "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili*"ni önermektedir. Bu ebeveynlik stilinde çocukların soyut işlem dönemine kadar doğal (sezgilerin ve içgüdülerin hakim olduğu) ebeveynlik, soyut işlem döneminde ise rehber (çocuğu birey olarak gören, karşılıklı güvene dayalı, empatik) ebeveynlik stilinin uygulanmasının çocuk gelişimi açısından daha işlevsel olacağı belirtilmektedir (Öztürk, 2020a; 2022c).

2.2. Ruhsal Travma

Ruhsal travma, travmatik olayların insanlar üzerinde bıraktığı etkiler ve ruhsal yaralanma olarak tanımlanmaktadır (Sargın & Akdan, 2016). Travmatik olaylar, kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden, hayatın olağan akışını kesintiye uğratan, oluşumu itibariyle doğal afetler (deprem, yangın, kasırga vs.), insan davranışları (savaşlar, cinsel-fiziksel saldırı, işkence vs.) veya kazalar sonucu ortaya çıkan, zorlayıcı nitelikte ve kişinin başa çıkmakta zorlandığı olaylar olarak ifade edilmektedir (Aker, Aydın, Beşiroğlu & Çelik, 2014). Dolayısıyla travmatik olaylar aslında nesnel tehdit ile öznel baş etme gücü arasındaki yaşamsal dengesizlik sonucu kişinin bilinç kesintisi, dissosiyatif açmazları, çaresizliği ve güçsüzlüğü ile yüz yüze gelmesi durumudur (Öztürk, 2003; 2020b). Bir başka tanımda da travmatik olayların beklenmedik bir şekilde kişide yoğun bir çaresizlik ve kontrolsüzlük duygusu yaratması üzerinde durulmaktadır (Herman, 2011). Travmatik olay sonucunda her insanda ruhsal travma oluşmayabilir. Bazı insanlar için ağır travmatik bir yaşantı olabilecek durum bazı insanlar açısından önemli bir stresör olmayabilir, bu durum travmatik olayın içeriğine, kişisel ve çevresel faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir (İnan-Ünlü, 2020; Van der Kolk, 2003).

Ruhsal travma aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, kişinin ya da sevdiklerinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olayların kişide yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duyguları yaratmasıdır. Bu bağlamda psikolojik travmanın, örseleyici yaşam deneyimlerine maruz kalan kişilerin fonksiyonelliğini bozan hatta ruhsal entegrasyonunu sekteye uğratan dissosiye edici bir fenomen olarak devreye girdiği vurgulanmakta ve (özellikle) farklı psikopatolojik belirtilerin yanı sıra toplumsal sonuçlara da sebep olan ruhsal süreçler şeklinde tanımlamaktadır (Cohen 2019; Weathers & Keane 2008). DSM-5 (2013) kriterlerine göre ruhsal travma; ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır şekilde yaralanma, cinsel saldırıya maruz kalma, başkalarının yaşadığı travmatik yaşantılara tanık olma, yakınlarından birinin başına travmatik bir olayın geldiğinin öğrenilmesi ya da meslek kaynaklı olarak travmatik yaşantılara yineleyen bir şekilde maruz kalma olarak açıklanmaktadır (APA, 2013). Bu çalışma çocukluk çağı travmaları ekseninde yapılandırıldığı için bir sonraki bölümde çocukluk çağı travmaları ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır.

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Kavramı

Modern psikotravmatoloji paradigmaları ve dissoanaliz kuramına göre nevrotik psikiyatrik hastalıkların temelinde kronik çocukluk çağı travmaları maksimal oranda fonksiyon görmektedir. Psikotravmatoloji, bir bilim ikonu olan Pierre Janet'in travma ve dissosiyasyon odaklı çalışmaları ile başlarken ülkemizde ise modern psikotravmatolojinin öncülüğü Öztürk tarafından yapılmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b; 2022c). Erken yaşta başlayan kronik ve kümülatif olumsuz yaşam olayları, çocukların biyopsikososyal gelişimini kesintiye uğratabilmektedir (Afifi, Brownridge, Cox, & Sareen, 2014; Berber, Arslan, Karanfil & Çekin, 2008). Dolayısıyla çocukluk çağı travmaları bireysel olarak psikososyal bir problem olmakla birlikte aynı zamanda travmaya maruz kalan çocukların yetişkinliklerinde çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla kendi çocuklarını da travmatize edebilmeleri sebebiyle sadece kendilerini değil çocuklarını da ruhsal açıdan olumsuz etkilediği için bir halk sağlığı

problemi olarak da ele alınmaktadır (Öztürk, 2020b; Sethi ve ark., 2018; Van der Kolk, 2005). Çocukluk çağı travmaları çocuklukta veya genç erişkinlikte yaşanan fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal yaşantılarını kapsamaktadır (Güneri-Yöyen, 2017). Buna göre 18 yaşın altındaki çocuklara karşı yapılan fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyici her tür davranışın istismar; onların beslenme, bakım, gözetim, eğitim, sevgi ve şefkat gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması ise ihmal olarak adlandırılmaktadır (Demirkapı, 2013). Bir başka tanıma göre; çocukluk çağı travmaları, insanların 18 yaşından önce yaşadığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile ihmalin yanı sıra ebeveyn kaybı, anne-babadan ayrılma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalara ve doğal afetlere maruz kalma şeklinde tanımlanmaktadır (Herman, 2011). Perry (1999) ise diğer tanımlamalardan farklı olarak doğal afetler, kazalar, yüksek riskli hastalıklar, ebeveynlerin kaybı gibi aşırı stres içeren, çocukların yoğun korku duymalarına ve tepki vermelerine neden olan yaşam olaylarını da çocukluk çağı travmaları kapsamında ele almaktadır.

Öztürk (2020b) çocukluk çağı travmalarının sadece çocuk istismarı ve ihmalinden ibaret olmadığını, görünürde normal ebeveynlerin ya da çocuğa bakım veren kişilerin evlat ayrımı yapması, duyarsızlık, çift mesaj, sahte karşılıklılık ve şımartma gibi disfonksiyonel iletişim dinamiklerinin de çocuklarda depresyona ve klinik düzeyde dissosiyasyonun deneyimlenmesine neden olmasından ötürü çocukluk çağı travmaları kapsamında yer aldığını belirtmektedir. Buna ek olarak görünürde normal olan ailelerin travmalarını, aracı bir unsur olarak çocuk yetiştirme stilleriyle çocuklarına aktardıklarını ifade etmektedir. Öztürk (2020b), görünürde normal ailelerin empatiden uzak, çocuğun kendilik değerini hiçe sayan, şiddet eğilimli yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle evlatlarını travmatize ve dissosiye ettiklerini belirtmektedir. Çocukluk çağı travmaları, fiziksel ve psikolojik örselenmelerin teşhisi ve tedavisi açısından sağlık bilimlerinin, suç ve ceza açısından adli bilimlerin, hukuk ve kolluk

alanının, bireysel ve toplumsal nedenleri ve sonuçları açısından da sosyal bilimlerin ilgi alanı olan multidisipliner bir olgudur ve bu nedenle farklı alanlarda, farklı araştırmacılar tarafından hem interdisipliner hem de intradisipliner bir eksende çalışılması ve bu doğrultuda travmaları önleme stratejilerinin geliştirilmesi temel bir gerekliliktir (Polat, 2019).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Çocuk istismarı en genel tanımıyla 0-18 yaş arasındaki çocuğun bedensel, psikolojik ve sosyal gelişimini sekteye uğratacak, toplumsal normlara uymayan ve kasıtlı bir şekilde yapılan her türlü kötü muamele, eylem ve eylemsizliklerin tümüdür (Bağçeli Kahraman & Çubukçu, 2019; Tıraşçı & Gören, 2007). Dereobalı ve arkadaşları (2013) çocuk istismarını, çocuğun gelişimini ve büyümesini olumuz şekilde etkileyen her türlü davranış olarak ifade etmekteyken Polat (2004) ise çocuğa bakım vermekle yükümlü kişiler tarafından önlenebilir olduğu halde bilinçli bir şekilde ve büyük oranda bizzat bakım verenlerin kendisi tarafından gerçekleştirilen zarar verici davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanımda ise bir veya birden fazla çocuğa kasıtlı zarar vererek mağdur eden, toplumsal ve uluslararası normlarca da yasaklanan, istismar olduğuna dair hemfikir olunmuş tüm eylemlerin çocuk istismarı olduğu ifade edilmektedir (Fırat, İltaş, & Işık-Yılmaz, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (2016) çocuk istismarını ve ihmalini 18 yaş altındaki çocukların gelişimini örseleyen fiziksel, cinsel ve duygusal istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan çocuğa yönelik kötü davranışlar olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanıma göre ise çocuk istismarı, 18 yaşın altındaki bir kişinin fiziksel ve psikolojik şiddet, cinsel istismar, ihmal ve aile içi şiddete maruz kalmasıdır (Laferrière & Deshaies-Moreault, 2018). Taner ve Gökler (2004) ise çocuk istismarı ve ihmalini, ebeveyn ya da bakım veren bir yetişkin tarafından çocuğa yönelik, toplumsal normlara aykırı ve alanında uzman profesyonel kişiler tarafından örseleyici ya da uygunsuz olarak görülen ve çocuğun gelişimini sekteye uğratan veya kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü olarak tanımlamaktadır. Bu durumun sonucunda çocuklar bedensel,

zihinsel, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali genellikle fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmaktadır (Afifi, Brownridge, Cox, & Sareen, 2014; Çelik & Hocaoğlu, 2018; Polat, 2020; Zeanah & Humphreys, 2018).

2.2.2.1. Fiziksel istismar

Çocuklukta fiziksel istismar genel olarak, ebeveynler veya diğer yetişkin bakıcılar tarafından 18 yaşından küçük çocuklara yönelik her türlü bedensel ceza ve diğer her türlü işkence, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya ceza olarak tanımlanmaktadır (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2015). Polat (2020) fiziksel istismarı, çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen, vücudunda yaralanmalar ve lezyonlar oluşmasına sebep olan davranışlar olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanıma göre ise fiziksel istismar, bir kaza olmadan çocukta yaralanma, berelenme, yanma, zehirlenme, kırık-çıkık veya ölümle sonuçlanabilecek her türlü kasıtlı yetişkin davranışlarıdır (Aydın, 2005; Irmak, 2011). Güner ve arkadaşları (2010) fiziksel istismarı, bir yetişkinin, çocuk üzerinde otoriteyi sağlamak, onu cezalandırmak ya da öfkesini boşaltmak amacıyla elle veya bir aletle çocuğun bedeninde iz bırakacak şekilde şiddet uygulayarak zarar vermesi olarak tanımlamaktadır. DSM-5 (2013) kriterlerine göre çocuğun fiziksel istismarı, ebeveyn, bakım veren ya da onun sorumluluğunu taşıyan başka bir erişkin tarafından istemli uygulanan, küçük yaralardan/berelenmelerden ağır kırıklara ve ölüme kadar uzanan bir aralıkta, yumruklama, dövme, tekmeleme, ısırma, sallama, atma, boğma, vurma (elle, sopayla, kayışla ya da başka bir nesneyle) ve yakma yoluyla ya da başka bir yöntemle çocuğun bedensel yaralanmasına yol açmak olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Fiziksel istismar en çok vücuttaki morluklar, çatlaklar ve kırıklar şeklinde görülebildiğinden dolayı belirlenmesi diğer istismar türlerine göre daha kolay nitelikteki

çocuk istismarı türü olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel istismarın en çok görülme şekli genellikle disiplin ve cezalandırma amacıyla uygulanan dayaktır (Polat, 2004; 2020). UNICEF'in 2017 yılında hazırladığı rapora göre; dünyada 2-4 yaş aralığındaki çocukların dörtte üçü bir diğer ifadeyle 300 milyon çocuk evlerinde kendilerine bakan kişilerin fiziksel ve duygusal istismarına maruz kalmaktadır. 30 ülkeyi kapsayan bir çalışmada 1 yaşındaki her 10 çocuktan yaklaşık 6'sı düzenli olarak şiddet içeren disiplin önlemleriyle karşılaşmaktadır. 1 yaşındaki çocukların hemen hemen dörtte biri ceza olarak sarsılmakta, her 10 çocuktan biri ise yüzüne, başına ya da kulaklarına yönelik fiziksel darbe almaktadır (UNICEF, 2017). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kalan kişilerde yetişkinlik dönemlerinde saldırganlık ve suça yönelme, akranlarına göre daha erken yaşta alkol kullanımına başlama, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, suisid düşünceleri ve girişimleri, dissosiyasyon ve TSSB görülebilme olasılığı böyle bir yaşantısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Afifi, Brownridge, Cox & Sareen, 2006; Hardt, Sidor, Nickel & Kappis, 2008; Rothman, Edwards, Heeren & Hingson, 2008). Fiziksel istismarın uygulanma şekli, şiddeti ve ne sıklıkla uygulandığı bireylerin yetişkinlik döneminde gelişebilecek psikopatolojiler açısından büyük bir önem arz etmektedir (Post, Weiss & Gabriele, 1992). Fiziksel istismarın öne çıkan literatürdeki iki alt türü sarsılmış bebek sendromu ve Muchausen by Proxy'dir ve bu iki tür aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmaktadır:

2.2.2.1.1. Sarsılmış bebek sendromu

Sarsılmış bebek sendromu çocuk istismar türleri arasında en yaygın nörolojik yaralanma ve ölüm sebebi olarak görülen fiziksel istismarın en şiddetli türleri arasında yer almaktadır. Bebeklik dönemine özgü bir istismar türü olan sarsılmış bebek sendromu en çok 2 yaşın altındaki bebeğin kollarından ve vücudundan tutularak şiddetli bir şekilde sarsılması sonucunda oluşan, bebek ve küçük çocuklara uygulanan kafa travması istismarını tanımlayan

klinik bir durumdur (Christian & Block 2009). Sıklıkla 15 ayın altında bulunan, özellikle de altı ay altındaki bebekler öfkeli ebeveynleri ya da bakıcıları tarafından, mamasını yememesi ya da sürekli ağlaması sebebiyle şiddetlice sallandıklarında oluşmaktadır. Bu bebeklerde solunum güçlüğü, bradikardi, irratibilite, apne ve bilinç kaybı sık karşılaşılan bulgulardır (Christian & Block 2009). Sarsılmış bebek sendromu, bilateral retina kanamaları, subdural kanama ve anoksik ensefalopatiyi içeren bir dizi klinik bulguyla karakterizedir (Ksiaa ve ark., 2020). Buna göre subdural kanaması olan çocukların ailelerinin sosyal hizmetler tarafından kapsamlı bir şekilde araştırılması gerekmektedir (Blumenthal, 2002). Amerikan Pediatri Akademisi Çocuk İstismarı ve İhmali Komitesi, 2009 yılından bu yana sarsılmış bebek sendromu yerine, istismar edici kafa travması terimini kullanmayı tercih etmektedir (Högberg ve ark., 2020; Narang & Clarke, 2014).

2.2.2.1.2. Munchausen by Proxy (Bakım verenin yapay bozukluğu)

Bir diğer önemli ve tehlikeli fiziksel istismar türü de ilk kez İngiltere'de Roy Meadow tarafından 1977 yılında tanımlanan, DSM-5 (2013)'de "*bakım verenin yapay bozukluğu*" olarak isimlendirilen Munchausen by Proxy (vekaleten hastalık oluşturma) sendromudur (Meadow, 1977; Schreier, 2002). Bakım veren kişi tarafından çocukta çeşitli hastalık belirtileri ve bulgularının oluşturulması ve bu bulguların sürdürülmesiyle kendini gösteren, karmaşık doğalı ve ölüme yol açabilen bir fiziksel istismar türüdür. Bunun sonucunda gereksiz tanısal işlemler, cerrahi girişimler ya da medikal tedavi nedeniyle çocukta hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilir (İnce & Yurdakök, 2014). Bu sendromdan etkilenen çocuklar genellikle uzun süreli hastaneye kaldırılmakta, tekrarlayan, ağrılı ve pahalı teşhis girişimlerine katlanmakta, tıbbi tedaviden kaçınma ve TSSB gibi hem psikolojik hem de fiziksel hastalıklar geliştirebilmektedirler. Bu çocukların kardeşlerinin çoğu da Munchausen by Proxy sendromu mağduru olmaktadır (Bass & Glaser, 2014; Türkmen ve ark., 2012).

Munchausen by Proxy olgularının %85'inde yani büyük bir kısmında istismarı gerçekleştiren kişi annedir (McClure ve ark.,1996). Anne genellikle sağlıkla ilgili bilgisi olan, iyi görünümlü, sıcakkanlı, işbirlikçi, minnettar ve hastanede sevilen biri olarak tanımlanır. Bu sendroma sebep olan psikopatolojik yapıyı anlamak zordur. Genelde doktorlar tarafından takdir görmek için bu eylemlerde bulunurlar. Munchausen by Proxy sendromuna sahip kişilerde narsistik frajilite (kendini beğenen, kırılgan) ve borderline (sınırda) kişilik örgütlenmesi çok sıktır ve bu kişilerde pasif-bağımlı histriyonik kişilik özellikleri de bulunabilmektedir. Tüm bunların yanı sıra bu kişilerde depresif belirtiler ve sadomazoist davranışlar da söz konusu olabilmektedir (Hancı & Eşiyok, 2000). Bu sendroma sahip olan kişilerin, hastalık oluşturmak için bilinçdışı motivasyonları olan (iyi anne olduğunu herkese göstermek ve tıbbi bakım verenler tarafından takdir görmek gibi), bilinçdışı ve bilinç düzeyinde ikincil kazançlara ulaşan çocuğun bakımından sorumlu kişiler olması sebebiyle; hasta olmamasına rağmen üzerinde çeşitli tıbbi bulgular oluşturulan ve hastanelerde dolaştırılan çocuklar ortaya çıkmaktadır. Tanı konulamadığı ve iyi yönetilemediği için uzayan tıbbi ve hukuki süreçler, bu kısır döngülerden olumsuz etkilenen aileler ve çocuklar, tüm bunların yanı sıra meşgul edilen devlet kurumları olmaktadır (Tümer ve ark., 2015). Bu vakalarda tanı koymada gecikildiği durumlar sonucunda ölümler gerçekleşebilmektedir (Şahin ve ark., 2020).

2.2.2.2. Duygusal istismar

Duygusal istismar, çocuğa bağırma, rencide etme, hakaret etme, küfür etme, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, görmezden gelme, küçümseme, tehdit etme, aşırı baskı kurma, aşırı korumacı davranma, aşağılama, lakap takma ve evlatlar arasında ayrım yapma gibi davranışları içermektedir (Kumari, 2020; Tıraşçı & Gören, 2007; Yurdakök, 2010). Duygusal istismar, istismar türleri arasında en sık görülen tür olmasına rağmen fiziksel bir bulgu olmadığı için tespit edilmesi, önlenmesi ve cezai yargılanması oldukça zordur (Glaser, 2002;

Polat, 2007). DSM-5 (2013), duygusal istismarı çocuğun psikolojik açıdan sömürülmesi kavramı altında tanımlamaktadır. Bu tanıma göre çocuğa ruhsal sömürü, ebeveynlerden biri ya da bakım veren kişi tarafından kasıtlı olarak yapılan, ona belirgin ruhsal zararın dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, sözel ya da simgesel eylemlerdir. Çocuğa ruhsal sömürü örnekleri; çocuğu paylamak/azarlamak, aşağılamak, küçük düşürmek, gözünü korkutmak, onun değer verdiği kişilere ya da nesnelere kötülük yapmak, onları bırakıp gitmek (ya da birinin onlara kötülük yapacağını ya da onu alıp gideceğini söylemek), davranışlarını kısıtlamak, sürekli günah keçisi yapmak, bedensel olmayan yollarla aşırı bir disiplin uygulamak gibi davranışlardır (APA, 2013). Bir çocuğa sürekli bağırmak, küfür etmek, aşağılamak ve tehdit etmek gibi duygusal istismarın belirli yönleri kolayca fark edilebilir, fakat çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerde ve mantıksız taleplerde bulunmak gibi eylemlerin fark edilmesi daha zor olan duygusal istismar türleri de mevcuttur (Kumari, 2020). Öztürk (2020b) de çocukları şımartmanın, çift mesaj vermenin, sahte karşılıklılığın, ebeveynlik reddinin, manipülatif kontrollerde bulunarak çocuğun kendisini yetersiz hissetmesine sebep olmanın ve evlat ayrımı yapmanın çocuklar üzerindeki travmatize ve dissosiye edici etkisine dikkat çekmektedir.

Duygusal istismar tek başına görülebileceği gibi sıklıkla diğer istismar ve ihmal türleriyle birlikte de görülmektedir. Duygusal istismara maruz kalan kişiler içe yönelme, dışa dönük olmada problem yaşama, suça karışma, alkol madde kullanımı ve antisosyal davranışlara duygusal istismar bildirmeyen kişilere göre daha fazla yönelmektedir (Arslan & Balkıs, 2016; Evans & Burton, 2013; Kabasakal & Arslan, 2014; Mcgee, Wolfe & Wilson, 1997; Vranceanu, Hobfoll & Johnson, 2007). Dünya Sağlık Örgütü, 2016 yılındaki raporunda dünyadaki çocukların %36'sının duygusal istismara maruz kaldığını bildirmektedir. Diğer istismar türlerine eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra da hatta bir ömür boyunca negatif ruhsal izlerini sürdürebilmektedir. Duygusal istismar çocukların

ebeveynleriyle olan bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini negatif yönde etkiler ve onların yetişkinlik dönemlerinde yaşadığı olaylara uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir. Ayrıca duygusal istismar, fiziksel ve cinsel istismarın çocuk üzerindeki yıkıcı etkileri ortadan kalktığında bile devam edebilir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal istismarın da olduğu vurgulanmaktadır (Çelik & Hocaoğlu, 2018; Taner & Gökler, 2004; Tıraşçı & Gören, 2007).

2.2.2.3. Cinsel istismar

Cinsel istismar, çocuk alanında çalışan ruh sağlığı profesyonellerini, bireyleri, aileleri ve genel olarak toplumu ilgilendiren bir endişe konusu olması sebebiyle sadece bireysel değil toplumsal açıdan da önem arz eden bir sorundur (de Becker & Maertens, 2015; de Becker, 2020; Lange, Condon & Gardner, 2020). Ayrıca cinsel istismar sebepleri karmaşık olan, sadece çocukluk ve ergenlik döneminde değil yetişkinlik döneminde de ciddi psikopatolojilere sebep olan yani kısa ve uzun dönemde bireyler üzerinde ruhsal açıdan yıkıcı etkileri olan, bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu negatif yönde etkileyen ciddi bir psikotoplumsal sorundur (Ayraler-Taner ve ark., 2015; Çeçen, 2007). Cinsel istismara maruz kalan kişilerin yetişkinlik döneminde, TSSB, dissosiyatif bozukluklar, depresyon bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, intihar eğilimi ve kendine zarar verme davranışları gibi ruhsal sorunlar cinsel istismar bildirmeyen bireylere göre anlamlı düzeyde daha sık ortaya çıkmaktadır (Balkan & Şahin, 2016; Cantón-Cortés,Cantón & Cortés, 2012; Cutajar ve ark., 2010; Fergusson ve ark., 2013; Izdebska, 2021; Mendoza-Meléndez ve ark., 2018; Van der Kolk, 2018). Cinsel istismara maruz kalanların bilinen sadece %15'i bildirimde bulunmaktadır ve bu istatistiklerin gerçeğin küçük bir kısmını yansıttığı düşünülmektedir (İbiloğlu, Atlı, Oto & Özkan; 2018). Cinsel istismar düşünülenden sık rastlanan ve genelde

yıllarca süreğen bir şekilde devam eden bir durum olmasına rağmen genellikle gizli kalmaktadır (Yates, 1997).

Cinsel istismar en genel tanımıyla, çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel saikle zorlama, tehditle ya da kandırma yoluyla kullanılmasıdır (Johnson, 2004; Tufan & Sercan, 2018). Finkelhor'a göre genel anlamda cinsel istismar, üç koşuldan biri altında gerçekleşmektedir. Bu koşullar; cinsel istismarın yaşandığı kişiler arasında büyük bir yaş veya olgunlaşma farkı olması, çocukla bakım ilişkisi içinde veya üzerinde etkisi olan bir otorite konumunda olunması ve çocuğa karşı şiddet veya hile kullanılarak yapılması şeklinde belirtilmiştir (Finkelhor, 1984). Fakat cinsel istismar sadece bir yetişkin tarafından uygulanmamaktadır, iki çocuk arasında da cinsel istismar söz konusu olabilmektedir. İki çocuk arasındaki cinsel istismar; aralarında en az dört yaş fark olan çocuklarda küçük çocuğun zorla veya kandırılarak cinsel haz nesnesi olarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Tufan & Sercan, 2018; Polat, 2020). Aradaki 4 yaş fark, akran çocuklar arasında gözlenebilen cinsel oyunu cinsel istismardan ayırmak için belirlenmiştir (Erdoğan, 2010).

Cinsel istismarın tanımlanmasında bireysel ve kültürel faktörler önemli bir rol oynamakla birlikte fiili uygulamada karşılaşılan durumların çoğu hakkında yaygın uluslararası anlaşmalar vardır. Bu fiili durumlar; yetişkinler ve prepubertal çocuklar arasında, ebeveynler ile çocukları arasında cinsel eylemler, zor ve şiddet kullanılarak yapılan çocuklara yönelik cinsel eylemlerdir (Dağlı, 2015; Polat 2019). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Ulusal Konferansının (National Conferences on Child Abuse and Neglect [NCCAN]) tanımına göre; "*çocukla yetişkin arasındaki temas ve ilişki o yetişkinin veya başka bir kişinin cinsel doyumu için kullanılmışsa bu durum cinsel istismar olarak kabul edilmektedir*" şeklinde ifade edilmektedir. Eğer bir çocuğun diğer çocuk üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü ya da bariz bir yaş farkı varsa bu durumda gerçekleşen cinsel temas da cinsel

istismar olarak kabul edilir (NCCAN, 1995; akt. Ziyalar, 1998). UNICEF (2016) cinsel istismarı; çocuğun, tam olarak anlamasının ve onaylamasının mümkün olamayacağı ve gelişim düzeyine uygun olmayan, toplumun yasalarını ihlal eden cinsel eylemlere dâhil edilmesi olarak tanımlamaktadır. Çocukları cinsel açıdan istismar eden failler; yaşları gereği, mağdur üzerinde belirli bir yetki, otorite veya sorumluluk taşıyan yetişkinler olabileceği gibi, başka çocuklar da olabilir. Burada önemli olan nokta çocuklar arasında en az 4 yaş farkının olmasıdır. Gelişimsel düzeyi benzer olan akran küçük yaş çocukların merak ederek birbirlerinin genital organlarına bakması, karşılaştırması veya ellemesi, zorlayıcı bir durum olmadığı sürece belirli oranda normal olarak kabul edilebilmektedir ve cinsel oyun olarak nitelendirilmektedir (Demir, 2008). DSM-5 (2013) cinsel istismarı çocuğa cinsel sömürü olarak kavramlaştırmaktadır. Buna göre;

> *"Çocuğa cinsel sömürü, ana baba, bakım veren ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka birinin, cinsel doyum sağlamak için çocuğu herhangi bir cinsel eyleme katmasını kapsar. Cinsel sömürü, çocuğun cinsel organlarını okşama, içine girme, ensest, zor kullanarak cinsel ilişki kurma, açık saçık görünme gibi etkinlikleri kapsar. Cinsel sömürü, ana baba ya da bakım verenin dokunmadan sömürüsünü de kapsar. Sözgelimi, çocukla istismarcı arasında doğrudan bedensel bir dokunuş olmadan, çocuğu, başkalarının cinsel doyumu için birtakım eylemlere zorlama, kandırma, ayartma, gözünü korkutma ya da baskı altında tutma da bu kapsam içindedir (APA, 2013)".*

Cinsel istismar, bir çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgili çok sayıda ve çeşitli yansımaları olan bir travma olsa da genellikle ilk bağlanma ilişkilerinin kurulduğu aile çevresinde gerçekleştiği için bağlanmayla ilgili problemlere de sebep olmaktadır (de Becker, 2020). Finkelhor ve Browne (1985), küçük çocukların aile içerisinde yaşadıkları istismardan dolayı kendilerini ihanete uğramış hissettiklerini, bu durumun çocuk için kabul edilemez, zor

ve acı verici bir durum olduğunu belirtmektedir. Freyd, bu durumu *"ihanet travması"* olarak tanımlamıştır ve özellikle ebeveynleri ya da bakım verenleri tarafından istismara maruz kalan çocukların yaşanan olaya karşı amnezi geliştirmelerinin, hayatta kalma mekanizması olarak işlev gördüğünü belirtmektedir (Freyd, 1994). Ayrıca bir ebeveyn istismar ederken diğer ebeveynin de koruma görevini yerine getirmemiş olması da çocuk için yıkıcı olmakta, bu nedenle de mağdur çocuk güvenli bağlanma kuramamaktadır ve daha sonra da kimin güvenilir olabileceğine dair değerlendirme yetisinin yitirilmesi sebebiyle yaşamın ilerleyen dönemlerinde reviktimizasyon riski de artmaktadır (Gölge, 2005).

Cinsel istismara maruz kalmış kişilerin yaklaşık yarısı yaşamlarının ileriki dönemlerinde yeniden mağduriyet yaşadıklarını bildirmektedirler. 1964-1995 yılları arasında cinsel istismara maruz kaldığı iddia edilen 759 Avustralyalı çocuk ve kontrol grubuyla yapılan boylamsal bir çalışmada 35 yaşına kadar izlenen iki grup karşılaştırıldığında cinsel istismara maruz kalan çocukların kontrol grubuna oranla önemli ölçüde daha yüksek reviktimizasyon yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Papalia, Mann & Ogloff, 2020). 18-25 yaş arasındaki 190 kişinin katıldığı bir başka çalışmada da çocukluk çağında yaşantılanan istismarın yetişkinlik döneminde cinsel reviktimizasyonla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Mazzarello, Gagné & Langevin, 2022). Öztürk de bireylerin yaşamlarında başa çıkılması en zor istismar türü olan cinsel istismarın, mağdurlardaki ruhsal entegrasyon kaybı ve bilinç kesintisi nedeniyle bu olumsuz yaşam olaylarının bilinçli bir şekilde değerlendirilememesine sebep olabildiği için mağdurun yetişkinlik yaşamında cinsel reviktimizasyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (Öztürk, 2020b; Öztürk & Derin, 2021b).

Cinsel istismar türleri; dokunma içermeyen cinsel istismarlar (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgencilik), cinsel dokunma (istismarcının mağdura dokunması ya da mağdurun kendisine dokunması için zorlaması, oral-genital temas, interfemoral ilişki, cinsel

penetrasyon ve cinsel sömürü olarak sınıflandırılmaktadır (Polat, 2002; 2020). Bir diğer değerlendirmeye göre de; çocuğun pornografi ve fuhuş objesi olarak kullanılması, teşhircilik, cinsel içerikli konuşmalar, cinsel ilişki ya da pornografik içerikli görsellere maruz bırakma cinsel organlara dokunma ve dokundurma, çocuğun cinsel organlarına penetrasyonda bulunma ve ensest, cinsel istismar davranışlarını oluşturmaktadır (Koç ve ark., 2012). Ensest, aile üyeleri veya yakın akrabalar arasında yaşanan cinsel ilişki veya cinsel saldırı olarak tanımlanmaktadır (İbiloğlu ve ark., 2018). Bir başka tanıma göre de ensest, aralarında hukuki, dini ve ahlaki açıdan evlenme yasağı bulunan kişiler arasında gerçekleşen cinsel eylemlerdir (Kaplan & Sadock, 1991; Ovayolu ve ark., 2007; Yurdakök, 2010). Ensest kelimesinin Türkçe'de tam olarak bir karşılığı olmamakla birlikte Türk Dil Kurumunun tanımına göre *"aile içi yasak ilişki"* olarak geçmektedir ve Latince'de "*incestus*" yani kirlenmiş kelimesinden türetilmiştir (Ertur & Yaycı, 2011). Héritier, Cyrulnik ve Naouri (1994) ensestin iki türlü olduğunu belirtmektedir. Buna göre; birinci tip ensest, doğrudan ensest olarak tanımlanmaktadır ve yakın kan bağı olan akrabalar arasındaki cinsel ilişkiyi kapsamaktadır. İkinci tip ensest ise dolaylı ensest olarak tanımlanmaktadır ve aralarında kan bağı olmayan akrabalar arasındaki cinsel ilişkiyi kapsamakta olup bu türe örnek olarak anneyle damadının arasında olan veya kızla üvey baba arasında olan cinsel ilişki gösterilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ensest genelde çocuğa yönelik olarak yapılan aile içi cinsel saldırı kapsamında ele alınmaktadır, fakat yurtdışında yapılan çalışmalarda ensest, hem aile içi cinsel saldırı hem de aile içi yasak ilişki kapsamında değerlendirilmektedir (Bozbeyoğlu ve ark., 2010; Cry ve ark., 2002; deMause, 1991; Love, 2011; Şahin, 2020).

2.2.2.4. İhmal

Çocuklukta oldukça yaygın yaşantılanan ihmal, çocuğun biyopsikososyal gelişimini örseleyen ciddi bir problemdir (Noirhomme-Renard, Lafalize & Gosset, 2018). Polat (2007) ihmali, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin onun duygusal ve fiziksel gereksinimlerini

karşılamaması (örneğin; gıda, barınma, giyim, tıbbi bakım, eğitim ve korunma gibi) olarak tanımlamaktadır. Şar (1998) ise ihmali bakım verenlerin çocuğa sevgi ve ilgi göstermekte başarısız olması, aile içinde biri veya birileri çocuğu istismar ettiğinde diğerlerinin bu duruma göz yumması ve çocuğun kendine zarar verme davranışları göstermesine izin verilmesi olarak tanımlamaktadır. DSM-5 (2013) çocuk ihmalini bakım verenler tarafından çocuğu boşlama olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre;

> "*Çocuğu boşlama (ihmal), çocuğun anne babasından birinin ya da başka bir bakım verenin, çocuğun yaşına uygun temel gereksinmelerini karşılamaktan uzak, dolayısıyla çocuğa bedensel ya da ruhsal bir kötülüğün dokunmasıyla ya da dokunabilecek olmasıyla sonuçlanan, doğrulanmış ya da yapıldığı sanılan, gereken ilgiyi göstermeme ve boşlama davranışları olarak tanımlanır. Çocuğu boşlama, bırakıp gitme, denetim altında tutmama, gerekli duygusal ya da ruhsal gereksinmelerini karşılamama ve gerekli eğitimi, sağlık bakımını, besinleri, barınağı ve/ya da giysileri sağlamamayı kapsar."* (APA, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (1999) çocuk ihmalini; çocuğun sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma ve güvenli yaşam koşulları gibi her alandaki gelişimini sağlamada ebeveynlerin veya bakım verenlerin elinde yeterli imkanlar olsa da başarısız olması olarak tanımlamaktadır. Buna çocukların yeteri kadar denetlenmemesi ve zarar görmekten korunmaması da dahildir (Pasian ve ark., 2020). Bir başka tanıma göre de ihmal; çocuğun sağlığı ve fiziksel, zihinsel veya duygusal gelişimi için tehdit oluşturan, bir yetişkin tarafından yapılan veya yapılmayan tüm eylemleri ifade eder. Temel bakım eksikliği ve yetersiz maddi koşullar, hijyen açısından ihmal, denetim ve eğitim açısından ihmal, duygusal ihmal ve çocuğun toplumsal izolasyonu gibi ihmal türleri bulunmaktadır (Bouchard ve ark., 1994).

İhmalin fiziksel, duygusal, eğitim ve tıbbi ihmal gibi farklı alt türleri mevcuttur. *Fiziksel ihmal*, çocukların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanamaması anlamına gelmektedir ve

yeterli beslenme, giyim, kişisel hijyen, denetim ve tıbbi müdahalenin sağlanmamasını içermektedir. *Duygusal ihmal*, çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılayamama anlamına gelmektedir. Çocukların aile içi şiddete tanık olmasına izin verme, onların uyumsuz davranışına bilerek izin verme, yeterli bakım ve şefkat sağlamama, çocuğun duygusal ihtiyaçlarına cevap vermeme gibi davranışları içermektedir. *Eğitim ihmali*, bir çocuğun eğitimini güvence altına almak için gerekli olan bakım ve denetimi sağlayamama anlamına gelir. Örneğin, zorunlu eğitimin ebeveynler tarafından sağlanamaması, çocuğunun kronik devamsızlığa izin verme ve özel eğitim gereksinimlerini karşılamama gibi davranışları içerir (Öztürk, 2020b; Stoltenburgh ve ark., 2013). Erickson ve Egeland (1989) fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve eğitim ihmaline ek olarak tıbbi ihmal ve akıl sağlığı ihmalini de ayrı alt başlıklar olarak incelemişlerdir. Buna göre; *tıbbi ihmal,* bakım verenlerin çocuğun tıbbi tedavisiyle ilgili ilaç alma, aşı yaptırma, doktora götürme, ameliyat olmasını sağlama, ciddi hastalıklarda bakımı sağlama ve yaralanmaya müdahale etme konusunda ihmalkar davranması olarak tanımlanmaktadır. Öztürk'ün çocuğu psikoloğa ve/veya psikiyatriste götürmeme olarak tanımladığı *akıl sağlığı ihmali* de yine tıbbi ihmalde olduğu gibi bakım verenlerin çocuğun psikiyatrik hastalıklarıyla ilgili verilen tedavileri uygulamayı reddetmesi ve uygulamaması olarak tanımlanmaktadır (Erickson & Egeland, 1989; Öztürk, 2020b).

İhmal neticesinde çocuğun fiziksel ve nörofizyolojik gelişimi, stimülasyon eksikliği veya kortizol üretimini artıran kronik stres deneyimi nedeniyle bozulabilir, psikomotor gecikme ve bilişsel eksiklikler (dil gecikmesi ve konsantrasyon bozukluğu gibi) ortaya çıkabilir. İhmal sonucunda duygusal işlevsellik derinden etkilenebilir, geri çekilme ve saldırganlık arasında gidip gelen işlevsiz sosyal ilişkiler ortaya çıkabilir ve bunların yanı sıra zayıf okul performansı ve düşük benlik saygısı da oluşabilmektedir (Bednarek ve ark., 2009; Tyler, Allison & Winsler, 2006). Çocuk ihmalinin çocuklar üzerindeki uzun dönemli etkilerine bakıldığında ise ihmalin, çocukların bilişsel, sosyo-duygusal ve davranışsal gelişimi

üzerinde ciddi etkileri olduğu, yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen ihmalin çocuğun yetişkinlik yaşamında bağlanma problemlerine sebep olduğu, ihmal edilen çocukların ciddi bilişsel ve akademik eksiklikleri olduğu, sosyal geri çekilme, sınırlı akran etkileşimleri ve içselleştirme sorunları olduğu da görülmektedir (Gaudin, 1999; Hildyard &Wolfe, 2002). Çocuk ihmali de çocuk istismarı gibi pek çok ampirik çalışmanın ana konusu olmakla birlikte tespit edilmesinin diğer istismar türlerine göre daha güç olması sebebiyle yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre toplum içerisindeki prevalansı %1.4-80.1 gibi geniş bir aralıkta değişim göstermektedir (Derebağçe & Özerk, 2021; Stoltenburgh ve ark., 2013; Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi

Çocukluğa ya da çocukluk kavramına bakış açısı toplumların gelişmişliğiyle doğru orantılıdır ve bu nedenle çocukluk tanımı kültürlere, içinde yaşanılan toplumun sosyal ve ekonomik durumuna göre şekillenmektedir. Çocukluk kavramı esasen modern zamanların ürünüdür ve eski zamanlarda çocuklara değer verilmediği hatta bazı toplumlarda özel olarak bir çocukluk kavramının olmadığı görülmektedir (Dirican, 2018). Günümüzde dahi farklı toplumlarda ve kültürlerde birbirinden tamamen farklı çocukluk anlayışları hüküm sürmektedir (Ziyalar, 2020). Çocukluğun tarihiyle ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, bu konuda en kapsamlı çalışmayı Philippe Ariés'nin yaptığı görülmektedir. Ariés "*Centuries of Childhood"* kitabında yüzyıllar içerisinde toplumlarda çocukluk fikrinin gelişimini ayrıntılı bir şekilde ele almıştır. Ariés çalışmasında, 16. yüzyıla kadar çocukların minyatür yetişkinler olarak görüldüğünü ve çok fazla önemsenmediğini, 18. ve 19. yüzyıllardan sonra ise yetişkinlerden farklı olduğu ve ayrı bir ilgiyi ve bakımı hak ettikleri düşüncesinin gelişmeye başladığını belirtmiştir (Ariés, 1962). Postman (1985), çocukluk fikrinin, belki de en insancıl büyük icatlardan biri olduğunu ve bilim, ulus, devlet ve din özgürlüğünün yanı sıra

psikotoplumsal bir fenomen olarak çocukluk fikrinin 16. yüzyıl civarında ortaya çıktığını belirterek Ariés'in çocukluk tezine katılmaktadır.

19. yüzyılın seçkin bir Fransız adli tıp doktoru olan Ambroise Tardieu, Amerikalı doktorların çocuk istismarını, pediatrik ve halk sağlığı sorunu olarak keşfetmesinden bir asır önce çocuklara yönelik hemen her tür kötü muameleyi inceleyip tanımlamıştır. Dictionnaire d'hygiène et de salubrité (Hijyen ve sağlık sözlüğü) adlı eserinde Tardieu, fabrikalarda ve madenlerde çocukların korkunç çalışma koşullarını anlatmıştır (Tardieu, 1852). Ayrıca, bu koşulların çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerindeki kötü sonuçlarını da bildirmiştir. "*Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs (Ahlaka aykırı suçlar üzerine adli çalışma, 1862)"* adlı eserinde, kadınlarda (çoğunlukla çocuklar) 632 cinsel istismar vakasını ve erkeklerde 302 vakayı analiz ederek, cinsel istismarı fiziksel işaretlerin şiddetine göre tanımlamıştır (Tardieu, 1862). Tardieu, *"Étude médico-légale sur les sévices et mauvais sur des enfants (Çocuklara zulüm ve kötü muamele üzerine adli çalışma, 1860)"* çalışmasında hırpalanmış çocuk sendromunun klasik bir tanımını yapmış ve on sekizi ölümle sonuçlanan otuz iki vaka ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Ayrıca, 60'ı ayrıntılı olarak tartışılan 555 vakanın çalışmasına dayanan, bebek öldürme üzerine yaptığı gözlemlerin bir kitabı olan *"Étude médico-légale sur l'infanticide'yi (Bebek öldürme üzerine adli çalışma-Forensic study on infanticide, 1868)"* yayınlamıştır (Tardieu, 1868). Ambroise Tardieu, doktorları kendi ailelerinde çocuklara kötü muamelenin yaygınlığı konusunda ikna edememiştir. Dahası, adli tıp alanında kendisinden sonra gelen bilim insanları çocukların fiziksel ve cinsel istismar iddialarına inanmamışlardır. Açık görüşlü ve tanınmış bir hekim olan Tardieu, kariyerinin önemli bir bölümünü doktorların ve toplumun gözlerini buna açmaya adamış olmasına rağmen, çocuklar, hekimlerin ve bilim insanlarının desteği olmadan bir yüzyıl daha istismara ve ihmal edilmeye adeta mahkum bırakılmıştır (Labbé, 2005; Roche ve ark, 2005).

Tardieu'nün çalışmasından neredeyse yüz yıl sonra Caffey ilk kez uzun kemik kırıkları ile subdural hematom arasındaki ilişki üzerine 1946'da bir makale yayınlayarak, çocuk istismarının ilk modern tanımını yapmıştır. Daha sonra 1962 yılında Kempe ve arkadaşları yaptıkları çalışmalar sonucunda "*dövülmüş(hırpalanmış) çocuk sendromu*" tanımıyla çocuk istismarı çalışmalarına olan akademik ilginin artmasını sağlamışlardır. 1974 yılında da Caffey çocuklarda sallanma sonucu oluşan subdural kanamalarla kendini gösteren "*sarsılmış bebek sendromu*" tanımını ortaya çıkarmıştır (Caffey, 1946, 1974; Carty, 1993; Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver, 1962). 1971'de bir beyin cerrahı olan Guthkelch, subdural hematomu "*dövülmüş(hırpalanmış) çocuk sendromu"*nun bir özelliği olarak bildirmiş ve titremenin beyin hasarının göstergesi olabileceğini öne sürmüştür. "*Nispeten büyük baş ve cılız boyun kaslarının*" bebeği özellikle sarsılma sonucunda ortaya çıkan yaralanmaya ya da fiziksel zarara, karşı savunmasız hale getirdiğini yazmıştır (Guthkelch, 1971).

2.2.4. Psikotarihsel Perspektiften Çocukluk Çağı Travmaları

İnsanlık tarihinin en değerli teorisyenleri arasında yer alan Lloyd deMause tarafından geliştirilen bir psikoloji bilimi olan psikotarih, geçmişten günümüze insanı ve toplumu anlayabilmek için tarih, psikoloji, sosyoloji, antropoloji ve arkeoloji gibi bilimlerin güçlerini birleştirmesiyle ortaya çıkmış disiplinlerarası bir çalışma alanıdır. Psikotarihin temelde üç alanda çalışmalarını yürüttüğü görülmektedir, bunlar; çocukluk çağının tarihi, psikobiyografi (özellikle tarihi öneme sahip kişilerin ve liderlerin tarihsel süreç içerisindeki motivasyonlarını anlamak üzere yapılan psikobiyografik çalışmalar) ve grupların-ulusların psikotarihidir (Derin & Öztürk, 2018; deMause, 1997; Noland, 2010; Öztürk, 2016; Öztürk & Çalıcı, 2020). Öztürk (2016)'e göre tarihsel süreç içerisinde insan ruhu ve bireylerin oluşturduğu toplum, ailelerin çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla birlikte değişim ve gelişim göstermiştir. Bu nedenle insanlığın her döneminde ve her toplumunda çocuk yetiştirme stilleri, ailelerin çocukları travmatize etmesiyle ilintili olduğundan birbirinden farklıdır (Öztürk, 2016).

deMause (1997), çocukluk tarihinin aslında çocuk istismarı tarihi olduğunu söylemektedir. deMause da Ariés gibi çocukluğun tarihiyle ilgili geniş çapta araştırmalar yapmıştır fakat deMause, Ariés'den farklı olarak tarih, psikoloji, antropoloji, sosyoloji ve arkeoloji gibi birçok bilim dalının ortak çalışma alanına zemin yarattığı psikotarih ile çağlara göre çocuk yetiştirme stilleriyle ilgili bir model geliştirmiştir (deMause, 1997, 1998a; Öztürk, 2016, 2020a). Çünkü deMause tarihin, birbirinden farklılıklar gösteren ve dönüşümlerini kuşaklararası aktarılan çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla gerçekleştiren, "*psikojenik evre*" olarak ifade ettiği evrelerden oluştuğunu belirtmektedir (deMause, 1997, 1998; Öztürk & Çalıcı, 2020). Buna göre deMause çağlar boyunca gelişen çocuk yetiştirme stillerini altı evreye ayırmaktadır. Bu evreler:

- *Birinci evre;* erken infantisidal ve geç infantisidal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. "*Erken infantisidal (bebek öldüren)*" evrede toplum şizoid bir yapıdadır. Çocuk, anne tarafından kötü olarak nitelendirilmiş, cezalandırılmış, öldürülmüş ve hayvan şeklindeki alter ruhlara kurban edilmiştir. "*Geç infantisidal*" dönemde ise aileler narsisist bir yapıda olup çocuk anne tarafından terk edilmiş ve insan türü alter tanrılara kurban edilmiştir ve bu dönemde de yine bebek öldürme oranları çok yüksektir. Antik Yunan ve Roma'da küçük yaşta çocuklar başkalarına hizmet etmesi için aileleri tarafından verilmiştir ve kız çocuklar da erkek çocuklar da cinsel istismara uğratılmıştır (deMause, 1997; 1998a).

- *İkinci evre;* "*Terk eden dönemde*", 4-13. yüzyıllar arasında Hristiyan dünyasında çocukların günahkar bir şekilde doğduklarına inanıldığından çocuklar dövülmeli ve çektikleri acılarla günahlarının bedelini ödemeleri gerektiğine ilişkin bir yaklaşım mevcuttur. Bu evrede anneler psikosınıf olarak mazohistik bir yapıdadır ve çocuğuna acı çektirirken kendileri de acı çekerek Tanrı tarafından takdir görmeyi amaçlamaktadırlar. Kurban etme ritüeli bu evrede çocukları manastırlara terk etme olarak gerçekleşmektedir. Çocukları öldürmenin yerini özellikle aileleri tarafından manastırlara satılan çocuklara

kırbaç ve kamçı gibi aletlerle uygulanan çeşitli işkenceler almıştır (deMause, 1997; 1998a).

- *Üçüncü evre;* psikotarihe göre 13-18. yüzyıllar arası dönem "*tutarsız evre*" olarak adlandırılmıştır ve bu dönemde çocuklara yönelik cinsel istismara karşı çıkılmaya başlanmıştır. Anneler psikosınıf olarak borderline bir kişilik yapısındadır ve çocuğu sevmekle nefret etmek arasında tutarsız bir yaklaşım göstermektedir. Bu dönemde ebeveynler çocuğa cinsel istismarda bulunmaktan vazgeçer, fakat dövmeye ve ezmeye devam etmektedirler. Rönesans ve aydınlanma çağıyla birlikte çocuklara yönelik istismar davranışları da nispeten daha iyi kontrol altına alınmaya başlamıştır.

- *Dördüncü evre;* Rönesansla birlikte "*müdahale edici evre*" başlamıştır. Bu dönemde anneler psikosınıf olarak depresif bir yapıdadır, çocuğu daha az dövmeye başlamışlardır, fakat yine de küçük yaşta çocuğun iradesini kırmak ve ebeveynlere itaat etmesini sağlamak bu döneme ait bir yaklaşımdır (deMause, 1997, 1998a; Öztürk, 2020a).

- *Beşinci evre;* 18-19. yüzyıllardan 20. yüzyılın ortasına kadar olan dönem "*sosyalleştirici evre*" olarak geçmektedir ve bu dönemde anneler psikosınıf olarak nevrotik bir yapıdadır. Bu evrede ebeveynler çocukları daha az istismar edici bir hale gelmiştir ve çocukların eğitimi ile daha fazla ilgilenmeye başlamışlardır. Ebeveynler çocukları manipüle ederek kendi istekleri doğrultusunda sosyalleştirirler (deMause, 1997; 1998a).

- *Altıncı evre;* 20. yüzyılın ortasından günümüze dek olan dönem ise "*yardım edici evre*" olarak geçmektedir. Bu dönemde ebeveynler çocuklarını sevgiyle kabul etmektedirler ve kendi hedeflerine ulaşması ve bireyselleşebilmesi için ona yardımcı olmaktadırlar. Bu evrede ebeveynler daha fazla empatiktir ve çocuğa şiddet uygulamazlar. deMause'un bahsettiği tüm bu evreler tarihsel süreç içerisinde çocuk yetiştirme stillerinin gelişimidir,

fakat günümüzde de tüm bahsedilen evreler belirli oranlarda hala varlığını sürdürmektedir (deMause, 1997, 1998a; Derin & Öztürk, 2018b; Öztürk, 2016, 2020a; Sanderson, 2010).

Öztürk (2020a) bu altı evreye ek yedinci bir evre olarak "*doğal ve rehber ebeveynlik stili"*ni önermektedir. Doğal ve rehber ebeveynlik stilindeki ebeveynler özellikle de anneler çocuklarını sevip korurken aynı zamanda onlara güvenir ve rehberlik ederler, bunun yanı sıra çocukların gelişimsel dönemlerine özgü özelliklerini göz önünde bulundurup onlara herhangi bir konuda ayrımcılık yapmadan pozitif bir şekilde yaklaşarak travmatize ve reviktimize olmalarını engelleyebilirler. Bilge bir kişilik yapısına sahip olduklarından dolayı deneyimlerini ve bilgilerini kuşaktan kuşağa aktarmalarının yanı sıra sosyal çevreleriyle empati çerçevesinde bağlar kurabilen, vandallıktan uzak çocuklar yetiştirmektedirler. Doğal ve rehber ebeveynlik stilinde disfonksiyonel ebeveynlik stillerinin aksine kurban bulunmamaktadır. Bu ebeveynlik stili hem gelişim odaklı fonksiyonel bir aile modeli olarak hem de çocukluk çağı travmalarını ve ilişkili tüm ruhsal bozuklukların önlenmesini de sağlayabilecek bir stil olarak Öztürk tarafından önerilmektedir (Öztürk, 2020b; 2021a; 2022c).

Aileler hem travmaların hem de travmalarla başa çıkabilme yetilerinin ve stratejilerinin de aktarıldığı önemli yapılardır, bu nedenle travmaları önleyebilmek adına geliştirilen doğal ve rehber ebeveynlik stilinde hem ebeveynlerin hem de çocukların içgüdülerini, sezgilerini ve öngörü becerilerini işlevsel bir şekilde kullanabilmeleri büyük bir önem arz etmektedir (Öztürk, 2021a). Doğal ve rehber ebeveynlik stilinde de, deMause (1997)'un altıncı psikojenik evrede belirttiği destekleyici ebeveynlik stilinde olduğu gibi çocuğu birey olarak kabul etmek oldukça önemlidir ve yetişkinlerin haklarına olduğu gibi çocuğun haklarına saygı duymak da önemli bir gerekliliktir. Doğal ve rehber ebeveynlik stilinde ebeveynler çocuklarını tüm canlılara karşı sevgi, saygı ve merhamet duygularıyla büyütürken çocuklarına her daim rehberlik edebilmek için kendilerini geliştirmeyi de ön

planda tutmaktadırlar. Öztürk (2021a/2022c) doğal ve rehber ebeveynlik stilinin aile içerisinde birbirine güvenli bağlanmanın olduğu, toplumun gelişimi açısından gerekli her türlü işlevsel bilginin aktarımının sağlandığı en sağlıklı ebeveynlik stili olduğunu önemle vurgulamaktadır.

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmalarını Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar

Çocukluk çağı travmaları modern psikotravmatoloji ve psikotarihin ana çalışma alanıdır. Bireysel psikopatolojiler kadar toplumsal psikopatolojiler de özellikle *"kuşaklararası travma geçişi"* ve *"kuşaklararası psikopatoloji"* aktarımı eksenlerinde çok sayıda ruh ve toplum sağlığı uzmanı tarafından teorik ve uygulamalı olarak çalışılmaktadır ki bu bağlamda modern psikotravmatoloji paradigma ve modaliteleri en öne çıkan kuramlar olarak kendisini göstermektedir. Çocukluk çağı travmalarının etiyolojisi var olan kuramlarda maksimal oranlarda ele alınmaktadır. Bu bölümde çocukluk çağı travmalarının etiyolojisine yönelik psikiyatrik/psikolojik model (Terr, 1991), sosyolojik model (Parke & Collmer, 1975), sistemik model (Bertalanfy, 1981), ekolojik model (Bronfenbrenner, 1977/1979), Belsky modeli (Belsky, 1980/1984) ve etkileşimsel model (Patterson, 1982) öz bir şekilde açıklanmaktadır.

2.2.5.1. Psikiyatrik/Psikolojik Model

Terr (1991) tarafından yapılandırılan psikiyatrik/psikolojik model çocuk istismarını açıklamaya yönelik olarak en yaygın kullanılan teorik çerçevedir. Bu kurama göre istismardan ebeveynler sorumludur ve kuram, istismarcı ebeveynlerin kişilik özelliklerinin diğer ebeveynlerden farklı özellikler gösterdiğini varsaydığından bu kişilik özelliklerine odaklanmaktadır ki bunlar; düşük benlik algısı, düşük empati düzeyi ve bencil tutumlardır (Gökler, 2006; Özcan, 1996; Terr, 1991). Çocuğuna istismarda bulunan ebeveynlerin psikotik veya şiddetli psikopatolojilere sahip olduğuna yönelik maladaptif inanış etkisini uzun

dönemler boyunca sürdürmüştür. Bununla birlikte, Spinetta ve Rigler (1972), istismarcı ebeveynlerin nadiren ciddi psikiyatrik bozukluklar sergilediğini düşünerek incelenen tüm kişilik değişkenleri hakkındaki literatür taramalarının sonucunda, bu ebeveynlerin belirli kişilik özellikleri açısından öne çıktıklarını, istismar etmeyen ebeveynlere kıyasla, istismarcı ebeveynlerin belirgin şekilde daha katı ve kızgın, dürtülerini kontrol etmede belirgin zayıflık gösteren ve duygusal olgunluktan yoksun oldukları sonucuna varmıştır. Ek olarak, öz saygıları ve özgüvenleri genellikle çok düşük görünmektedir ve daha çok depresif belirtileri, fiziksel ve duygusal rahatsızlıkları mevcuttur. Bununla birlikte, düşük benlik saygısı ve depresyonun, istismarın bir sonucu mu yoksa nedeni mi olduğu konusunda belirsizlik sürdürmektedir. Başka bir bilimsel çalışma ise, istismarcı grup ile kontrol grubu arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (Dubé & Provost, 1991). İstismarcı ebeveynlerin, çocuk yetiştirme stillerinde yetersiz oldukları, bunun yanı sıra toplumsal ve bireysel ilişkilerde, bir düzen oluşturma ve bu düzeni sürdürmede de zorlandıkları görülmektedir (Dubé & Provost, 1991; Pişi, 2013).

2.2.5.2 Sosyolojik Model

Psikiyatrik/psikolojik modele yönelik temel eleştiriler, sosyolojik modelin savunucuları tarafından formüle edilmiştir. Onlara göre istismar olgusu, istismarcının özellikleriyle veya evlilik ilişkisi gibi sistemik değişkenlerle değil, stres düzeyini önemli ölçüde artıran ve dolayısıyla ebeveyn yeterliliğini zayıflatan sosyo-demografik faktörlerle açıklanmaktadır (Parke & Collmer, 1975). Quinton ve Rutter (1988) bu modeli, ebeveynin çocuğunu eğitme, ona sosyal ve bilişsel gelişimini destekleyen bir ortam sağlama, isteklerine yeterince cevap verme ve kişilerarası çatışmaları çözme yeteneği olarak tanımlamaktadır. Sosyolojik model aynı zamanda aile içinde istismarın varlığından çocuklara yönelik şiddeti ve çocukların fiziksel olarak cezalandırılmasını teşvik eden sosyal değerlerin ve kültürel

uygulamaların sorumlu olabileceğini iddia etmektedir (Bayraktar, 2015). Bu modele göre diğer sosyolojik faktörler, düşük sosyo-ekonomik düzey, işsizlik, tek başına ebeveynliğin sürdürülmesi ve sosyal destektir (Gelles, 1987; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980; Pelton, 1978). Tek ebeveyn olarak çocuk yetiştirme sırasında artan sorumlulukların kişilerin stres düzeylerini artırabileceği ve dolayısıyla çocuklara yönelecek boyutta istismarın ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (Horowitz & Wolcock, 1981; Starr, 1988; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980). Ebeveyn işsizliğiyle birlikte daralan bir işgücü piyasası da özellikle anne-babanın fiziksel istismarı ile ilişkilendirilmiştir. Steinberg ve arkadaşları (1981), iş olanakları azaldığında istismarın niceliksel açıdan arttığını öne sürmektedir.

İstismarın etiyolojik unsurlarından biri de sosyal izolasyondur. Birçok uzman, sosyal desteğin, bireylerin stresle başa çıkmalarına hem izin verdiği hem de kimliklerini ve özgüvenlerini geliştirdiği için doğrudan veya dolaylı olarak fiziksel ve psikolojik refahı etkilediğini kabul etmektedir. Yapılan bir çalışmada Garbarino ve Sherman (1980), çocuk istismarının önemli ölçüde daha az olduğu bir mahallede yaşayan ailelerin sosyal ağlarının, istismarın yaşandığı bir mahallede yaşayan ailelere göre daha kapsamlı olduğunu göstermiştir. Sosyal ağların yokluğu, ebeveynleri destek sistemlerinden mahrum bırakmaktadır. Bu sistemler, yeterli ebeveynlik modeline hizmet edebilmekte ve hem sosyal hem de ailesel stresörlerle baş etmelerine yardımcı olarak istismar olasılığını azaltabilmektedir (Dubé & Provost, 1991). Kozcu (1991) ise sosyolojik açıdan modern toplumlarda çocuk istismarına yol açan faktörleri; aile yapısının genişten çekirdek aileye doğru küçülmesi ve ailenin toplumdan soyutlanması, ev ve iş değişikliğinin daha sık yaşanması, çocukların bakımının sağlanması ve diğer temel ihtiyaçlarının sağlanması konularında geniş aile desteğinin kesilmesi ve çekirdek ailenin sosyal destek sistemlerinden uzak kalması olarak tanımlamaktadır (Kozcu, 1991; Yıldırım-Doğru, 2020).

2.2.5.3. Sistemik Model

Bertalanfy (1968) tarafından geliştirilen genel sistemler kuramına göre bütün, parçaların toplamından daha büyük bir olgudur ve bütünün özellikleri, parçaların birleştirilmesiyle tam olarak açıklanabilecek bir yapı değildir. Bu kuramdan etkilenerek sistemik modeli geliştiren Belsky (1981), Nichols ve Shwartz (1997), Cox ve Palley (1997)'e göre aile, her bir aile üyesinin birbirlerine hem bağlı olduğu hem de birbirlerini sürekli ve karşılıklı olarak etkilediği, karmaşık ve etkileşimsel bir bütündür. Bu nedenle sistemik modele göre, aile üyelerinin davranışlarının birbirlerini karşılıklı olarak etkilemesi sebebiyle, birey içinde yaşamını sürdürdüğü sosyal sistemden bağımsız olarak anlaşılamaz. Sistemik model istismarı açıklamak için çocuğun rolü, ebeveyn çocuk etkileşimleri ve evlilik ilişkisi faktörlerine odaklanmaktadır.

a. Çocuğun rolü: Psikiyatrik/psikolojik ve sosyolojik modeller, ebeveyn-çocuk ilişkisini tek yönlü olarak kabul eder, çünkü bu modele göre yalnızca ebeveynlerin aile içi dinamiklere nüfuz edebilme yeterliliği vardır. Gelişim psikolojisi alanındaki birçok çalışma, bu ilişkinin iki yönlü olduğunu ve çocuğun da ebeveynleriyle olan ilişkisini doğrudan etkileyebileceğini açıkça kabul etmiştir (Bell, 1968; Erikson, 1963). Başka bir deyişle, ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynlerin özelliklerinden etkilenen dinamik bir olgudur. Bu nedenle, ebeveynin her zaman tek başına sorumlu olmadığı ve çocuğun belirli özelliklerinin de istismarı destekleyebileceği varsayılmaktadır (Belsky ve ark., 1986; Belsky & Vondra, 1989). Ebeveyn-çocuk ilişkisini etkilediği belirlenen değişkenler arasında çocuğun prematüre doğması, engellilik durumu ve zor mizaçlı olması da bulunmaktadır. (Starr, 1988; Tursz, 2011).

b. Ebeveyn-çocuk etkileşimleri: Ebeveyn-çocuk etkileşim kalıplarının incelendiği bir çalışmaya göre, istismarcı ebeveynlerin çocuklarıyla olan etkileşimlerinde istismarcı olmayan

ebeveynlerden ayrıldığı, ancak istismara uğrayan çocukların ebeveynleriyle etkileşimlerinde istismara uğramayan çocuklardan mutlaka farklı olmadığı sonucuna varılmaktadır (Crittenden, 1981). Wolfe (1985), ebeveynlik davranışı üzerine yapılan yirmi araştırmayı incelemesi sonucunda istismarcı ebeveynlerin, istismar etmeyen ebeveynlere göre daha fazla olumsuz ve daha az sosyal davranış sergilediği sonucuna varmıştır. Diğer araştırmacılar, istismarcı ebeveynlerde etkileşimde problemlerin varlığını doğrulamaktadır (Bousha & Twentyman, 1984; Crittenden, 1981; Disbrow, Doerr & Caulfield, 1977). Nitekim Dietrich ve arkadaşları (1983) anne ve çocuğun aktif katılımının gerçekleştiği emzirme sırasında karşılıklı bağlanma faktörü üzerinde "*çocuğunu istismar ve ihmal eden ebeveyn*", "*çocuğunu ihmal eden ebeveyn*" ve "*kontrol*" grupları arasında önemli farklılıklar bulmuştur. Elde ettikleri sonuçlar, "*istismarcı ve ihmalkar ebeveyn*" ve "*ihmalkar ebeveyn*" gruplarında güvenli bağlanmanın daha yetersiz olduğu ve bunun da güvensiz bağlanmanın istismarın önemli bir etiyolojik faktörü olduğu sonucuna götürdüğünü göstermektedir. Ancak, istismar sorununda annenin davranışıyla ilişkili değişkenlerin çocuğunkinden daha fazla ağırlık taşıdığı vurgulanmaktadır. Ensest faillerinin, çocuklarıyla empati kurmakta büyük zorluklar yaşadıklarına dair birçok bulgu bulunmaktadır (Erdoğan ve ark., 2011; İbiloğlu, Atlı, Oto & Özkan, 2018; Williams & Finkelhor, 1990). Buna ek olarak, normalde bir ebeveyn ile çocuğu arasında örülmüş olan duygusal bağ (bağlanma) ensest failleriyle çocukları arasında ya güvensiz bağlanma şeklindedir ya da hiçbir bağlanma bulunmamaktadır (Finkelhor & Baron, 1986a; Parker & Parker, 1986; Russell, 1984). Son olarak, çocuğun ebeveynleriyle etkileşime girdiği düşünüldüğünde, istismara uğramış çocukların istismara uğramayan çocuklara göre daha saldırgan davranışlar sergileyebildiği görülmektedir (Barut, 2018; Widom, 1989). Reid ve arkadaşları (1981) istismara uğramış çocukların başta anne olmak üzere ebeveynlerine karşı daha olumsuz davranışlar sergilediklerini ve kontrol grubundaki çocuklara göre fiziksel ve sözlü olarak daha saldırgan olduklarını gözlemlemişlerdir. Buna göre sosyal öğrenmenin

ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri üzerinde önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir (Dubé & Provost, 1991; Reid ve ark., 1981).

c. Evlilik ilişkisi: Evlilik ilişkisi tatmin edici olmadığında, çatışmalı olduğunda veya ebeveyn eşinden destek alamadığında, anne-babaların çocuk yetiştirme stillerinin daha disfonksiyonel olma eğiliminde olduğu görülmektedir (Hetherington ve ark., 1982). Örneğin, evlilik uyumunun yanı sıra evlilik doyumunun, çocuk için bebeklik, okul öncesi ve okul çağındaki yaşta "*annelik*" ve "*babalık*" için şefkatli ve teşvik edici iyi yordayıcılar olduğu gösterilmiştir (Belsky ve ark., 1986). Belsky (1981), evlilik ilişkisinin kalitesinin, ebeveynler için önemli bir destek kaynağı olduğunu ileri sürmüştür. Eşler arasındaki yoğun çatışma ile karakterize olan aile içi şiddet de çocuk istismarının önemli bir prediktörü olarak işlev görmektedir (Finkelhor, 1983). Steinmetz (1977), aile içi şiddet problemini çözmek için hem sözlü hem de fiziksel açıdan saldırgan taktikler kullanan ebeveynlerin çocuklarını disipline etmek için de benzer stratejiler benimseme eğiliminde olduklarını belirtmektedir. Aynı şekilde Straus ve arkadaşları (1980) da aile içi şiddet ile çocukların fiziksel istismarı arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğuna dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra Straus (1983), ailelerde sık sık fiziksel cezalandırmanın, fiziksel taciz gibi daha aşırı şiddete yatkın bir faktör olduğunu ve ilişkilerinde fiziksel şiddete maruz kalan kadınların çocuklarına daha fazla şiddet uyguladıklarını da belirtmektedir.

Şiddet ne kadar aşırı olursa, çocuklarını fiziksel olarak istismar etme eğilimi de o doğrultuda artış göstermektedir. Aile içi şiddet ve bunun ebeveynlerin işleyişi üzerindeki sonuçları, gelecek nesilde çocukların fiziksel istismarının varlığının önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır. Ebeveynleri arasında fiziksel şiddete tanık olan erkek çocukların, eşlerini ve/veya çocuklarını fiziksel olarak istismar etme olasılığı daha fazla olabilmektedir (Rosenbaum & O'Leary, 1981). Atıfta bulunulan araştırmaların büyük çoğunluğunun, genel

olarak sadece bir değişkeni (sosyo-ekonomik düzey, hayal kırıklığı toleransı, psikopatoloji ve çocuğun mizacı gibi) dikkate aldığı tek faktörlü bir araştırma deseni kullandığı görülmektedir (Steinmetz, 1977; Straus ve ark., 1980). Tüm bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında sistemik modelin istismarı açıklamada tam olarak net olmadığı görülmektedir ve bununla birlikte, gelişim psikolojisi çok faktörlü bir ekolojik model önermektedir (Bronfenbrenner, 1977; 1979).

2.2.5.4. Ekolojik Model

Bronfenbrenner (1977/1979)'a göre, travmatik yaşantılarla ilişkili araştırmalar arasındaki çelişkiler elbette farklı metodolojilerden kaynaklanabilir, ancak bunlar aynı zamanda, klasik tek faktörlü şemaların ortaya çıkaramayacağı sürekli faktörlerin birbirleriyle etkileşmesinin bir sonucu da olabilir. Bu nedenle, analiz birimlerinin birbiriyle eş merkezli olarak iç içe geçmiş açık sistemler olduğu bir ekolojik model önermektedir. Birey, bu nedenle artık analizin ana nesnesi değildir, aksine organize bir bütünün ayrılmaz bir parçası olarak kavramsallaştırılır. Örneğin, ailenin her bir üyesi, sosyal destek veya komşuluk gibi çevresel sistemlerle (ekzosistem) ilişki içinde bir sistem olan aile sisteminin (mikrosistem) aktif bir üyesi olarak analiz edilmelidir (Massé, 1990). Bronfenbrenner (1977) çocuk istismarını açıklamak için istismara yönelik tüm açıklamaları ve tüm risk faktörlerini içeren, mikrosistem, mezosistem, ekzosistem ve makrosistem olarak adlandırılan dört analiz seviyesi önermektedir. Bu dört analiz seviyesinin, kronosistem adı verilen zaman faktörünün içinde yer aldığını belirtmektedir. Bu iç içe geçmiş olan katmanların her birinin arasında etkileşim olduğunu ve bu nedenle çocuk istismarını anlamanın, tüm katmanların ve katmanlar içerisinde bulunan değişkenlerin arasındaki karşılıklı etkileşimlerin birlikte ele alınmasıyla mümkün olabileceğini belirtmektedir (Bronfenbrenner, 1979). Aşağıda mikrosistem, mezosistem, ekzosistem, makrosistem ve kronosistem açıklanmaktadır:

a. ***Mikrosistem:*** Bireylerin yaşamını birebir etkileyen ve çocuk istismarının ve ihmalinin gerçekleştiği aileyi ve aile içi ilişkileri temsil etmektedir. Ailenin yapısı, ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri, kişilik yapıları ve çocukla olan etkileşimleri mikrosistem içerisinde incelenmektedir. Ayrıca mikrosistem çocuğun büyümesiyle birlikte okul çevresi, arkadaşları ve öğretmenleri de içine alacak şekilde genişlemektedir. Diğer kişilerin ve yetişkinlerin çocukla etkileşimlerinin niteliği, onların gelişimi üzerinde önemli ölçüde etki gösterebilmektedir.

b. ***Mezosistem:*** Bireylerin içerisinde bulundukları aile, okul, akran grubu ve topluluk gibi birbirinden farklı mikrosistemlerin birbirleriyle olan etkileşimlerini kapsamaktadır. Buna göre bir mikrosistemdeki yaşantılar ve etkinlikler bir diğerindeki ilişki dinamiklerini etkileyebilir.

c. ***Ekzosistem:*** Geniş aile, içinde yaşanılan mahalle ve topluluklar, ebeveynlerin çalışma alanları, görsel-sosyal medya gibi kitle iletişim araçları gibi sosyal yapıları temsil eden, bireyi doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilen ve aileyi içinde barındıran daha geniş sosyal sistemlerden oluşan yapılardır. Ekzosistemin çocuk istismarı ile ilgili boyutu; sosyal destek yetersizliği, ebeveynlerin işsizliği, düşük eğitim ve düşük sosyoekonomik düzey ve sosyal izolasyon gibi faktörlerdir.

d. ***Makrosistem:*** Genellikle adet, gelenek ve töre gibi geniş çaplı uygulamalarla, bazen de yasal düzenlemelerle içinde yaşanılan grubu ve bireyleri şekillendiren toplumsal rolleri içeren katmandır; çocuğun terbiye edilmesinde fiziksel cezanın olağan karşılanması, erken yaşta evliliğin kabul gören bir olgu olması gibi toplumun çocukların istismarını ve ihmalini teşvik eden disfonksiyonel kültürel değerlerini ve inanç sistemlerini temsil etmektedir.

e. ***Kronosistem***: Zaman içerisinde değişen, sosyal, kültürel, tarihsel değişimlerin ve çevresel koşulların bireyin yaşamındaki geçişlere yansıması ve deneyimlerini etkilemesi ise

kronosistem olarak adlandırılmaktadır (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1979; DeVylder, 2012; Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021).

2.2.5.5. Belsky Modeli

Belsky (1980/1984) ekolojik bir perspektiften, çocuk istismarının birçok yönden bireyden ve aileden kaynaklandığını ve ailenin içinde bulunduğu toplum ve kültür gibi güçler tarafından belirlendiğini açıkça gösteren bir model önermektedir. Belsky'e göre, bu güçlerin karşılıklı etkileşimi, ebeveynlerin işlevlerini olumsuz yönde etkileyebilmekte veya işlev kaybına yol açabilmektedir. Başlangıçta Garbarino (1977) modelinden esinlenen Belsky (1980), Bronfenbrenner'ın (1977/1979) ekolojik perspektifini ve Tinbergen'in (1951) ontogenetik gelişiminin analizini eşzamanlı olarak bütünleştirmiştir. İstismarın etiyolojik faktörlerini dört analiz seviyesinden oluşan kavramsal bir çerçeve içinde sınıflandırmıştır. İlk seviye olan ontogenetik düzey çocuklarını travmatize eden ebeveynlerin, istismar öyküsü, zayıf kişilerarası beceriler ve düşük öz saygı gibi özelliklerini içermektedir. İkinci seviye olan mikrosistem, aile ortamı, çocuğun davranış problemleri, parçalanmış aile ve ekonomik güçlükler gibi faktörlerin istismar olasılığını artıran çeşitli bileşenlerini temsil etmektedir. Burada Belsky'nin evlilik ilişkisini, mikrosistemin önemli bir yönü olarak tanımladığı unutulmamalıdır. Ekolojik bir bakış açısında evlilik ilişkisi daha küresel bir sistemin tek bir unsurunu oluşturan basit bir değişkendir. Üçüncü seviye olan dış sistem, ebeveynlerin işlevselliğini değiştirebilecek ve istismara yol açabilecek resmi ve gayri resmi sosyal yapılarını, yani sosyal ağ ve sağlanan desteğin kalitesini, iş dünyasını ve sosyal çevreyi içermektedir. Son olarak, makro sistem ise fiziksel cezanın çocuklarla ilgili bir disiplin stratejisi olarak sosyal olarak kabul edilmesi gibi kültürel değerleri içermektedir. Belsky (1980), bu dört analiz düzeyi aracılığıyla, yaklaşımların her birinin savunduğu çeşitli etiyolojik faktörlerin şu şekilde etkileşime girdiğini öne sürmektedir:

"*Çocukluğunda istismar öyküsü bulunan, stresörlerle başa çıkabilme becerisi düşük olan bireylerin kendi çocuklarına yönelik istismarcı veya ihmalkâr olabilme riskleri daha fazladır ve kurulan aile mikrosistemi içerisinde ebeveyn-çocuk çatışması olasılığı daha yüksektir. Ebeveynin bu tür bir çatışma veya strese tepkisinin istismar biçimini alması gerçeği, bireyin, ailenin ve topluluğun bulunduğu alt kültürün (makro sistem), kendi çocukluk deneyiminin (ontogenetik gelişim) ve toplumu karakterize eden eğitimsel değerlerin ve uygulamaların bir sonucu olduğu kabul edilir (Belsky, 1980)".*

2.2.5.6. Etkileşimsel Model

Cicchetti ve Rizley (1981), çocuk istismarının çok faktörlü doğasını vurgulayarak Belsky'ye (1980) benzer bir teorik model geliştirmiş olup bu etkileşimsel modelin ana unsuru, çocuk istismarının etkileşimsel bir şekilde aktarılarak kuşaklararası geçişini vurgulamaktır. Buna göre, ebeveynlerin özellikleriyle içinde bulundukları çevrenin özellikleri birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedir. Yani çocuklar çevrelerinden nasıl etkileniyorsa, çevre de çocuklardan o ölçüde etkilenebilmektedir. Bununla birlikte, istismarın etiyolojik faktörlerinin kavramsallaştırılmasında, aynı anda risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Çocukluk çağı travmalarının hem azaltılması hem de önlenebilmesi için gerekli olan koruyucu faktörlerin; uyum becerilerinin iyi olması, iyi mizaca sahip olma, stresle başa çıkabilme, sosyoekonomik düzeyin, eğitim ve zeka seviyesinin, ebeveynlerin iş doyumlarının yüksek olması ve gerekli sosyal desteğinin bulunması olduğunu belirtmektedirler. Çocukluk çağı travmalarını artıran risk faktörlerinin ise, ebeveynlerin psikiyatrik öykülerinin olması, çocukların psikolojik veya fiziksel engelinin ve zor bir mizacının bulunması gibi bireysel niteliklerin yanı sıra sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyal destek azlığı, iş veya statü kayıpları, çatışmalı evlilik ilişkisi ve boşanmalar olduğunu

belirtmektedirler. Çocukluk çağı travmalarının gerçekleşme olasılığı risk faktörleri ile koruyucu faktörler arasındaki dengenin yönüne göre değişim göstermektedir. Buna göre çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası geçişinin önlenebilmesi için koruyucu faktörlerin artması, risk faktörlerinin de azalması gerekmektedir (Dubé & Provost, 1991; Gökler, 2008).

2.2.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmalarıyla ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda artış göstermesine rağmen travmatik yaşantıların her toplumda ve ülkede tanımlanma kriterlerinin farklılık göstermesi ve bildirim oranlarının düşük olması sebebiyle gerçeği bütünüyle yansıtan bir istatistiki veriye ulaşmak oldukça güçtür (Sofuoğlu ve ark., 2018). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (NCANDS) 2015 yılı raporuna göre; 2015 yılı içerisinde 683.000 çocuğun istismara ve ihmale maruz kaldığı belirtilmiştir. Çocukların %27.7'sinin 3 yaşından küçük olduğu ortaya tespit edilmiştir. Bu istismarın ve ihmalin %78.1'i aileleri tarafından, %6.3'ü diğer akrabaları tarafından gerçekleştirilmiştir. İstismar türlerine bakıldığında çocukların, %75.3'ü ihmale, %17.2'si fiziksel istismara ve %8.4'ü cinsel istismara maruz kalmıştır. 1 yıl içinde 1670 çocuğun istismar ve ihmal sonucunda öldüğü tespit edilmiştir (NCANDS, 2015). 2018 yılı raporunda ise 2014 yılından 2018 yılına kadar saptanan verilere göre çocuk istismarı ve ihmali konusunda artış olduğu tespit edilmiştir. Buna göre çocuk koruma hizmetlerinden yararlanan çocuk sayısı 2014'ten (3.261.000) 2018'e (3.534.000) %8.4 artmıştır. Mağdurların sayısı ve oranı son 5 yılda dalgalı bir seyir izlemiştir. 2014'teki ortalama ulusal mağdur sayısı (675.000) ile 2018'deki ortalama ulusal mağdur sayısı (678.000) karşılaştırıldığında %0.4'lük bir artış görülmektedir. 2018 verileri, mağdurların beşte dördünden fazlasının (%84.5) ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar veya cinsel istismar gibi çocuğa yönelik kötü muamelelerden en az birini deneyimlediğini göstermektedir. Buna göre çocukların %60.8'i ihmal edilmektedir, %10.7'si yalnızca fiziksel olarak istismar edilmektedir, %7.0'ı yalnızca cinsel istismara uğramaktadır ve %15.5'i iki veya daha fazla

kötü muamele türünün kurbanı olmaktadır. 2018 için, ülke nüfusunda 100.000 çocuk başına %2.39 oranıyla tahmini olarak 2390 çocuk istismar ve ihmalden ölmüştür (NCANDS, 2018).

UNICEF (2010) Türkiye raporuna göre Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş arası çocukların %25'i ihmale, %51'i duygusal istismara, %43'ü fiziksel istismara, %3'ü de cinsel istismara maruz kaldığını belirtmektedir. TÜİK'in 2015-2019 yılları arasındaki verilerine bakıldığında; güvenlik birimlerine 2019 yılında gelen veya getirilen çocukların karıştığı adli olay sayısının 511 bin 247 olduğu, bu olaylarda çocukların %46.1 oranıyla en çok mağdur olarak adli sisteme dahil oldukları tespit edilmiştir. Suç mağduru çocukların %53.8'inin erkek, %46.2'sinin kız çocuğu olduğu, suç mağduru olarak gelen 206 bin 498 çocuğun %57.6'sı yaralama, %15.2'si cinsel suçlar, %11.0'ı aile düzenine karşı suçlardan mağdur olduğu, ayrıca mağdur çocukların %3.5'inin tehdit, %2.7'sinin kişiyi hürriyetinden yoksun kılma ve %2.1'inin ise hırsızlık suçlarından mağduriyet yaşadığı belirlenmiştir (TÜİK, 2020).

UNICEF'in 2012 yılında yayınladığı çalışmada ise Doğu Asya ve Pasifik bölgesinde çocuklara yönelik kötü muameleye dair yapılan araştırmaya göre fiziksel istismarın genel yaygınlık oranları %10 ile %30.3 arasında değişmektedir. Şiddetli fiziksel istismarın yaygınlığı %8.6 ile % 23.1 arasında değişmektedir. Çocuklara yönelik cinsel istismar verilerine bakıldığında taciz, dokunma ve tecavüz gibi fiziksel temas içeren cinsel istismar yaygınlığı, Hong Kong'da %1.7, Pasifik Adaları'nda %11.6, Kamboçya'da %1.2, Tayland'da % 17.1 olarak tespit edilmiştir. Kamboçya'da kızların %51.2'si erkeklerin ise %1.9'u cinsel ilişkiye zorlandıklarını bildirmiştir. Çocuklarda duygusal istismarın yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında, Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti'nde %31.3'ten, Çin'de %68.5'ten %81.1'e kadar değişmektedir. Filipinler'de yapılan bir araştırma, nüfus temelli bir yetişkin örneklemi arasındaki çocukluk çağı travmalarını incelemiştir ve katılımcıların %22.5'inin yeterince yemek yememek ve kirli giysiler giymek de dahil olmak üzere fiziksel ihmal yaşadıklarını bildirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %43.6'sının sevilmediğini hissetmek,

ebeveynleri tarafından doğmamasının dilendiğini hissetmek ve aile üyeleri tarafından nefret edilmeyi içeren psikolojik ihmal yaşadığı belirtilmiştir (UNICEF, 2012). Dünya Sağlık Örgütü 2017 yılında 190 ülkeden elde edilen veriler sonucunda hazırladığı raporda, 2016 yılında dünya genelinde çocuğa yönelik tespit edilen istismar oranlarına bakıldığında, %23'ünün fiziksel istismara, %36'sının duygusal istismara, %16'sının ise ihmale maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kız çocuklarının %18'inin, erkek çocuklarının ise %8'inin cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (WHO, 2017a).

2.2.7. Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkili Ruhsal Bozukluklar

Çocukluk çağı travmaları psikopatoloji için önemli bir risk faktörü olarak görülmekte ve bu alandaki birçok bilimsel çalışma, travmatik yaşantılara maruz kalan çocukların, travmatik yaşantıya maruz kalmamış çocuklara göre yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde daha fazla psikopatolojiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Ayres, 2021; Danese, 2020; DeBellis, 2014; Garcia-Eslava, 2020). Troisi (2020) şiddetli kronik stres faktörleri yaşayan çocukların, yaşamları boyunca çok sayıda tıbbi ve psikiyatrik duruma karşı savunmasız olduğunu belirtmektedir. Hemen hemen tüm ruhsal bozuklukların altında çocukluk çağı travmalarının önemli etkisinin olduğu görülmektedir (Li, D'arcy & Meng, 2016). Yapılan çalışmalarda özellikle dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere, TSSB, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, yeme bozuklukları, depresyon bozukluğu, duygudurum bozuklukları, özkıyım ve kendine zarar verme davranışları, alkol-madde bağımlılığı, dürtü kontrol bozukluğu ve belirli oranda psikotik bozukluklar gibi pek çok ruhsal bozuklukla çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dereboy ve ark., 2018; Gül ve ark., 2016; Yılmaz-Irmak, 2008).

Wingenfeld ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmaya göre erken dönem çocukluk çağı travmaları, özellikle cinsel istismar, pek çok ruhsal bozuklukla (dissosiyatif bozukluklar,

yeme bozuklukları, somatoform bozuklar gibi) ilişkilendirilirken ergenlikten sonraki cinsel istismarın ise, depresyon bozuklukları ve TSSB ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kong ve Benstein (2009), yaptıkları çalışmada çocukluk çağında yaşanan duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarın yeme bozukluklarının önemli yordayıcıları olduğu, ayrıca depresyonun bazı çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiği sonucuna ulaşmışlardır (Kong & Benstein, 2009). Figueroa ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada sınırda kişilik bozukluğu olan yatarak tedavi gören hastalardan, majör depresyon bozukluğu olan yatarak tedavi gören vakalardan ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan bir kontrol grubundan oluşan örneklemde bildirilen cinsel istismar öyküsü, Ruhsal Belirti Tarama Testi olan SCL-90-R'deki genel psikopatoloji ölçümleriyle ilişkilendirilmiştir. Çocuk istismarı bildirenler, bildirmeyenlerle karşılaştırıldığında, bu kişilerin SCL-90-R'nin obsesif-kompulsif ve somatizasyon alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanlar daha yüksek olarak bulunmuştur. Çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü bildiren katılımcılarda SCL-90-R'nin düşmanlık, kişilerarası duyarlılık ve paranoya alt ölçeklerindeki puanlar da anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Khoury ve arkadaşlarının (2010) madde kullanım bozukluğu sebebiyle hastanede yatmakta olan 587 (%39'u alkol, %34.1'i kokain, %6.2'si eroin/afyon ve %44.8'i esrar bağımlısı) katılımcıyla yaptıkları çalışmada, madde kullanım düzeyi (özellikle kokain bağımlılarında) ile fiziksel, cinsel ve duygusal istismar yaşantılarının şiddetinin mevcut TSSB semptomları ile de güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Kokain bağımlılığı öyküsü olan bireylerin, çocukluk çağı travmalarının türlerinin ve travmatik yaşantılarının sayısının mevcut TSSB semptomlarını açıklamada da önemli bir etkisi olduğu ve bu etkinin yetişkinlikte karşılaşılan travmatik yaşantıların sonuçlarından bağımsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Dissosiyatif semptomlarla özellikle erken dönem çocukluk çağı travmaları arasında güçlü bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır (Boyer, Caplan & Edwards,

2022). Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada çocukluk döneminde herhangi bir travmatik deneyim belirten katılımcıların, belirtmeyenlere göre daha yüksek derecede dissosiyatif belirtiler gösterdiği, daha sık olarak kendine fiziksel olarak zarar verdiği ve özkıyım girişiminde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yıldız ve arkadaşlarının (2021) adli psikiyatri servisinde tedavi gören hastalarda yaptığı çalışmada, psikotik bozukluk tanısı olan kişilerde dissosiyatif yaşantının (DES puan ortalaması 32.3±10.6), duygudurum bozukluğu olan kişilere (DES puan ortalaması 26.7±11.9) göre daha yüksek olduğu ve çocukluk çağı travmalarına sahip suç işlemiş psikiyatri hastalarının yetişkinlik dönemlerinde daha fazla dissosiyatif semptom gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Karan (2021), 389 katılımcıyla yapmış olduğu bir çalışmada çoklu travmaya maruz kalan kişilerde dissosiyatif yaşantıların daha fazla olduğu ve ayrıca çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkide geçmiş zamanda sıkışıp kalma, şimdiki yaşamında ise kaderci yaklaşımı benimsemenin ve duygu düzenlemede güçlük yaşamanın sıralı aracı rolü olduğu sonucuna ulaşmıştır. İntihar düşüncesi olan 32'si cinsel istismar öyküsüne sahip 97 akut psikiyatrik hastayla yapılan bir çalışmada cinsel istismar öyküsüne sahip hastaların diğerlerine oranla daha yüksek düzeyde dissosiyasyon bildirdikleri, daha fazla intihar girişiminde bulundukları ve kendine zarar verme oranlarının daha yüksek olduğu, ayrıca dissosiyatif deneyimlerin cinsel istismar ile intihar girişimi sayısı arasındaki ilişkinin önemli bir oranına aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Brokke, Bertelsen, Landrø & Haaland, 2022).

Bülbül ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada yineleyen ve ilk atak majör depresyon grubunda çocukluk çağında duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal yaşantılarına dair puanların kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu, ayrıca çocukluk çağı travmaları ile depresyonun erken yaşta başlaması arasında da güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Örsel ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bir çalışmada çocukluğunda duygusal istismara maruz kaldığını belirten

katılımcılarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları daha sık tespit edilirken cinsel istismara maruz kaldığını belirten grupta alkol-madde kullanımı/bağımlılığı, özkıyım girişim oranları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Erten, Uney ve Fıstıkçı (2015), çocukluk çağında travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerde bipolar bozukluğun daha erken yaşta başladığını, bu kişilerin daha fazla duygudurum atağı geçirdiğini ve daha fazla ek tanı aldıklarını bildirmiştir. Aynı çalışmada ayrıca ek psikiyatrik tanıların daha kötü prognoz gösterdiği belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları, örseleyici yaşam deneyimlerinin ve var olan aile psikopatolojilerinin ardışık nesillerde görülmesi üzerinde etken ajan olarak devreye girmektedir. Ülkemizde kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımı çalışmalarının öncülüğü Öztürk tarafından yapılmaktadır (Öztürk, 2020a; 2022a).

2.3. Kuşaklararası Travma Geçişi ve Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımı

2.3.1. Kuşaklararası Travma Geçişi

Travmalar sadece örseleyici ve dissosiye edici olayı yaşayan kişiyi veya toplumu etkilemekle kalmayıp daha sonraki kuşakların da bu travmalardan negatif yönde etkilenmesine sebep olmaktadır. Öztürk'e göre, *"kuşaklararası travma geçişi"* ile *"kuşaklararası psikopatoloji aktarımı"* fenomenleri birbirine eşlenik olarak fonksiyon göstermektedir. Operasyonel olarak kuşaklararası travma geçişi, aynı şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilini benimseyen ardışık kuşaklarda birbirine yakın oranlarda çocukluk çağı travmalarının yaşantılanmasıdır, kuşaklararası psikopatoloji aktarımı ise yine ardışık kuşaklarda birbirine benzer doğalı psikopatolojilerin deneyimlenmesidir (Öztürk, 2022a). Kuşaklararası travma geçişiyle ilgili yapılan çalışmalar gitgide literatürde daha fazla önemsenmekte ve artmaktadır (Keels, 2022; Su, D'arcy & Meng, 2022; Yehuda & Lehmer, 2018). Kuşaklararası travma geçişi, travmatize yaşam olaylarının çoğunlukla değişmeksizin diğer nesillere geçişinin nasıl gerçekleştiğini anlamak ve çocukluk çağı travmalarını önlemek için gerekli yöntemleri geliştirmeyi kapsayan multidisipliner bir çalışma alanıdır.

Kuşaklararası travma geçişinin temelinde benzer çocuk yetiştirme stiline sahip ailelerde, büyükanneden, anneye, anneden çocuğuna deneyimlenen travmaların birbirlerine oldukça yakın ve benzer doğada olması söz konusudur. Kuşaklararası travma aktarımında ise, bireye ve topluma dair nötralize ve proses edilememiş travmaların, bedensel ve daha çok sözel şekilde sonraki kuşaklara aktarılması söz konusu olmaktadır. Kuşaklararası travma aktarımı, çoğunlukla niteliksel yöntemlerle çalışılırken kuşaklararası travma geçişi ise çoğunlukla niceliksel yöntemler çerçevesinde benzer travmaların sonraki kuşaklarda hangi oranlarda bulunduğuna odaklanmaktadır (Öztürk & Derin, 2019).

Öztürk'e göre "*kuşaklararası travma geçişi*" ve "*kuşaklararası travma aktarımı*" kavramları tam olarak birbirini karşılamamaktadır. Bunun nedenini, travmanın kuşaklararası aktarımına dair farklı disiplinlerin yaptığı çalışmalar sonucunda birbirinden farklı sonuçlar bulunabilmesine rağmen kuşaklararası travma geçişine dair yapılan çalışmaların birbirleriyle ilişkili ve öteki bilimsel verileri dışlamayan, tekrarlanabilir doğalı sonuçlara ulaşılabilmesi olarak ifade etmektedir. Klinik psikoloji, psikotarih ve psikotravmatoloji başta olmak üzere birçok disiplin çerçevesinde ele alınan kuşaklararası travma geçişi, tarihsel süreç içerisinde benzer çocuk yetiştirme stilleriyle çocuklarını yetiştiren ebeveynlerin özellikle de annelerin kendi annelerinin, kendilerinin ve kızlarının benzer oranlarda travmatizasyona ve reviktimizasyona maruz kaldığı hipotezini merkez almaktadır. Bu nedenle kuşaklararası travma geçişi, doğru ve empati odaklı çocuk yetiştirme stilleri ekseninde çocukluk çağı travmalarını önlemeyi de içeren çok yönlü bir kavramdır (Derin & Öztürk, 2020; Öztürk, 2020b, 2021a, 2022c; Öztürk & Derin, 2019). Öztürk (2020b; 2021a; 2022c) gelişime hizmet edemeyen ve hatta önünde bir engel teşkil eden, çağdışı kalan, "*sosyal artık*" olarak tanımladığı disfonksiyonel ailelerin yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle travma kökenli psikopatolojilerin kuşaklararası aktarımında başrol oynadığını belirtirken yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve kronik çocukluk çağı travmaları sebebiyle çocukta oluşan travma kökenli

ruhsal bozuklukların ailenin genelinde de olduğunu, bu ailelerin kendi çocuklarını travmatize ederken bir yandan da dış tehditlere karşı da koruyamadıklarını ifade etmektedir. Öztürk'ün 2003 yılında dissosiyatif bozukluk tanısı almış 24 kişi, bu vakaların ailelerinden 50 kişi ve kontrol grubundan 50 kişi olmak üzere toplamda 124 kişiyle yaptığı doktora çalışmasında "*dissosiyatif bozukluklar ile kuşaklararası travma geçişi*" arasındaki ilişki bulgular ışığında ortaya konmuştur. Bu çalışmaya göre dissosiyatif bozukluk tanısı olan kişilerin tamamında (%100) en az bir çocukluk çağı travması olduğu, bu kişilerin %87'sinde, yaşanan çocukluk çağı travmalarının en az bir türünün aile içerisinden kaynaklandığı, vakaların ailelerinin %74'ünün de kendi aileleri tarafından fiziksel istismara uğradıkları, bu ailelerin %85.7'sinin ise aileleri tarafından duygusal istismara uğradıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Öztürk'ün danışmanlığını yaptığı iki yüksek lisans ve bir doktora tezi de kuşaklararası travma geçişi konusunda önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Bu tezlerden biri olan Derin (2018)'in yüksek lisans tezinde, 4 farklı kuşaktan, 3 nesil olmak üzere toplam 108 yetişkin kadın (Sessiz/Baby Boomer kuşaklarına ait olan 36 kadın anneanne olarak, X kuşağına ait olan 36 kadın anne olarak, Y kuşağına ait olan 36 kadın ise torun olarak) ile çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve bağlanma açısından psikotarih eksenli çocuk yetiştirme stilleri kuşaklararası perspektiften incelenmiştir. Çalışmada elde edilen en göze çarpan sonuç, anneannelerin ve annelerin 36'sının (%100), torunların ise 34'ünün (%94.4) en az bir çocukluk çağı travmasının olduğudur. Cohen (2019) de doktora tezinde üç kuşak kadın yetişkinin çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon ve şiddete yönelik tutumlarla ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmaya da yine 3 farklı kuşaktan 36'şar kişi olmak üzere toplamda 108 (en yaşlı kuşaktakiler anneanne, orta kuşak anne ve genç kuşak ise torun) yetişkin kadın katılım göstermiştir. Çalışmanın sonucunda anneannelerin 35 (%97.2)'inin, annelerin 29 (%80.6)'unun ve torunların ise 27 (%75.0)'sinin duygusal ihmal bildirdiği, ayrıca anneannelerin 14 (%38.9)'ü, annelerin ve torunların ise 10 (%27.8)'unun duygusal istismar

bildirdiği, kuşaklararası bir azalma gösterse de duygusal ihmalin ve duygusal istismarın aktarılmaya devam edildiği ortaya konmuştur (Öztürk, 2021a; 2022c).

Turgut (2021) tarafından yapılan çalışmada da örneklemi 45'i anneanne, 45'i anne ve 45'i torun olmak üzere 135 yetişkin kadın oluşturmaktadır. İlgili çalışmada çocukluk çağı travmalarının en yüksek anneannelerde, en düşük ise torunlarda olduğu belirlenmiş ve anneannelerin anne ve torunlara göre istatistiksel olarak daha fazla duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal bildirdiği ortaya konmuştur. 45 (%100) büyükanne, 44 (%97.78) anne ve 37 (%82.22) torunun en az bir çocukluk çağı travması geçirmesi, bu yakın oranlarda travmatik deneyimlerin kuşaklararası bir aktarıma sahip olduğunu açıkça göstermektedir. Aynı zamanda çalışmada dissosiyatif yaşantıların kuşaklar arasında farklılık göstermediği ve bu sonucun kuşaklararası psikopatoloji aktarımına işaret ettiği belirlenmiştir (Turgut, 2021). Çocuk yetiştirme stillerinin şiddet odaklılıktan empatiye doğru olan gelişimi yüzyıllardır oldukça yavaş bir biçimde sürmektedir. Bu gelişimin yavaş olması sebebiyle travmaların üç-dört nesil sonrasında dahi benzer oranda ve benzer niteliklerde görülebilmesi mümkün olmaktadır. deMause da çocuk yetiştirme stillerinin toplumların psikojenik yapısını belirlediğini ve travmanın nesilden nesile aktarımını sağlamanın önemli bir yolu olduğunu, aynı dönemlerde yetişen insanların çocuk yetiştirme stillerinin ve çocukluk çağı travmalarının da birbirleriyle benzerlik gösterdiğini, bu sayede toplumun genelinde hakim psikojenik bir yapının oluştuğunu belirtmektedir (Öztürk, 2020b; 2022c). Yapılan bu doktora çalışmasında da üç grupta çocuk yetiştirme stillerinin ve çocukluk çağı travmalarının farklılaşıp farklılaşmadığı, bu değişkenlerin depresyon, dissosiyatif yaşantılar ve adil dünya inancı üzerinde etkilerinin olup olmadığı kuşaklararası travma geçişi ekseninde incelenmektedir.

2.3.2. Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımı

İlk olarak H. Barocas ve C. Barocas (1979) tarafından Holokost'tan sağ kurtulan kişilerin çocukları için kullanılan kuşaklararası travma aktarımı kavramı, soykırım

felaketinden sağ olarak kurtulan kişilerin yetişkin çocuklarıyla görüşme yapan klinisyenlerin detaylı çalışmaları sonucunda literatüre kazandırılmıştır. Yapılan çalışmalarda bu kişilerin, ebeveynlerinin travmatik deneyimlerinin yarattığı duygusal zorlukları kendilerinin de belirli oranda yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Barocas & Barocas, 1979; akt., Yalçın & Öztürk, 2018a). Danieli (1998) de aile üyelerinden birinin travmatik deneyimlerinin negatif doğalı psikolojik etkilerinin bu travmaya doğrudan maruz kalmayan daha genç aile üyeleri tarafından da benzer oranlarda yaşantılanabileceğini belirtmektedir. Savaş, soykırım, göç gibi kitlesel travmaların yanı sıra aile içerisinde gerçekleşen süreğen ve şiddetli kronik çocukluk çağı travmaları ve yanlış çocuk yetiştirme stillerine maruz kalan, bu travmatik deneyimlerle başa çıkamayan çocuk ve yetişkinlerin aile içerisinde süregiden travmatik sürece tanık olmaları "*ikincil travma*" olarak tanımlanmaktadır. İkincil travmanın da TSSB, depresyon ve dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere pek çok ruhsal sorun ve psikiyatrik hastalıkla ilintili olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2020b). Abrams da travmanın ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin nesiller boyunca aktarımına vurgu yaparken kuşaklararası travmanın savaş ve soykırım gibi kitlesel olaylarla sınırlı olmadığını aile içerisinde yaşanan travmatik olayların da oldukça yaygın olduğunu belirtmektedir (Abrams, 1999).

Abrams klinik gözlemleri neticesinde travmatik deneyimleri olan ailelerin ortak noktasının ailelerde meydana gelen sessizlik olduğunu, ailelerin travmayla genellikle inkar, baskı ya da önemli aile bilgilerini bilinçli olarak atlayarak başa çıkmaya çalıştığını, bazı klinisyenlerin de acı çeken insanlara daha fazla acı çektirme korkusu ya da kendi travmalarıyla yüzleşme korkusu gibi sebeplerle bu inkar sürecine katılarak ailelerin sessizliğini pekiştirebildiğini belirtmektedir. Fakat ruh sağlığı alanının da toplumun da travmanın insan üzerindeki etkileri konusunda giderek daha bilinçli hale geldiğini de eklemektedir (Abrams, 1999). Travmanın üç kuşak boyunca nesiller arası aktarımına ilişkin yapılan bir çalışmada, Holokost'u deneyimleyen, Fas'tan göçün ardından bir kampa

yerleştirilen ve bir savaş sonucunda yerinden edilmeye zorlanan üç grubun ardışık nesillerinin temsilcilerine, hayatta kalanlar veya mağdurlar olarak ya da ikinci/üçüncü nesil hayatta kalanlar/mağdurlar olarak yaşamlarıyla ilgili niteliksel, açık uçlu sorular sorulmuştur. Yapılan içerik analizinde, üç tür travmanın nesiller arası aktarımının üç nesil boyunca devam ettiği ortaya çıkmıştır (Lev-Wiesel, 2007). Bir başka çalışmada da 1932–1933 Holodomor soykırımının 15 Ukraynalı ailede üç nesil üzerindeki nesiller arası etkisini araştırmak için nitel metodoloji kullanılmıştır. Çalışmanın katılımcıları Ukrayna'da ikamet eden aileler olarak, birinci nesil hayatta kalan, ikinci nesil yetişkin bir çocuk ve aynı soydan üçüncü nesil yetişkin bir torundan oluşuyordu. Bulgular, zorla aç bırakılarak milyonlarca insanın hayatına mal olan bir soykırım olan Holodomor'un, on yıllar sonra doğan nesiller üzerinde hala önemli etkiler yarattığını gösteriyor. Spesifik olarak, Temmuz ve Kasım 2010 arasında yapılan 45 yarı yapılandırılmış, derinlemesine görüşmenin tematik analizi, soykırım döneminde hayatta kalanlarda bir dizi duygu, içsel durum ve travmaya dayalı başa çıkma stratejilerinin ortaya çıktığını ve daha sonra aktarıldığını ortaya koymuştur (Bezo & Maggi, 2015).

2.3.3. Kuşaklararası Travma Geçişini ve Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımını Açıklayan Teorik Yaklaşımlar

Kuşaklararası travma geçişi ve/veya aktarımına yönelik psikotoplumsal temelli çeşitli modeller ortaya atılmıştır. Kellermann (2001) travmanın aktarımını Yahudi soykırımı üzerinden tanımlayarak dört model oluşturmuştur. Bu teorilere göre, travma aktarımının, yetersiz ebeveynlik davranışının, aile bağlarının ve/veya belirli ağırlaştırıcı ve hafifletici koşullarla birlikte kalıtsal bir yatkınlığın bir işlevi olduğu varsayılmıştır (Kellermann, 2009). Aşağıda kuşaklararası travma geçişi; psikodinamik model, sosyokültürel model, aile sistemleri modeli ve biyolojik/epigenetik modele göre açıklanmaktadır:

1.Psikodinamik model: Bu modele göre travmatik deneyimi yaşayan kuşaktaki kişiler, duygularını bilinçli olarak yaşayamazlar ve yaşayamadıkları duyguları çocuklarına

geçmektedir. Çocuklar, ailelerinin bastırdıkları, yadsıdıkları ve dışsallaştırdıkları travmatik deneyimlerini bilinçdışı bir şekilde içselleştirirler. Travmanın aktarımında ilişkisel psikodinamik model, çocukların bir yandan aileleriyle ve ailelerinin yaşadığı travmatik deneyimlerle bağlarını korumaya çalışırken bir yandan da ailelerinin travmatik deneyimlerinden kendilerini ayrı tutmaya ve kendi hayatlarına odaklanmaya çalışan kişiler olmaya çalıştıklarını belirtmektedir. Ebeveynlerinden ayrılma ve bireyleşme evresinde çocukların deneyimledikleri sıkıntılar, onların sağlıksız ilişki kalıpları geliştirmesine ve ayrışmamış ilişkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ancak bu teoriler genel olarak kabul edilse de, ebeveynin bilinçaltının bu ihtiyaçlar karşılanmadığında çocuğa nasıl aktarılabileceğini yeterince açıklayamamaktadır. Hala bir ebeveynin bastırılmış travmatik anılarının çocuğun zihnine ve ruhuna nasıl nüfuz edebileceğine yönelik net açıklamalar yapılamamaktadır (Kellermann, 2001; 2009).

2.Sosyokültürel model: Bu modele göre, travmatik yaşantılar sosyal kurallar ve normlar gibi ailelerin çocuklarını yetiştirirken sergiledikleri davranışlar aracılığıyla ya da ebeveynlerin kendi korkuları ve tabularını çocuklarına sirayet ettirerek yetersiz rol model olması sonucunda çocuklara aktarılmaktadır. Fakat Holokost mağduru ebeveynler üzerine yapılan bir çalışmada gösterildiği gibi, travmanın kuşaklararası aktarımının sadece yanlış çocuk yetiştirmenin bir işlevi olduğu kanısına varılmamalıdır (Kellermann, 2001). "Yeterince iyi" Holokost ebeveynlerinin de geçmiş travmalarını çocuklarına aktarabildiği gözlemlenmiştir.

3.Aile sistemleri modeli: Her aile özeldir ve her ailenin kendine özgü bir kurallar sistemi vardır. Dolayısıyla her ailenin de kendine has bir iletişim stili mevcuttur ve travmanın aktarılmasında da aile içerisinde bu iletişim stilleri önemli rol oynamaktadır. Klein Parker (1988) travma yaşamış bazı ailelerin dışa kapalı bir aile sistemi kurmaları ile bu aileler kendilerini tamamen çocuklarına adamakta, bu çocuklar da benzer bir şekilde ebeveynlerinin

iyi olmaları için kendilerini anne-babalarına adamaktadırlar. Bu doğrultuda çocuklar, ebeveynlerinin travmalarını aile içi iletişim stilleriyle kendi içlerine alarak onları ruhsal açıdan korumaya çalışmaktadır.

4.Biyolojik/epigenetik model: Evrimsel teorinin kurucusu Jean-Baptiste Lamarck, iki asırdan fazla bir süre önce edinilmiş özelliklerin bir nesilden diğerine aktarılabileceğini öne sürmüştür. DNA metilasyonu gibi epigenetik modifikasyonlar, genlerin fonksiyonel ifadesini kalıcı ve potansiyel olarak nesiller arası aktarılabilir bir şekilde değiştirmek için çevresel etkilere yanıt olarak meydana gelebilir. Bu model, bireyler arası çeşitliliği ve travmaya maruz kalmanın uzun süreli etkilerini belirli oranda açıklayabilmektedir. Epigenetik tipik olarak, altta yatan DNA dizisindeki değişikliklerden kaynaklanmayan gen ekspresyonundaki kalıtsal değişikliklerin incelenmesi olarak tanımlanır. Gen ifadesindeki bu tür kalıtsal değişiklikler, genellikle çevresel stresin veya majör duygusal travmatik yaşantıların bir sonucu olarak ortaya çıkar ve daha sonra kromozomların kimyasal kaplaması veya metilasyonu üzerinde belirli izler bırakır. Bu kaplama, hücrenin bir tür "*hafızası*" haline gelir ve vücuttaki tüm hücreler bu tür bir hafızayı taşıdığından, bireylerin ve ebeveynlerinin, büyükanne ve büyükbabalarının ve diğerlerinin geçmiş olaylarının sürekli fiziksel bir hatırlatıcısı haline gelir. Nörobiyolojik olarak strese yatkınlıkları nedeniyle Holokost mağdurlarının çocukları, ebeveynlerinin fiziksel acılarını kolayca hayal edebilir ve o dönemde karşılaşılabilen açlığı, donmuş uzuvları, yanmış bedenlerin kokusunu ve onları korkutan sesleri neredeyse "*hatırlayabilirler*".

Bu tür bir epigenetik hücre hafızası, Perry (1999) tarafından tarif edildiği gibi, "*deneyim unsurlarının nesiller boyunca nasıl taşınabileceğini"* kısmen açıklayabilmektedir. İnsan vücudundaki tüm organ sistemlerinin bir dereceye kadar "hafızası" vardır. Geçmiş deneyimin unsurlarını zamanında ileri taşıma yeteneği, bağışıklık sisteminin, nöromüsküler ve nöroendokrin sistemlerin temelini oluşturur. Karmaşık fizyolojik süreçler yoluyla, deneyim

unsurları nesiller boyunca değişken oranlarda taşınabilmektedir. Türün kolektif deneyiminin unsurları genoma yansıtılırken, bireyin deneyimi o genomun ifadesine yansır. Ebeveynler çocuklarına genetik özellikleri aktarabildikleri gibi, özellikle açlık, hayatta kalma, işkence veya zulüm gibi güçlü, yaşamı tehdit eden deneyimlere dayanan her türlü "edinilmiş" (veya epigenetik) özelliği de aktarabilmektedir. Bu tür çevresel koşullar, yumurta ve spermdeki genetik materyal üzerinde bir iz bırakacak ve tek bir nesilde bile yeni özellikler geçirecektir (Kellermann, 2013). Kellermann'ın önerdiği modeller dışında kuşaklararası travma geçişini açıklamada başta psikotarih olmak üzere sosyal öğrenme kuramı ile kolektif bellek yaklaşımı ön plana çıkmaktadır. Aşağıda kuşaklararası travma geçişi ile ilgili psikotarih, sosyal öğrenme kuramı ve kolektif bellek yaklaşımları açıklanacaktır:

Sosyal Öğrenme Kuramı: Bandura'ya göre öğrenme, modelleme (taklit etme) veya gözlem yoluyla gerçekleşmektedir. Aynı zamanda davranışsal, bilişsel ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu da oluşmaktadır. Bu kuram, insanların hayatları üzerinde aktif karar veren konumda olduklarını, sadece çevre tarafından yönlendirilen ve etrafında olup bitenleri seyreden canlılar olmadığını belirtmektedir. Yani gözlem yoluyla öğrenme, pekiştirilmiş bir davranışı taklit etmek kadar basit değildir. Gözlemin kişilerin bilgilenmesini sağlama görevi de mevcuttur. Sosyal öğrenme kuramına göre, bireyler etrafındaki kişilerin davranışlarını gözlemler, bu gözlemlerden bazı sonuçlar çıkararak kendileri için yararlı olan durumlarda gerekli davranışı gösterir. Bireyler model aldıkları davranışı saklayıp değiştirebildiğine göre, gözlem sonucu edinilen bu davranışların bireylerin belleğine kodlanması ve gerekli olduğu zaman hatırlanması gerekir. Bu nedenle gözlem yoluyla öğrenmenin bilişsel boyutu da önemlidir. Duyuşsal beceriler, motor beceriler ve beyin, insanların hayat amaçlarını bulabilmelerini ve bu yönde gelişim gösterebilmek için çabalamalarını sağlayan araçlardır (Bandura, 1999). Yaşadıkları toplum içinde insanlar diğerlerinin yaptıklarına bakarak, onları gözlemleyerek, yapılan davranışların iyi veya kötü

olmasına göre pekiştirildiğini ya da cezalandırıldığını görerek öğrenmeyi gerçekleştirirler. Bu sebeple sosyal öğrenme "*başkalarını seyrederek çevreden öğrenme" veya "toplum içinde toplum için öğrenme"* olarak da tanımlanabilir (Korkmaz, 2003).

Ahlaki düşünce ve davranışlar da gözlem ve model alma yoluyla öğrenilebilir. Doğru veya yanlış modellerin gözlemlenmesi sonucunda kişilerin ahlaki yargıları da oluşur (Bandura & Walters, 1977; Rutledge, 2000). Bandura'ya göre sosyal öğrenme kuramının bileşenlerinden biri olan dolaylı duygusallık kavramı, kuşaklararası travma aktarımında önemli bir rol oynamaktadır. Bu kavrama göre başkasının davranışını gözlerken oluşan empati, gözlemlenen bireylerde oluşan davranışsal koşullanmayı temel alan duygusal koşullanmayı sağlar (Neill & Fleming, 2003). Duyguların büyük çoğunluğu gözlem aracılığıyla kazanılır. İnsanların bazıları doğrudan zarar görmemelerine rağmen fare, yılan, böcek vs. gibi şeylerden korkabilir. Annesi fare gördüğünde çığlık atan bir çocuk bunu gördüğünde, farenin korkulacak bir şey olduğunu düşünüp annesini taklit edebilir. Bu şekilde doğrudan kişinin kendisi tarafından yaşanmasa da aile fertlerinin önceki yaşanmış travmalarına dair korku, kaygı ve üzüntü gibi duyguları sonraki nesiller tarafından da öğrenilebilir (Korkmaz, 2003).

Kolektif Bellek ve Bilinçdışı Yaklaşımı: İlk olarak Fransız sosyolog Durkheim tarafından ortaya atılan kolektif bilinç kavramı, insanın bireysel olarak yaşantıladığı deneyimleri aşan ve toplumun ortak düşünce, istek ve heyecanlarını temsil eden ortak bir bilinç olarak tanımlanmıştır. Durkheim kolektif bilincin, bireylerin öznel durumlarından bağımsız kalıcı bir gerçeklik olduğunu ve bölgeden bölgeye veya kuşaktan kuşağa da değişmez bir yapısı olduğunu ve kuşakları birbirine bağladığını belirtmektedir. Kolektif bilinç hem bireysel açıdan deneyimlenmekteyken hem de kişilerden bağımsız toplumsal bir ruh olarak fonksiyon görmektedir. (Wolff & Durkheim, 1960). Durkheim'ın öğrencisi olan Halbwachs bireylerin toplumdan bağımsız bir bellekleri olamayacağını çünkü insanların

hafızalarını edindikleri yerin toplum olduğunu belirtmektedir. Halbwachs'a göre bireyler toplumla birlikte anlar, hatırlar ve hatırladıklarını konumlandıracakları yerlere karar verirler. Bireyler, içinde bulundukları grupların belirledikleri bağlamlar dışında yaşanan olayları sürekli ve tutarlı bir şekilde hatırlayamazlar. Bireylerin ait oldukları ve yaşadıkları toplumlar, direkt olarak maruz kalınmayan veya deneyimlenmeyen anıların dahi bu bireylerde oluşmasını sağlayabilmektedir (Halbwachs, 1992; Olick, 2014). Bu şekilde grupların daha önceki travmatik yaşantıları da bireylerin belleğinde varlığını sürdürmektedir.

Freud insanın tüm ruhsal süreçlerinin kişinin bilinçaltına ittiği ve bastırdığı bireysel anılardan etkilendiğini belirtmekteyken Jung ise insanın psişesini etkileyenin bireysel bilinçdışı değil, kolektif bilinçdışı olduğunu ifade etmektedir. Kişisel bilinçdışı, esasen bir zamanlar bilinçli olan, ancak unutulmak veya bastırılmak suretiyle bilinçten kaybolan içeriklerden oluşurken, kolektif bilinçdışının içeriği hiçbir zaman bilinçte olmamış ve bu nedenle asla bireysel olarak edinilmemiştir, varlıklarını kalıtıma borçludur ve kişisel bilinçdışından çok daha derindir. Jung'a göre kolektif bilinçdışı tüm bireylerde aynıdır, değişmez ve evrenseldir. Ayrıca Jung, insanların hepsinde olduğunu düşündüğü ortak bilinçdışının bireysel olarak gelişmediğini, kalıtım sayesinde atalardan miras alındığını ve geçmişin tüm izlenimlerini kapsadığını, rüyalar, masallar, dinî ritüeller gibi araçlarla ortaya çıktığını ve gizli imgeler topluluğundan meydana geldiğini belirtir (Jung, 1936; 1992). Jung'a göre hayatında hiç yılan görmemiş bir insanın bile yılandan korkma eğilimi göstermesi, atalarının nesiller boyunca deneyimlediklerinin bireye aktarılması sonucunda oluşmaktadır. Çünkü dünyanın genel bir imgesi, doğduğu andan itibaren insanın içinde mevcuttur (Geçtan, 1998; Jung, 2014). Bu sayede geçmişte atalarının yaşadığı travmalar ve etkileri de kalıtımla birlikte atalardan bireylere miras olarak kalmaktadır ve nesilden nesile aktarılmaktadır.

2.3.4. Kuşaklararası Travma Geçişine ve Kuşaklararası Psikopatoloji Aktarımına Psikotarihsel Yaklaşım

Psikotarih, dünyada özellikle deMause'un öncülüğünü yaptığı ülkemizde de Öztürk'ün üzerinde çok önemli çalışmalar gerçekleştirdiği insanı ve gelişimini bütüncül bir yaklaşımla gözler önüne seren, psikoloji ve tarih disiplinlerinin multidisipliner bir şekilde çalıştığı temel bir çalışma alanıdır. Psikotarihin üç temel alanı vardır, bunlar; çocukluk çağı travmalarının tarihi, tarihsel önemi olan kişilerin ve liderlerin tarihi ve grupların ve ulusların psikotarihidir (deMause, 1997; Öztürk, 2016, 2018, 2020b). Psikotarih disiplini, travmaların nesilden nesile aktarımının yüzyıllar içerisinde değişen yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle gerçekleşmekte olduğunu belirtmektedir. deMause'a göre çocuk yetiştirme stilleri, toplumların emosyonel yapısının oluşmasında önemli bir rol oynar ve travmanın nesilden nesile aktarımını sağlamak gibi bir misyona sahiptir (deMause, 1997, 1998a; Derin & Öztürk, 2020). Öztürk (2018)'e göre çocuk yetiştirme stilleri aileler tarafından uygulanır ve kuşaktan kuşağa, özellikle de toplumdaki bireylerin aslolan yetiştiricileri annelerden kızlarına aktarılır. Bu nedenle toplumda kadının ve kız çocuklarının yeri ve değeri çok önemlidir. Çünkü anneler toplumun geleceğini şekillendiren mimarlardır. Öztürk'ün 2003 yılında yaptığı doktora tezi sonucunda tanımlayıp kavramlaştırdığı "*Görünürde Normal Aileler*" psikotarihsel açıdan ilkel çocuk yetiştirme stillerine göre çocuk yetiştirmeseler de çocuğu destekleyici, empatik, ileri düzeyli çocuk yetiştirme stillerine de geçiş yapamamış ailelerdir. Bu ailelerin çocuklarına yönelttikleri ambivalan tutumları, onları travmatize ederek dissosiye olmalarına sebebiyet vermektedir. Ebeveyni tarafından travmatize edilen çocuk da büyüdüğünde kendi travmalarını kontrol edebilmek amacıyla adeta bir zehir konteynırı gibi kendi çocuğunu kullanmaktadır ve bu ruhsal olarak çarpık döngü kırılana kadar travmalar nesilden nesile aktarılmaktadır (deMause, 1997; Öztürk, 2020b).

2.4. Depresyon

2.4.1. Depresyon Kavramı

Depresyon kelime anlamı olarak *"çökkünlük"* anlamına gelmektedir ve dilimize Fransızca "*dépression"* kelimesinden geçmiştir. Kelimenin kökeni olan Latince *"deprimere/bastırmak, çökertmek"* kelimesine Fransızca –tion eki eklenmesiyle türetilmiştir (Işık, Işık &Taner, 2013). Depresyon en genel tanımıyla çökkün duygudurum olmakla birlikte beklenenden uzun süren, yaşanan koşullarla orantısız ve kontrol edilemeyen mutsuzluk, enerjide azalma, hayata dair ilginin ve yapılan aktivitelerden alınan zevkin azalması, konsantrasyon, özgüven ve libidoda azalma, suçluluk, umutsuzluk, karamsarlık, kendine zarar verme davranışları veya intihar düşünceleri, iştahta ve uyku düzeninde bozulma, sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma gibi belirtilerle seyreden bir duygudurum bozukluğudur (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011). Evren ve Ögel (2003) depresyonu, üzüntülü bir duygu içerisinde, konuşma ve hareketlerin yavaşlaması, kendini durgun, değersiz, suçlu ve yorgun hissetme, dikkat ve konsantrasyonun azalması, yaşamaya dair istek ve motivasyonun düşmesi, karamsar duygu ve düşünceler ile fiziksel aktivitelerin yavaşlaması gibi semptomları kapsayan bir sendrom olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (2016) ise depresyonu, yoğun bir depresif ruh hali (disfori) ve zevk alamama (anhedoni) ile karakterize olan, en az iki hafta boyunca günün çoğunda devam eden ve ortalama altı ay süren, motivasyon eksikliğine sebep olan ve gündelik işlevleri felce uğratan, uyku bozukluğu (uykusuzluk veya hipersomni), enerji eksikliği, konsantrasyon eksikliği, iştahta azalma veya artış, uygunsuz kendini suçlama duyguları ve ölüm ve intiharla ilgili tekrarlayan kronik düşünceler gibi belirgin işlevsel bozukluğa neden olan bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlamaktadır. DSM-5 (2013) tanı kriterlerine göre majör depresyon bozukluğunun belirtileri; en az iki hafta süren, çökkün duygudurum, gündelik yaşamdaki etkinliklere karşı ilgide ve katılımda azalma, yeme isteğinde artma veya azalma,

uykuda azalma veya aşırı uyuma hali, ajitasyon, dışarıdan gözlemlenebilecek şekilde davranışlarda yavaşlama, bitkinlik ve içsel gücün kalmaması, değersizlik ve suçluluk duyguları, düşünmekte ve odaklanmada güçlük, karar vermede zorlanma, yineleyici ölüm düşünceleri ve tasarımları ile intihar girişimleri olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Stresli yaşam olaylarının, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireyler arasında depresyonu tetikleme olasılığı daha yüksektir (Weissman ve ark., 2020). Araştırmacılar, çocuklara kötü muamelenin, artan depresyon riski de dahil olmak üzere ruh sağlığı için uzun vadeli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu belgelemişlerdir (Humphreys ve ark., 2020; Şenkal & Işıklı, 2015).

2.4.2. Depresyon Kavramının Tarihçesi

Depresif düşünceler insanlığın başından beri var olagelmiştir ve antik çağlardan beri pek çok edebi eserde ve felsefi düşüncede de kendine yer bulmuştur. Edebi yazında ilk kez Homeros'un İlyada eserinde "*Bellerophontes*" efsanesinde depresyon benzeri belirtilerden bahsedilmektedir. Bu efsaneye göre Pegasus'un sırtına binip Olympos'a gitmeye cüret ettiği için Zeus tarafından cezalandırılıp lanetlenen Bellerophontes yalnızlık içinde, insanlardan uzakta acı çekerek yaşamaya mahkum edilmiştir (Erhat, 1996). Antik Mısır'da M.Ö. 1550 yılına tarihlenen, dünya üzerinde bilinen en eski tıp yazmalarından biri olan Ebers Papirüsü'ne bakıldığında majör depresyon bozukluğu gibi duygulanım bozukluklarının, doğrudan biyolojik mekanizmalar üzerinde etkili olduğu, ayrıca hastanın yaşam tarzıyla ilgili birçok dolaylı etki yoluyla artan kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Diğer yandan da zaten kardiyovasküler hastalıklara sahip olmanın duygudurum bozuklukları geliştirme yönünden risk teşkil ettiği de bulunmuştur (Bou Khalil & Richa, 2014). Psikiyatrinin ortaya çıkışından önce depresif düşüncelere bazen fizyolojik ve mistik açıklamaları karıştıran kavramlarla yaklaşılmış, bazen de dini açıklamalar getirilmeye

çalışılmıştır. Fakat psikiyatrinin bir bilim dalı olarak ortaya çıkışıyla birlikte depresyon ruhsal bozukluk sınıflandırılmasına dahil edilmiştir (Rouillon, 2005).

Depresyonun ruhsal bozukluk olarak modern tıp tarafından tanımlanmasından çok önce antik tıp tarafından depresyonun belirtileri melankolik psikoz olarak tanımlanmıştır. Melankolik psikoz, antik tıp tarafından tanımlanan ilk akıl hastalığıdır; aynı zamanda Greko-Romen dönemi hekimleri ve filozofları tarafından en çok tartışılan ve tarif edilen hastalık olmuştur. Dönemin en önemli filozofları ve hekimleri, özellikle de natüralist eğilime sahip olanlar, melankoliyle karşı karşıya kalmıştır. Hipokrat, Demokritos, Sokrates, Platon, Aristoteles, Caristo'lu Diokles, Asclepiades, Efesli Soranus, Galen, Caelius Aurelianus, Alexander Trailianus, Aetius of Amida ve İbn Sina, melankolinin nedenlerini ve semptomatolojisini araştırmışlardır (Roccatagliata, 1985). Antik çağlarda Herodot, deliliği tanrılara karşı yapılan başkaldırıdan dolayı tanrılardan gelen kötülük olarak tanımlamaktadır (Gachet, 1864). Empedokles geliştirmiş olduğu dört özsu/unsur teorisine göre doğada dört mevsim olduğu ve dört temel madde (ateş, su, toprak ve hava) olduğu gibi insan vücudunda da dört temel unsur olduğunu, bu dört temel unsurun da kalp, beyin, karaciğer ve dalak olarak dört organa tekabül ettiğini belirtir. Bu dört organda da kan, balgam, sarı safra ve kırmızı safra olarak dört ayrı sıvı olduğunu, bu dört temel sıvının da insanın yaradılışını, davranışlarını ve bedendeki karışımlarına göre karakterini belirlediğini ifade eder. Empedokles bu sıvılardan kara safranın melankoli olduğunu ve toprağa benzediğini, sonbaharda çoğaldığını ve insanın olgunluk döneminde baskın hale geldiğini belirtmektedir (Seven, 2018).

Ruhsal hastalıklara bilimsel olarak bakan ilk bilinen hekim, tıbbın babası olarak kabul edilen Hipocrates'tir (MÖ 370-460). Hipocrates’in zamanında hekimler, sağlık ve hastalıklarda metafiziğin gücüne ciddi şekilde inanırken, Hipocrates doğa kanunlarına inanmıştır (Sadeghfard ve ark., 2016). Hipocrates, Empedokles’in geliştirdiği dört unsur

teorisinden etkilenerek dört vücut sıvısının (kan, kara safra, sarı safra ve balgam) yanı sıra kuruluk, ıslaklık, sıcaklık ve soğukluk olarak dört nitelikten bahsetmiştir. Hipocrates, bu sıvıları dört nitelikle birleştirerek sağlıklı bir insanın vücudunda hepsinin denge içinde bulunduğunu, bir veya ikisinin fazla olduğu vücutta bazı fiziksel düzensizliklerin olacağı görüşünü ortaya atmıştır. Bu görüşe göre, kara safranın etkilediği bedensel özsuların karışımına sahip kişilerin melankolik mizaçlı insanlar olduğunu ve tüm hayatları boyunca değişken bir yapıda olduklarını belirtmiştir (Göğcegöz & Karlıdağ, 2012; Lewis, 1934; Seven, 2018). Platon ise ruhsal bozuklukların doğaüstü güçlerden kaynaklandığını öne sürerek melankolinin sebebinin Tanrıların öfkesi ve doğaüstü güçler olduğunu söylemiştir (Sadeghfard ve ark., 2016).

Bergamalı bir tıp doktoru ve filozof olan Galen (M.S. 129-216) melankoliyi depresyon ve korku, diğer kişilerden nefret etme ve hayattan zevk almama olarak tanımlamıştır. Galen, kişilik yapısının özellikleriyle birlikte beynin işlevsel bozukluğunun ve iç salgı bezlerinin, ayrıca çevresel faktörlerin melankoli ve maninin ortaya çıkmasında etkisi olduğunu ifade etmiştir. Galen'in açıklamasına kadar melankoli, bir akıl hastalığı olarak tanımlanmıştır, melankoliye hüzün ve keder anlamı yükleyen Galen olmuştur. Çağdaşı Kapadokyalı Aretaeus da melankolinin ayrıntılı bir tarifini yaparak melankolik kişilerde kara safra olmadığını, sadece öfke, keder ve hüzünlü bir ruh haline sahip olduklarını belirterek melankolinin duygusal (animi angor) ve entelektüel (in una cogitatione defixus) bir fenomenden oluştuğu fikrini desteklemiştir. Galen'den sonra 18. yüzyılın sonuna kadar gelen hekimler ve filozoflar arasında melankoliyi tamınlarken kısmi bir sanrı düşüncesi de yavaş yavaş baskın hale gelmeye başlamıştır. Bu düşünce, *"maniyi"* melankoliden ayıran Pinel ile zirve noktasına ulaşmıştır (Lewis, 1934; Telles-Correia & Marques, 2015).

Orta Çağa gelindiğinde batı dünyasında kilisenin toplum üzerinde hakimiyeti arttıkça ruhsal bozukluklarda tıbbi bakış açısının yerini dini bakış açısının almasıyla birlikte

şeytancılık düşüncesi benimsenmeye başlamıştır. Akıl hastalığı olan kişilerin vücudunu şeytanın ele geçirmiş olduğu düşüncesi yaygın bir hale gelmiş olduğundan bu dönemde pek çok kişi büyücü olmakla ve şeytanla ilişki içinde olmakla suçlanmıştır (Davison & Neale, 2004). Avrupa'da akıl hastalarına, şeytanla ilişki içinde olduklarına dair yaygın düşünce sebebiyle insanlık dışı işkenceler yapılırken Türk-Arap dünyasında ise akıl hastalarına insancıl bir şekilde yaklaşılmıştır ve İbn-i Sina o dönemlerde melankoliyi farklı bir duygudurum olarak tanımlayarak diğer bilim insanları ile paralellik gösterdiği üzere insanın bedenindeki sıvıların farklı oranlarda bir araya gelmesiyle depresif durumların meydana geldiğini ifade etmiştir. 1600'lü yıllarda ise Robert Burton *"Melankolinin Anatomisi"* adlı eserinde melankoliyi, geçmiş zamanlardaki düşüncelerin aksine fizyolojik ağırlıklı ve günümüzde betimlenen belirtilerine oldukça yakın bir şekilde tariflemiştir (Kafes, 2021).

20. yüzyıl başlarına gelindiğinde depresyonun doğal seyrinin ilk operasyonel tanımı Emil Kraepelin tarafından formüle edilmiştir. 19. yüzyılın sonlarında Münih'te 899 hasta üzerinde yaptığı boylamsal çalışmasına dayanarak depresyonun kronik bir hastalık olduğunu ileri sürdü. Epizodların zamanla artan sıklıkta tekrarlandığını ve atakların süresinin bireyler arasında oldukça değişken olmasına rağmen yine de tutarlı olma eğiliminde olduğunu ve genellikle zaman içerisinde kademeli bir artış gösterdiğini ve ortalama depresyon atağının 6-8 ay sürdüğünü belirtmiştir (Fox, 2002). Emil Kraepelin melankoliyi depresyonun bir semptomu olarak tanımlanmıştır. Ayrıca depresyonu da, duygudurumda çökkünlük, fiziksel ve zihinsel süreçlerde yavaşlama olarak betimleyerek aslında günümüzdeki formal tanıma uygun olarak açıklamıştır. Fakat Kraepelin depresyonun kadınlarda menopozdan sonra, erkeklerde ise geç erişkinlik döneminden sonra başladığını öne sürmüştür. Bu fikriyle aslında Empedokles'in melankolinin kişilerin olgunluk döneminde baskın olduğu görüşünü desteklemiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde elektroşok ve antidepresanların keşfiyle çağdaş depresyon kavramı gelişmeye başlamıştır (Vanier, 2010).

Teknolojik gelişmelerle birlikte 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren beyin biyokimyası ve santral sistemin depresyon üzerindeki rolü, elekrofizyolojik ve radyolojik çalışmalar ışığında daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Özellikle Silver, Shore ve Brodie'nin serotonin ve LSD arasındaki ilişkiyi ortaya koyduğu, McLennan'ın asetilkolin sinapslarını tanımladığı, Alec Coppen ve arkadaşlarının duygudurum bozukluklarında sinir hücrelerindeki sodyum konsantrasyonundaki ve taşınmasındaki bozuklukların nöronların kararsız ve aşırı uyarılabilirliğinde rol oynadığı ve bunun depresyon ve maninin oluşumuna etki edebildiğini belirttikleri çalışmalar depresyonun nörofizyolojisine dair önemli katkılar sunmuştur (Coppen, 2000; McLennan, 1954; Shore, Silver & Brodie, 1955). Bu bilim insanlarının yapmış oldukları çalışmalarla monoaminler hakkındaki bilgiler arttıkça depresyonun fizyolojik bir temeli olduğu da kanıtlanmıştır (Delgado, 2000; Kafes, 2021; Yetkin & Özgen, 2007).

2.4.3. Depresyon Bozukluklarının DSM Tanı Kategorilerine Göre Sınıflandırılması

Antik çağlardan beri sınıflandırılmaya çalışılan depresyon 1952'de DSM-I'in kullanıma girmesiyle birlikte daha sistematik bir şekilde tanımlanmaya başlamıştır, 1980'lerden sonra DSM-III'deki depresyon sınıflandırması psikiyatri alanında geniş kabul görmüştür (Boztaş & Arısoy, 2010). Günümüzde ise 2013 yılında yürürlüğe konan DSM-5 aktif olarak kullanılmaktadır. DSM-5 (2013)'e göre depresyon bozuklukları; yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, yeğin (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Aşağıda yıkıcı duygudurumu düzenleyememe, yeğin (majör) depresyon, süregiden depresyon (distimi) aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori,

maddenin/ilacın yol açtığı depresyon, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon, tanımlanmış diğer bir depresyon ve tanımlanmamış depresyon bozuklukları açıklanacaktır:

a. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu: Sözel ve/veya davranışsal olarak kendini gösteren, içinde bulunulan ya da kışkırtan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici, gelişim düzeyiyle tutarsız, ortalama olarak haftada en az üç kez ortaya çıkan ağır öfke patlamalarıyla seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Patlamalar arasındaki ruh hali sürekli olarak öfkeli veya huzursuzdur. Belirtiler en az iki bağlamda ve en az 12 ay boyunca mevcut olmalıdır. 6 yaşından önceki çocuklarda teşhis edilemez ve 10 yaşına kadar gözlenmesi gerekmektedir. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe belirtileri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, kaygı bozuklukları ve bipolar bozukluk belirtilerine benzemektedir (APA, 2013).

b. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu: Aynı iki haftalık dönem boyunca, çökkün duygudurum, bütün ya da neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma, neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil), bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü), değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir), yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama tanı ölçütleri yeğin(majör) depresyon dönemini oluşturur (APA, 2013).

c. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi): Bu bozukluk, DSM-IV'te tanımlanmış olan süreğen (kronik) yeğin depresyon bozukluğu ile distimi bozukluğunun birleşimidir. En az iki yıl süreyle, çoğu gün, günün büyük bir bölümünde, kişinin söylediği ya da başkalarınca gözlendiği üzere, çökkün duygudurum vardır. Depresyondayken yeme isteğinde azalma ya da aşırı yemek yeme, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku uyuma, içsel güçte (enerji düzeyinde) azalma ya da bitkinlik, benlik saygısında azalma, odaklanamama ya da karar vermekte güçlük çekme ve mutsuzluk duyguları tanı kriterlerinden en az ikisi bulunmaktadır (APA, 2013).

d. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu: Aybaşı (menstrüasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur. Bu belirtiler; belirgin duygusal değişkenlik, kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma, çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler, bunaltı, gerginlik ve/ya da diken üzerinde ya da sinirli olmadır (APA, 2013).

e. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu: Klinik görünüme, belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu egemendir ve bu klinik durum, çökkün duygudurum ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlara göre; madde esrikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişir. Söz konusu madde/ilaç, çökkünlük, zevk alamama ve ilgide azalma gibi belirtileri ortaya çıkarabilir (APA, 2013).

f. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu: Klinik görünümde, belirgin ve sürekli bir çökkün duygudurum dönemi ya da bütün veya neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu vardır. Öykü,

fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (APA, 2013).

g. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu: Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, depresyon bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır (APA, 2013).

h. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu: Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, depresyon bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer depresyon bozukluğu kategorisi, depresyon bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır (APA, 2013).

2.4.4. Depresyonun Etiyolojisi

Afektif bir bozukluk olan depresyon, depresif duygudurumun hakim olduğu klinik bir sendrom olarak ortaya çıkan ve doğru bir şekilde tedavi edilmediğinde kişinin genel sağlığını tehdit eden, intihara ve ölüme sebep olabilen, yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir (Blackburn & Cottraux, 2022; & Hocaoğlu, 2016). Dünya genelinde önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülen depresyon konusunda etkin tedavi yöntemleri ve müdahaleler olmasına rağmen depresyonun tedaviye direnç ve kronikleşebilme özelliklerinin önüne geçilememesi büyük bir sorun olarak görülmektedir (Ebrinç, 2013; Ménard, Hodes & Russo, 2016). Bu nedenle depresyonun etiyolojisini anlamaya yönelik olarak yapılan

çalışmalarda pek çok risk faktörü üzerinde durulmaktadır. Bu risk faktörleri biyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılmaktadır. Depresyonun oluşmasında tek bir risk faktörü sorumlu olarak görülmemektedir. Genetik, biyolojik ve psikolojik yapının, çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlaması hastalığın ortaya çıkması için uygun zemini hazırlamaktadır (Anber, Akar & Altun, 2021; Saveanu & Nemeroff, 2012; Yalvaç, 2012). Aşağıda depresyon etiyolojik açıdan genetik, biyolojik, sosyodemografik ve psikolojik etkenler temel alınarak açıklanacaktır:

Genetik etkenler: Benzer yaşam olaylarına maruz kalan kişilerin bazılarında depresyon gelişirken bazılarında gelişmemesinin sebebi bilimsel çalışmalar açısından önemli bir bilimsel odak olarak çeşitli araştırmaların konusu olmuştur. Aile ve ikiz çalışmaları, genetik faktörlerin depresyon riskine katkısına dair güçlü kanıtlar sağlamıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; ikizler üzerinde yapılan araştırmaların meta-analizinden elde edilen sonuçlara göre depresyonda genetik geçiş olduğu belirtilmiştir (Dobson & Dozois, 2011; Ersan & Abay, 2001). Bu sonuçlara göre, depresyon için kalıtsallık oranının %37 olduğu ve depresyonlu hastaların çocuklarında depresyon riskinde iki-üç kat artış olduğu görülmektedir (Shadrina, Bondarenko & Slominsky, 2018). Özellikle erken başlangıç yaşı ve nüks, en büyük ailesel riske sahip vakaları karakterize etmektedir. Yapılan pek çok genetik çalışmada, monoaminerjik nörotransmisyonla ilgili küçük bir dizi fonksiyonel polimorfizm dikkate alınmıştır. Bu kapsamda yapılan meta-analiz çalışmaları, serotonin taşıyıcı promotör bölgesindeki (5-HTTLPR) polimorfizm ile bipolar bozukluk, intihar davranışı ve depresyonla ilgili kişilik özellikleri arasında pozitif ilişkiler olduğunu göstermektedir. Bu polimorfizm, strese karşı savunmasızlıkla ilgili özellikleri de etkileyebilmektedir (Flint & Kendler, 2014; Hamet & Tremblay, 2005; Levinson, 2006). İleriye dönük uzunlamasına yapılan bir çalışmada da stresörlere maruz kalan bazı insanların depresif özellikler gösterirken benzer yaşantılara maruz kalan diğer insanların neden depresif özellikler göstermediği test edilmiş,

buna göre serotonin taşıyıcı (5-HTT) geninin promotör bölgesindeki fonksiyonel polimorfizmin depresyonda stresli yaşam olaylarının etkisini hafiflettiği bulunmuştur. 5-HTT promotör polimorfizminin kısa alelinin bir veya iki kopyasına sahip bireyler, uzun alel için homozigot bireylere göre stresli yaşam olaylarıyla ilgili olarak daha fazla depresif semptomlar, teşhis edilebilir depresyon ve intihar eğilimi sergilemişlerdir. Dolayısıyla bu epidemiyolojik çalışma, bireyin çevresel stresörlere tepkisinin kendi genetik yapısı tarafından düzenlendiği bir gen-çevre etkileşiminin kanıtını göstermiştir (Caspi ve ark., 2003).

Biyolojik etkenler: Teknolojinin de gelişmesiyle birlikte çeşitli görüntüleme sistemlerinin kullanımı sayesinde elde edilen veriler sonucunda ve farmakoloji alanındaki gelişmeler sayesinde depresyonun biyolojik yönüyle ilgili günümüzde daha fazla veriye ulaşılabilmektedir. Depresyonun biyolojik faktörlerine bakıldığında; özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların depresyon üzerinde önemli etkileri olduğu düşünülmektedir. Depresyonda görülen bu işlevsel bozuklukların ya nörotransmitter sistemlerin dengesinin bozulması sebebiyle beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerden kaynaklandığı ya da depresyonun bizzat kendisinin kişilerin işlevselliğinde bozulmaya yol açtığı görüşleri üzerinde durulmaktadır. Fakat genel eğilim ilk olarak nörotransmitter sistemleri arasındaki dengenin bozulduğu ve bu durumun beyinde işlev bozukluğuna sebep olması sonucunda depresyonun ortaya çıktığı şeklindedir (Çelik & Hocaoğlu, 2016; Saveanu & Nemeroff, 2012). Depresyonda özellikle serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamerjik sistem, nöropeptitler ve nörotrofinler gibi sistemler önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca depresyon, prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, amigdala ve hipokampüs gibi birçok farklı frontolimbik beyin bölgesinde nöronal ve glial hücre yoğunluğu ve boyutunda değişiklikler gibi önemli nöroanatomik bulgularla da ilişkilendirilmektedir (Anber, Akar & Altun, 2021; Çelik & Hocaoğlu, 2016).

Sosyodemografik etkenler: Cinsiyet, yaş, medeni durum ve sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özellikler, depresyon açısından önem teşkil eden risk faktörleridir. Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere oranla 2 kat daha fazla depresyon riskine sahip oldukları ortaya konmaktadır (Kayahan ve ark., 2003; Morvan ve ark., 2005; Noble, 2005; Paykel, 1991). Kadınların sosyal yaşamda maruz kaldığı olumsuz olayların veya travmaların erkeklere oranla daha fazla olması, genel olarak daha fazla sorumluluğu olmasına rağmen erkeklerden daha az para kazanıyor olmaları, ev işleri, çocuk bakımı gibi sorumlulukların genellikle kadının görevi olduğu düşüncesi, iki cinsiyet arasındaki eşitsizlikler gibi sebepler kadınların depresyona daha yatkın olmasına yol açabilmektedir (Kayahan ve ark., 2003). Ayrıca kadınların depresyona yatkınlığında üremeye bağlı hormonlardaki dalgalanmaların ve depresif durumlara aracılık eden beyin sistemlerinde bu tür hormonal dalgalanmalara karşı aşırı duyarlılık dahil olmak üzere çeşitli biyolojik süreçlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nedenle premenstrüel disforik bozukluk, hamilelik sırasında depresyon, doğum sonrası depresif durumlar ve menopoz depresyonu gibi üreme döngüsünün farklı aşamalarında kadınlarda depresyon gelişebilme riski mevcuttur (Noble, 2005).

Depresyon gelişiminde bir diğer risk faktörü de yaştır. İki cinsiyet arasında ergenlikten sonra depresyon riski açısından farklılık oluştuğu gözlenmektedir (Noble, 2005). Yapılan çalışmalara göre depresyonun en fazla görüldüğü yaş aralığı 20-44'tür (Angst, 1992; Morvan ve ark., 2005; Ünal ve ark., 2002). Yaş gibi bir diğer sosyodemografik risk faktörü de medeni durumdur. Medeni durumla ilgili yapılan çalışmalara göre ayrılmış, boşanmış veya eşi vefat etmiş kişilerde depresyon görülme riskinin evli olan kişilere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Doğan, 2011; Morvan ve ark., 2005; Ohayon, 1999). Sosyoekonomik düzeyin de depresyon açısından anlamlı bir risk faktörü olduğu, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Doğan, 2011; McIntosh, Gillanders & Rodgers, 2010; Morvan ve ark., 2005; Yalvaç, 2011).

Ayrıca sosyodemografik faktörlerin yanı sıra hastalık, kaza ve ebeveyn kaybı gibi stresli yaşam olaylarının da depresyon açısından önemli risk faktörleri olduğu yapılan çalışmalarla belirtilmiştir (Dobson & Dozois, 2011; McIntosh, Gillanders & Rodgers, 2010; Morvan ve ark., 2005).

Psikolojik etkenler: Çocukluk çağı travmalarının ruhsal etkileri bireylerin hayatlarında uzun dönem devam edebilmektedir. Travmatik yaşantıların sıklığı ve şiddeti psikopatolojinin çeşitliliğini, sıklığını ve şiddetini belirleyebilmektedir (Negele, Kaufhold, Kallenbach & Leuzinger-Bohleber, 2015). Freud, bu uzun dönemli ruhsal etkilerin sonuçlarından biri olan depresyonun, sevilen bir nesnenin gerçek anlamda kaybı ya da sevgi nesnesinin reddi sonucu oluşan temsili kayıp ve hayal kırıklığına bir yanıt olarak ortaya çıktığını belirtmektedir (Freud, 1917). Abraham da kaybedilen nesneye karşı olan öfkenin içe yönelmesiyle kişide depresyon oluştuğunu ifade etmektedir. Ayrıca Abraham bebeğin anneyle olan beslenme ilişkisinin depresyonun merkezinde yer aldığını vurgulamaktadır (Abraham, 1994; akt. Bleichmar, 1996). Horney ise reddedici anne-baba tutumunun depresyona neden olduğunu, bu tutumla büyüyen çocuğun yalnızlık ve güvensizlik duygusuyla yetiştiğini, sevilmeye ve duygusal temasa ihtiyacı olan çocuğun reddedilmekten ve eleştirilmekten korktuğunu, bu nedenle depresyonun oluştuğunu belirtir (Horney, 1991; akt. Geçtan, 1997).

Klein (1940), nesne ilişkileri kuramına göre bebeklerin paranoid-şizoid ve depresif evrelerden geçtiklerini belirtmektedir. Depresif evre annenin bir bütün olarak idrak edildiği ana denk gelir, bu evrede benlik ve nesne temsillerini *"iyi"* ve *"kötü"*nün bütünleşmiş hali olarak görebilmesiyle 'paranoid-şizoid' dönemde anneyi *"kötü"* biri olarak gördüğü için suçluluk duyar. Bebeğin zaman içerisinde hem saldırgan hem de cinsel dürtülerini anneye yöneltmesi bebekte ambivalan duygulara neden olmaktadır. Bu nedenle Klein depresif kişilerin bebekliklerinde iyi içsel nesneler oluşturamadıklarını ve bu depresif dönemi aşamadıklarını ifade etmektedir (Gündoğan, 2016; Vanier, 2010). Bowlby (1979) bakım

vereni tarafından ihtiyaçları tutarlı ve duyarlı bir şekilde karşılanmayan bebeğin yetkin bir kendilik geliştiremeyeceğini ve bu nedenle hayatında önemli olan ötekilerin arzuları doğrultusunda bir yaşam süreceği için depresyona yatkın olacaklarını belirtmiştir. Bilişsel yaklaşıma göre ise depresyonda üç temel bilişin aktive olmasıyla birey kendisini, dünyasını ve geleceğini kendine özgü olarak olumsuz bir şekilde görmeye başlar, Beck bu bilişleri istem dışı ve engellenemeyen, önceki yaşantılar sonucu gelişen *"otomatik şemalar"* olarak isimlendirmektedir. Bu düşünceler otomatik, birdenbire akla gelen, çarpıtılmış, gerçekleri tam olarak yansıtmayan ve bu nedenle depresyonun devam etmesine neden olan şemalardır (Beck, 1967).

2.4.5. Depresyonun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun yaygın bir şekilde ortaya çıkan, günlük yaşamsal işlevlerde ciddi bozulmalara yol açan, kronikleşme eğilimi olan, %30-50 arasında kalıtsallık gösteren ve tedavi açısından bazı yetersizliklerin olabildiği bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (Kendall ve ark., 2021; Kessler ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon, dünya çapında yaygın bir hastalıktır ve 264 milyondan fazla insanı etkilemektedir ve tek başına küresel psikiyatrik hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturmaktadır (WHO, 2016). Keck (2010) de araştırmasında, depresyonun yaygınlık oranını yaklaşık %15-20 olarak belirtirken kadınların (%20) erkeklere (%10) oranla iki kat daha fazla depresyondan etkilendiğini belirtir. Çocukluktan yaşlılığa kadar her yaşta ortaya çıkabilen ve dünyada en yaygın beş hastalık arasında yer alan depresyon, yüksek ölüm oranının yanı sıra yüksek derecede engellilik (özellikle kadınlar için) ve kronik psikososyal sorunlarla ilişkilidir. Vakaların yaklaşık %15-20'sinde ve özellikle tedavi edilmediğinde veya yetersiz tedavi durumunda hastalık kronikleşebilir. Her yıl depresyon atağı sırasında 800.000'e yakın insan intihar ederek ölmektedir. İntihar, 15-29 yaşındakiler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir (WHO, 2021).

Tüm gelir seviyelerindeki ülkelerde, depresyonda olan kişilere genellikle doğru teşhis konulamamaktadır ve bozukluğu olmayan diğer kişilere de sıklıkla yanlış teşhis konularak antidepresanlar reçete edilmektedir. Yapılan çalışmalara göre, depresyonun tedavisi için yapılan bireysel ve kurumsal harcamaların ekonomik çıktı kaybı açısından kümülatif küresel etkisinin 2011 ile 2030 arasında 16.3 milyon ABD Doları olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2013; 2017b). 1990-2017 yılları arasında yapılan Dünya Hastalık Yükü (Global Burden of Disease) çalışmasına göre her iki cinsiyet için depresyon bozuklukları yeti yitimine (kişinin algısını, hareket ve etkinliklerini olumsuz olarak etkileyen fiziksel ya da zihinsel durum, engelli olma durumu) yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır (James ve ark., 2018). Hacettepe Üniversitesi tarafından yapılan "*Ulusal Hastalık Yükü Çalışması*" na göre de 2000-2013 yılları arasında yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında depresyon %7 oranıyla ikinci sıradadır ve Dünya Hastalık Yükü çalışmasıyla benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2017).

Dünyada depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranları %1.5-19.6 arasında bildirilmiştir (Olchanski ve ark., 2013). Epidemiyolojik Havza Alanı (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında depresyonun yıllık görülme sıklığı %1.59 (kadınlar %1.89; erkekler %1.1) olarak tespit edilmiştir (Regier ve ark., 1993). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması raporuna göre araştırmaya katılanların %9'u kendisine depresyon tanısı konduğunu bildirmiştir. Tanı alan kişiler içerisinde depresyon kadınlarda %13, erkeklerde %5 olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında depresyon tanısı alan hastaların oranı 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13 olarak görülmektedir. Erkekler ve kadınlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, depresyon sıklığının 25-54 yaş aralığında en yüksek oranda olduğu görülmektedir (Ünal ve ark., 2013). Angst (1992) tarafından yapılan çalışmada da depresyonun özellikle 25-44 yaş arası grupta daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Angst'a göre depresyonun yaşam boyu görülme yaygınlığının %4.4-19.6, Kessler ise %17 olduğunu ifade etmiştir (Angst, 1992; Kessler ve ark., 2003). Olchanski ve arkadaşları (2013) da yapmış oldukları çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığını %17 olarak bulmuşlardır. Fransa'da Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmada da Fransa'nın aktif nüfusunun yaklaşık %8'inin bir depresyon epizodu geçirdiği, kadınların (%11) erkeklere (%5) oranla iki kat daha fazla depresyon yaşadığı, depresyonun genel nüfusa kıyasla intihar riskini 10 kat artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Ministère de la Santé, 2020).

2.4.6. Depresyon Bozuklukları ve Adli Bilimler

Depresyon bozuklukları travmatik olaylar sonrası ortaya çıkabilmesi sebebiyle viktimolojinin, intihar davranışları sebebiyle adli tıbbın ve psikotik özellikli depresyonda aile bireylerini öldürme ve intihara teşebbüs etme davranışları sebebiyle ceza ehliyeti açısından ceza hukukunun işleyiş alanına dahil olduğundan adli bilimler açısından önem teşkil eden bir psikiyatrik hastalıktır. 1999- 2010 yılları arasında yapılan 16 epidemiyolojik çalışmanın (23.544 katılımcı) bir meta-analizi, çocukluk çağı travmalarının tekrarlayan ve kalıcı depresif ataklar geliştirme riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. 10 klinik araştırmanın (3.098 katılımcı) bir meta-analizinde de çocukluk çağı travmalarının depresyon tedavisi sırasında yanıt eksikliği veya remisyon ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Bu meta-analizlere göre çocukluk çağı travmalarının, depresyonun negatif prognozunu ve tedavi başarısını predikte etmektedir (Nanni, Uher & Danesse, 2012). Yapılan bir çalışmada adli vakalara karışmış ergen popülasyonunda intihar dışı kendine zarar verme davranışında bulunma oranlarının yüksek olduğu ve depresif belirtilerin yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kara ve ark., 2015).

İntihar davranışlarında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluk depresyondur (Sudak, 2004). Malatya Adli Tıp Kurumu'ndan elde edilen verilerden psikolojik otopsi yoluyla yapılan bir çalışmada tamamlanmış intihar vakalarına bakıldığında vakaların suisid öncesinde

%81,3'ünde depresyon tanısının olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerini destekleyen bir çalışma olmuştur (Erbay ve ark., 2020). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada da intihar girişimleri ile zihinsel bozukluklar arasında, özellikle de majör depresyon bozukluğu ile önemli bir ilişki bulunmuştur. Nörogörüntüleme çalışmaları, depresyon hastalarında da tipik bulgular olan, intihar girişiminde bulunanlarda prefrontal lokalize hipofonksiyon ve bozulmuş serotonerjik yanıt göstermiştir. Ölüm sonrası araştırmalar, intihar kurbanlarının yaklaşık %60'ının majör depresyon bozukluğu ve diğer duygudurum bozukluklarından muzdarip olduğunu bildirmiştir (Jeon, 2011).

Psikotik özellikli depresyon, postpartum depresyonu, bipolar duygudurum bozukluğunun depresif epizodu gibi çeşitli depresyon bozukluklarında halk arasında "*cinnet"* olarak nitelendirilen durum gerçekleşerek önce ailesini, çocuklarını öldürüp daha sonra intihar etme veya intihara teşebbüs etme davranışları gerçekleşebilmektedir. Depresif dönemde olan hastanın kendisini sürekli suçlu, yetersiz ve çaresiz görmesi sonucunda intihar etmeye karar vermesi ve kendisi öldükten sonra geride kalan aile üyelerinin zor durumda kalmamaları için önce onları öldürüp sonra intihar davranışında (cinayet-intihar) bulundukları tespit edilmiştir (Akgün, 1987). Önce aile bireylerini öldürüp daha sonra intihar etme vakalarında kadınlar intihar eylemini genellikle tamamlayamamaktayken erkeklerde intiharı tamamlama oranı daha yüksektir (Soysal, 2012). Bu gibi durumlarda kişilerin suçu işledikleri sırada ceza ehliyetinin olup olmadığıyla ilgili olarak adli psikiyatrik değerlendirmeye tabii tutulmaları gerekmektedir. Türk Ceza Kanunu'nun 32.maddesine göre;

"***Madde 32-*** *(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."

Buna göre bir kişiye suç isnat edilebilmesi için suçu işlediği sırada fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilmesi ve bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirebilmesi, kısaca ceza ehliyetinin olması gerekmektedir. Adli psikiyatride ceza ehliyeti değerlendirilirken suçun ne zaman, ne şekilde, ne koşullar altında, hangi sebeplerle işlendiği ve suçun niteliğinin ne olduğu suç dosyasından, kişilerle yapılan görüşmelerden, psikiyatrik muayene ve gözlemlerden, kişinin kişilik yapısı ve hayat öyküsünden elde edilen veriler ışığında çok yönlü bir şekilde ele alınmaktadır (Poyraz, Kocabaşoğlu & Konuk, 2012). Amerika'da 36 yaşında bir erkek tarafından işlenen aile cinayeti vakasına bakıldığında yıllarca istikrarlı bir evlilik, örnek bir askerlik hizmeti ve düzenli istihdamdan sonra, işle ilgili bir sorunu çözememesi nedeniyle tetiklenen bir depresyon geliştiren fail, depresyon yoğunlaştıkça yeterliliği ve özgüveniyle ilgili çatışmalar sebebiyle belirgin başarısızlık duyguları yaşamıştır. Uzun bir süre depresyonda olan fail daha sonra, birdenbire, algıladığı yetersizliğin hissettirdiği aşağılık duygusundan kurtulmak için tek yolunun ailesini ve kendisini öldürmek olduğunu düşünerek bu aile cinayetini işlemiştir (Schlesinger, 2000). Finlandiya'da yapılan bir araştırmada sanayileşmiş ülkeler içinde, Finlandiya'nın cinayet-intihar yaygınlık oranlarının orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ulusal İntiharı Önleme Projesi (The National Suicide Prevention Project), 12 aylık bir süre içinde Finlandiya'da işlenen tüm intiharları kaydedip analiz etmiştir. Buna göre yaklaşık 1400 intiharın içinde 10 doğrulanmış cinayet-intihar vakası bulunmuştur. Bu vakaların faillerine bakıldığında, biri hariç tüm

vakalarda faillerin erkek olduğu ve olaydaki tüm mağdurların aileden olduğu, kurbanların da 9/10'unun eş ve/veya çocuk olduğu sonucuna varılmıştır. Faillerin hiçbirinin psikotik bir bozukluktan muzdarip olmadığı, ancak on cinayet-intihar vakası failinin üçünün majör depresyonunun olduğu tespit edilmiştir (Saleva ve ark., 2007).

2.5. Dissosiyasyon

2.5.1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissosiyasyon, Öztürk'e göre kişilerin travmatik anılarından uzaklaşmasını sağlamaya yönelik olarak işlev gören, bireyin kendi kimliğine, çevresine, yaşadığı zamana dair aidiyet duygusunu yitirerek yabancılaşmasına neden olan ve kişinin travmatik yaşantılar sonucu oluşan yeni travmatik kendiliğine odaklanması sonucu kendisiyle ve çevresiyle çoklu kendilikleriyle iletişimde bulunmasıdır. "*Çoklu bilinç sistemi*" herkeste var olmakla birlikte kronik travmatizasyona maruz kalma sonucunda ortaya çıkan inkar mekanizması, çoklu bilinç sisteminin uyumsallığını ve işlevselliğini bozarak dissosiyatif bozuklukların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b). Kişinin ruhsal dengesinin korunabilmesi için stres verici etkenlere karşı harekete geçen bir savunma düzeneği olan dissosiyasyon sürekli ve ağır bir biçimde kullanıldığında dissosiyatif bozuklukların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Travmatik yaşantılar çocuklarda ve yetişkinlerde farklı etki göstermektedir. Çocuklar yetişkinlere oranla dissosiyasyona daha yatkındır, bu nedenle çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar, yetişkinlikte dissosiyatif bozuklukların sebebi olarak ortaya çıkmaktadır. Dissosiyatif savunma düzeneği çocuk tarafından travmatik yaşantının üstesinden gelmek için kullanılırken zamanla patolojik bir sürece dönüşür. Özellikle çocuğa bakım ve sevgi vermekle yükümlü olan aile içerisinde süreğen bir şekilde travmaya maruz kalmak çocukta dissosiyatif savunmaların giderek kalıcı bir hale gelmesine ve yetişkinlikte dissosiyatif bozuklukların oluşmasına sebep olmaktadır (Şar, 2000; Öztürk, 2020b). Bir başka tanıma göre de; *"Dissosiyasyon, travmatik olaylar ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri karşısında bireyin tekil*

olan bilincinin, farklılaşarak bir uyum sağlama çabası yöneliminde oluşumuna tanıklık ettiği travmatik anılardan uzaklaştırıcı olağan hayat deneyimlerinin ve kuşatıcı savunmalarının psikopatolojik etkisiyle çoklu bilinç sistemi sürecine dönüşüm reaksiyonlarıdır" (Öztürk, 2020b; 2022a*).*

Öztürk'e göre dissosiyatif bozukluklar erken yaşta başlayan ve yineleyici çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinin etkisiyle oluşan, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, konsantrasyon güçlükleri, duygudurum dalgalanmaları, reviktimizasyon (yeniden kurban olma), öfke patlamaları, dissosiyatif anguaz (angoisse), çifte (dissosiyatif) depresyon ve çalkantılı yakın ilişki dinamikleriyle kategorize edilen eş tanılı, kronik ve karmaşık süreçleri olan temel psikiyatrik tanı gruplarından biridir. Kişilerin dissosiyojen doğası, farklı kişilik durumlarının ve kişinin otobiyografisindeki sürekliliği bozan tekrarlayıcı amnezilerin meydana gelmesi süreci ile birlikte kimlik duygusunda belirgin bozulma ya da entegrasyon kaybı ile karakterizedir (Öztürk, 2003, 2017, 2018, 2020b; Öztürk & Şar, 2016). Ayrıca Öztürk dissosiyasyonu, bölünmüş ve çoklu bir bilinç sisteminin aşırı ve yoğun entegrasyon isteği olarak tanımlarken dissosiyatif bozuklukları da erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarına karşı gelişen bireyin kendisini yeniden kimliklendirme çabası olarak ifade etmektedir (Öztürk, 2022b; Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021). Bireyin bilinçli olmadan yaptığı bu kimliklendirme çabası, travmatik yaşantılara karşı bilinçdışı bir savunma sistemi olarak başlar fakat zamanla bu savunma sistemi, travmatik yaşantıların sıklığının, şiddetinin ve süresinin arttığı bir reviktimizasyon (yeniden mağdur olma) döngüsü içerisinde bölünme ve inkâr çerçevesinde gelişen psikopatolojilerle örülü kuşatıcı bir psikiyatrik bozukluğa dönüşmektedir (Öztürk, 2020a, 2020b; Öztürk & Derin, 2021a).

Bernstein ve Putnam (1986) dissosiyasyonu, düşüncelerin, duyguların ve deneyimlerin bilinç ve hafıza akışına normal entegrasyonunun olmaması olarak tanımlamaktadır. Daha

sonra Putnam (1989) dissosiyasyon sürecini "*birey tarafından travmatik deneyimlerle başa çıkmak için başlangıçta savunma amaçlı kullanılan ve zamanla uyumsuz veya patolojik bir hal alan normal bir süreç*" olarak tanımlamıştır. Spiegel (1997) ise dissosiyasyonu, kimlik, hafıza, algı ve bilincin tüm yönlerini bütünleştirmedeki bir başarısızlık olarak tanımlar ve dissosiyatif bozukluğu olan bireylerin genellikle travmatik stres faktörlerine maruz kalmış kişiler olduğunu belirtmektedir (Spiegel, 1997). Maldonado, Butler ve Spiegel, dissosiyatif bozuklukları genellikle tek veya çoklu travmatik deneyimlerin ardından kimlik, hafıza ve bilincin bütünleşmesinin kontrolünün kaybı ile karakterize olan bir psikiyatrik bozukluk sınıfı olarak tanımlamaktadır (Maldonado, Butler & Spiegel, 2002). Bir başka tanıma göre dissosiyasyon, bilinç, hafıza ve kimlikteki değişimlerin yanı sıra zaman ve çevre algısındaki bozulmaları içerir. Bunlar, kişinin yaşamının bazı yönlerini hatırlayamama, kendini alışılmadık bir durumda hissetme deneyimi, gerçek dışılık duyguları, bir faaliyete kendini kaptırmış veya tamamen kaybolmuş hissetme ve kendinden kopmuş olma hissini içerir. Bu deneyimler, klinik olmayan koşullardan patolojik dissosiyasyona kadar uzanan bir spektrumda yer almaktadır (Moyano, Thiébaut & Claudon, 2004). DSM-5 (2013) ise dissosiyasyonu; ani ya da aşamalı başlayabilen, geçici veya kronik olabilen, bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının entegre olmuş işlevlerinin kopması, bilincin bütünleşmiş işlevlerinde, bellek, kimlik veya çevrenin algılanmasında bozukluk olarak tanımlamaktadır (APA, 2013).

2.5.2. Dissosiyatif Bozuklukların Tarihçesi

Dissosiyatif bozuklukların etyopatogenezinde travmatik yaşantılar, özellikle de çocukluk çağı travmatik yaşantıları baskın bir rol oynamaktadır. deMause insanlık tarihinin aslında çocukluk çağı travmalarının bir tarihi olduğunu önemle vurgulamaktadır (deMause, 1998a). Buna göre dissosiyatif bozuklukların tarihçesine bakıldığında aslında insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir. Çünkü çocukluk çağında yaşanan travmalara ancak ve

ancak dissosiyatif savunmalarla katlanılabilmektedir. Bu nedenle dissosiyatif bozuklukların tarihini ruhsal travma çalışmalarının tarihinden ayırmak mümkün değildir. Özellikle son yıllarda ruhsal travma ve dissosiyatif bozukluklar alanında yapılan klinik ve teorik çalışmalar da bu iki alanın birbirlerini nasıl etkilediğini gözler önüne sererek birlikte gelişim göstermelerini sağlamaktadır (Öztürk, 2016; 2017). Travma ve dissosiyasyon çalışmaları tarihsel süreç içerisinde zaman zaman kesintiye uğramış olsa da özellikle son yıllarda travmatik yaşantılarla ilintili olan psikiyatrik bozukluklara verilen önemin artması, bu yönde yapılan çalışmalara olan ilginin yoğunlaşması *"travma ve dissosiyasyon*" kavramlarının birlikte dönüşerek gelişmeye devam etmesine olanak sağlamaktadır. Bu dönüşüm ve gelişim sonucunda, "*travma ve dissosiyasyon"* alanında etkin psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılmasıyla ve yeni psikotravmatolojik bilimsel paradigmaların oluşmasıyla birlikte hem klinik uygulama hem de teori açısından önemli gelişmeler ortaya konmaktadır (Öztürk, 2022a).

Eski çağlarda ruhsal bozukluk olarak çılgınlık, delilik ve epilepsiden bahsedildiği görülmektedir. Bazı insanların istem dışı, durumla uyumsuz hareketler yapmaları, bu hareketleri daha sonra bilmemeleri ve hatırlayamamaları, ruhun o sırada bedende olmamasıyla ya da başka bir ruhun bedene girmiş olmasıyla açıklanmaktadır. Bu düşünce sebebiyle daha sonra Orta Çağ'daki Engizisyon Mahkemeleri'nde ruhsal bozuklukları olan insanların içine şeytan girdiği düşüncesiyle yakılarak katledilmesine zemin hazırlanmış olabileceği düşünülmektedir. Eski çağ uygarlıkları ruhsal bozuklukları, işlenen günahların bir cezası olarak görmüş, tedavi için dua ve büyü yolunu kullanmışlardır. Yunan filozoflar, özellikle Sokrates, Plato ve Aristo ise ruhsal hastalıkların düşünce süreçlerinin bozulmasından kaynaklandığını iddia etmişlerdir (Schultz & Schultz, 2007). Tüm bunlara karşılık, ilk olarak Yunan hekimi Hipokrat (İ.Ö. 450-377) akıl hastalığının diğer hastalıklara benzediğini, doğal nedenlerle ortaya çıkan bir olay olduğu görüşünü ortaya atmıştı. Bu mantığa bakılarak akıl

hastalığı da fiziksel rahatsızlıkları olan insanlara gösterilen bakım ve sempatiyle aynı türden bir tedaviyi gerektirmektedir (Morris, 2002).

Dissosiyasyonun tarihsel süreç içerisinde ele alınmaya başlanması temelde histeri çalışmalarıyla olmuştur (Öztürk, 2020b). Hipokrat, yaptığı çalışmalar esnasında histerinin rahmin vücutta dolaşması sonucunda ortaya çıktığını öne sürmüştür. Histeri kelimesi yunanca uterus (rahim) kelimesinden türetilmiştir, ilk dönemler histerinin sadece kadınlarda görüldüğü ve rahimden kaynaklanan bir bozukluk olduğu düşünüldüğü için bu şekilde adlandırılmıştır. Bu nedenle 19. yüzyılın sonlarına kadar histerinin sadece kadınlara özgü bir hastalık olduğu düşünülmüştür. 19. yüzyıl sonlarında özellikle 1880-1900 yılları arasında yirmi yıl boyunca, histeri birçok temel araştırmanın ana odağı haline gelmiştir. O zamana kadar histeri terimi yaygın bir şekilde kabul gördüğü için kimse histeriyi sistematik olarak tanımlamaya uğraşmamıştır. Bir tarihçi, "*Yirmi beş yüzyıl boyunca histeri abuk sabuk ve anlaşılmaz semptomları olan acayip bir hastalık sayıldı. Çoğu doktor onun kadınlara uygun bir hastalık olduğuna ve rahimden kaynaklandığına inandı. Bu yüzden de adı histeri*." demiştir. Bir başka tarihçi ise histeriyi, "*Erkeklerin karşı cinsin gizemli ya da idaresi zor bulduğu her şeyi için kullanılan dramatik tıbbi bir metafor*" olarak tanımlamıştır (Herman, 2011).

Histeri çalışmasının kurucu babası, histeri belirtilerinin temaruz belirtilerinden ayrılmasını sağlayan Fransız nörolog Jean-Martin Charcot'dur (Herman, 2011; Öztürk, 2021a). Charcot, sadece anestezi ve felç gibi histerik durumları değil körlük, sağırlık, konvulsif ataklar ve histerinin neden olduğu bellek boşluklarını da çalışmıştır (Davison & Neale, 2004). Charcot; unutulmaya yüz tutmuş olan hipnotizmayı Paris'in meşhur Salpetriére Hastanesi'nde yüzlerce öğrenciye ve akademisyene büyük bir gösteriyle sunarken konversiyonu ya da histeriyi ilk kez bu derecede medyatik bir olay haline getirmiştir. Charcot'un dersleri Pierre Janet ve Sigmund Freud'un da ilgisini çekmiş ve onlar da bu dersleri izlemeye gitmişlerdir. Bu dersleri izleyen Janet için anahtar kavram bilincin

dissosiyasyonu olmuştur (Çevik, 1999). Bu sıralarda Viyana'da Josef Breuer çeşitli histerik semptomlarla yatalak olmuş bir genç kadını (Anna O.) tedavi etmiştir. Bu hastanın bacakları, sağ kolu ve sağ tarafı felçliydi, görmesi ve işitmesi de bozulmuştu. Sıklıkla konuşma güçlüğü çekmekteydi, zaman zaman da rüyadaymış gibi bir duruma girmekte ya da kendi kendine mırıldanırken kaybolmuş gibi olmaktaydı. Bir tedavi seansı sırasında Breuer, Anna O.'yu hipnotize etmiş ve mırıldandığı sözcüklerden bazılarını tekrarlamıştır, bu şekilde Breuer Anna O.'yu daha serbestçe konuşturmayı başarmıştır ve nihayetinde Anna O. geçmişteki sıkıntı veren bazı olayların duygusunu yaşayarak konuşmaya başlamıştır. Breuer önceki bir travmatik yaşantının açığa çıkarılması ve daha önce unutulmuş olayla ilgili düşüncelerin ürettiği gerilimin giderilmesi yöntemine "*katarsis*" adını vermiştir. Daha sonra Histeri Üzerine Çalışmalar (Studies on Hysteria) adlı kitabında bu yöntemi Freud'la birlikte yayımlamıştır (Davison & Neale, 2004; Simeon & Loewenstein, 2009).

1890'ların ortasında Fransa'da Janet ve Viyana'da Joseph Breuer'le birlikte çalışan Freud, birbirlerinden bağımsız olarak, dikkat çekecek kadar benzer formülasyonlara varmışlardır ve buna göre histeri, psikolojik travmanın neden olduğu bir durumdu (Erim, Erdoğan & Doğangün, 2022). Travmatik olaylardaki dayanılmaz duygusal reaksiyonlar, değişmiş bir bilinç durumu yaratıyordu; bu da sırası gelince histerik belirtileri ortaya çıkarıyordu. Janet bilinçteki bu değişikliğe "çözülme" derken Breuer ve Freud "ikili bilinç" adını vermiştir. Hem Janet hem de Freud değişmiş bilincin özdeki benzerliğine psikolojik travmanın sebep olduğunu ve bunun hipnozla teşvik edilebileceğini kabul etmiştir. Freud ve hastaları, histerik semptomların başlamasını fiilen tetikleyen daha yeni ve çoğu kez görece önemsiz deneyimlerin altına gizlenmiş çocukluğun asıl travmatik olaylarının üzerini açmıştır (Herman, 2011). Freud daha sonraki çalışmalarında çocukluk çağı cinsel travmalarının histeriye neden olduğu yönünde çalışmalar yapmış, bu süreçte meşhur Oedipus Kompleksi kavramını oluşturmuş ve aslında çocuklukta yaşanan cinsel istismarın sadece fanteziden ibaret

olduğu görüşüne yönelmiştir. Freud'un çocukluk çağı travmaları görüşünü terk ederek bu durumun fantezi olduğunu belirtmesi histeri ve travma çalışmalarının sonunu getirerek yaklaşık yüz yıl boyunca travma çalışmalarının göz ardı edilmesine sebep olmuştur (Herman, 2011; Öztürk, 2020b, 2021a).

Dissosiyatif bozukluklar bir sendrom olarak ilk kez Paracelsus'un 1646'da bildirdiği ikinci bir kişiliği olan ve meyhanede çalışan bir kızdan bahsettiği vaka ile aktarılmıştır (Farrel, 2011; Öztürk, 2003; Putnam, 1991). 1811'de Amerika'da Mary Reynolds isimli iki kişiliği bulunan ve ikinci kişiliğinin körlük ve sağırlıktan muzdarip olduğu bir vaka yayınlanmıştır (Mitchell & Silas, 1888; Coons, 1988). Benjamin Rush da 1812 yılında "*çift zihinli (double mind)*" iki vaka yayınlamıştır (Rush, 1812). Fakat dissosiyasyon ve dissosiyatif bozuklukların tarihçesinin pek çok bilim insanı ve araştırmacı için Pierre Janet (1859-1947) ile başladığı kabul edilmektedir (Cardena, 2006). Janet tarafından 1883'te üç kişiliği olan Leonie adlı bir hasta, histeri (günümüzdeki dissosiyatif kimlik bozukluğu-DKB) tanısı almış ve ayrıntılı biçimde incelenen ilk kişilerden biri olarak kayıtlara geçmiştir (Van der Hart & Steel, 1997). Janet, hastalarındaki dissosiyatif belirtilerin geçmişteki travmatik yaşantılarından kaynaklanabileceğini ve bu durumun ayrışmış anı ve duygulanımların bilince çıkarılması ile tedavi edilebileceğini göstermiştir (Janet, 1907; Nijenhuis ve ark., 2006; Öztürk, 2003, 2020b).

Hilgard'ın 1970'li yılların sonlarında yaptığı deneysel çalışmalardan ve normal popülasyondan elde ettiği veriler ışığında geliştirdiği, Janet'in görüşlerinden etkilenerek ortaya çıkardığı yeni dissosiyasyon teorisinde, genel olarak bilincin tekliğinin bir yanılsama olduğunu ve normal zihinsel işlevler için de dissosiyatif bir spektrumun olduğunu belirtmektedir (Hilgard, 1977; Öztürk, 2017). Dissosiyatif bozukluklara olan klinik ve akademik ilgi 1990-1994 yılları arasında artmaya başlamakla birlikte özellikle 2000'li yılların başından itibaren travma çalışmalarının öneminin fark edilmesiyle birlikte daha fazla

yoğunlaşmaya başlamıştır. ABD, Hollanda ve Türkiye gibi pek çok ülkede travma ve dissosiyasyon alanıyla ilgili ciddi bilimsel çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle Öztürk tarafından geliştirilen Travma Merkezli Alyans Model Terapi başta olmak üzere, travma ve dissosiyasyon alanında geliştirilen yeni tedavi modelleriyle birlikte bu alana dönük akademik ilgi daha da artmaktadır (Öztürk, 2003; 2018b; 2020b).

2.5.3. Dissosiyatif Bozuklukların DSM Tanı Kategorilerine Göre Sınıflandırılması

Dissosiyatif bozukluklar ilk olarak 1968'de DSM-II'de *"histerik nevrozlar, dissosiyatif tip"* olarak yer almıştır. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrası artan travma çalışmalarıyla birlikte dissosiyatif bozuklukların olumsuz yaşam olaylarıyla olan ilgisi de göz önüne alınmaya başlanmıştır. 1980 sonrası ise özellikle DSM-III'te yer almasıyla birlikte dissosiyasyon çalışmaları önemli bir biçimde hız kazanmıştır (Kundakçı, 1998). DSM-III'de nadir görüldüğü belirtilirken DSM-3-R'de nadir görüldüğüne dair ibare kaldırılmış olup psikojenik amnezi, psikojenik füg, depersonalizyon bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk olmak üzere beş ana dissosiyatif bozukluk tanımlanmıştır. DSM-IV'te çoğunlukla dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde sebep olduğu bozulma üzerinde durulurken DSM-5'de ise dissosiyatif füg dissosiyatif amneziye dahil edilmiştir, ayrıca tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluklar ve tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar olarak iki yeni bozukluk eklenmiştir (Özden, 2018). DSM-5 (2013) dissosiyatif bozuklukları çözülme bozuklukları başlığı altında, kimlik çözülmesi bozukluğu, unutkanlık çözülmesi, kendine yabancılaşma ve gerçekdışılık çözülmesi, tanımlanmış bir diğer çözülme ve tanımlanmamış çözülme bozukluğu olarak sınıflandırmaktadır (APA, 2013). Aşağıda kimlik çözülmesi (dissosiyatif kimlik bozukluğu-DKB), unutkanlık çözülmesi (dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon/derealizasyon (kendine yabancılaşma/gerçekdışılık) çözülmesi, tanımlanmış diğer bir çözülme ve tanımlanmamış çözülme bozuklukları açıklanmaktadır:

a. ***Kimlik çözülmesi bozukluğu (Dissosiyatif kimlik bozukluğu):*** İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesidir. Bireyin kontrolünü en az iki alter kişilik ele alır. 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, bilinç, bellek, algı, biliş ve/ya da duyusal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler ya da kesintiler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir (APA, 2013). DSM IV'de çoklu kişilik bozukluğu olarak isimlendirilen kimlik çözülmesi bozukluğunun temel özelliklerine bakıldığında; tekrarlayıcı bir şekilde ev sahibi kişilikten farklı bir veya birden fazla kişiliğin oluşarak kişinin yaşamında kısa veya uzun süreli hakimiyet kurması, birbirini tanımayan bu alter kişilikler arasındaki geçişlerin aniden gerçekleşmesidir. DKB düşünülenin aksine genellikle örtülü bir tablo olarak ortaya çıkmaktadır, hastaların dissosiyatif yaşantıları çoğu zaman anlamlandırması güç olduğundan genellikle tedavi için başvuru sebepleri ikincil belirtiler olan depresyon, konversiyon, anksiyete ve kendine zarar verme davranışları gibi sebepler olmaktadır. Bu nedenle genellikle DKB ilk muayenede saptanması zor bir tanıdır, çoğunlukla psikotik bozukluklar, sınırda kişilik bozukluğu gibi diğer bozukluklarla karıştırılması riski söz konusu olduğundan uzun dönem takipler gerekmektedir (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018).

b. Unutkanlık çözülmesi (Dissosiyatif amnezi): Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, özyaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama olarak tanımlanan bozukluktur (APA, 2013). Gündelik hayatta kısa süreli unutkanlıklar ve dalgınlıklar patolojik olarak görülmemektedir. Dissosiyatif amnezide kişinin yaşamının bir bölümünü normal unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde hatırlayamaması söz

konusu olmaktadır ve dissosiyatif amnezinin en temel özelliği, hatırlanamayan bu dönemlerin genellikle ağır travmatik olayların gerçekleştiği zamanlar olmasıdır. Dissosiyatif amnezi tablosu akut seyirli olup ani bir şekilde başlayıp bitmektedir, genellikle bütüncül bir amnezi olarak başlamakla birlikte devamında lokalize ve sınırlı bir hale bürünerek sıklıkla kendiliğinden sonlanmaktadır (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018).

c. Depersonalizasyon/Derealizasyon (Kendine Yabancılaşma/Gerçekdışılık) Çözülmesi: Bireyin kendi benliğinin, yüzünün, bedeninin tamamının veya beden uzuvlarının kendisine ait değilmiş gibi algılanması, duygularının, düşüncelerinin ve eylemlerinin kendisine yabancılaşması ve kendisini farklı bir varlıkmış gibi algılaması depersonalizasyon olarak tanımlanırken çevresini tanıyamama, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamış olmasına rağmen gerçek dünyayı bir sis perdesi arkasından veya rüyadaymış gibi izlediğini hissetme durumu da derealizasyon olarak tanımlanmaktadır. Deja-vu ve jamais-vu gibi paramneziler derealizasyona örnek durumlar olarak gösterilmektedir (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018). DSM-5'de klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan sürekli ya da yineleyici, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duygulan, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantılar (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma) olarak tanımlanan bozukluktur.

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): 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 tanımlanan bozukluktur. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçekdışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır (APA, 2013).

d. Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu: 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. Yazarken, *"tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları"* diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. *"çözülme esrimesi [trans]"*). *"Tanımlanmış diğer"* adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

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

2. 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.

3. 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 (zamanın yavaşlaması ve makropsi); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ve/ya da duyusal-devinsel işlevsellikte (örn. analjezi, paralizi) değişikliklerdir.

4. Çözülme esrimesi (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 basmakalıp devinimler (örn. parmak devinimleri) eşlik 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 (APA, 2013).

e. Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu: Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer 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. Tanımlanmamış diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır (APA, 2013). DSM-5 çözülme bozuklukları içerisinde yer alan tanı ölçütlerini tam olarak karşılayamasa da kişinin fonksiyonelliğinde önemli bozulmalara sebebiyet veren kronik dissosiyatif süreçleri yukarıda açıklandığı üzere "*Tanımlanmış Diğer Bir Dissosiyatif Bozukluk*" ve "*Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk*" olarak iki başlıkta incelemektedir. Bunlara ek olarak kesin bir tanı kategorisinde yer almamakla birlikte klinik açıdan önemli bulunan dissosiyatif tablolar da bulunmaktadır:

1. *Dissosiyatif Trans Bozukluğu:* Kişilerin iç dünyasına odaklandığı, çevre farkındalığının azaldığı ya da belirli bir noktaya dalıp gittiği esnada kimlik

duygusunun kaybolması şeklinde epizotlarla kendini gösteren, bu epizotların kişilerin psikososyal açıdan fonksiyonelliğini olumsuz yönde etkilediği durumlar olarak tanımlanmaktadır.

2. *Beyin Yıkama ve Zorla Telkin:* Kişide yoğun baskı, işkence, telkin, tutsaklık ve tehdit gibi yaşantılar esnasında yeni bir görünürde/sahte kimliğin oluştuğu bir durumdur. Görünürde/sahte kimliğin oluşması sürecinde kişilerde genelde aktif ve kronik ruhsal ve fiziksel travmaya maruziyet devam ettiğinden yoğun korku, dehşet ve çaresizlik hisleri hakimdir. Bu durumda kişinin bilişsel esnekliği kaybolmaktadır, kendine yabancılaşmaktadır ve apati görülmektedir. Kişilerin zorlama ve baskıya maruz bırakılması neticesinde gelişen bu süreçler kalıcı olabileceği gibi çoğunlukla tedaviye karşı da oldukça dirençlidir (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018).

2.5.4. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisini anlamak, travmaya maruz kalma, başa çıkma, bilişsel, nörobiyolojik, sistemik ve gelişimsel faktörlerin entegrasyonunu gerektirir. Bunlar sadece travmatik yaşantıları değil, aile dinamiklerini, çocuk gelişimini ve bağlanmayı da içermektedir (Freyd, 1994; Kluft, 1993; Putnam, 2006). Çocukluk çağı travmalarıyla karakterize olan dissosiyatif bozukluk vakalarına bakıldığında çocukluk çağında en fazla cinsel, fiziksel veya duygusal istismar ve ihmale maruz kalan grup olduğu görülmektedir. Ayrıca aile, görünürde herhangi bir travmatik yaklaşıma maruz kalmasa da aile içerisinde üstü örtülü işlevsel bozukluklar (görünürde normal aile) olması durumunda da ebeveynler arasında gizli ya da açık geçimsizlik olması (sahte karşılıklılık), evlat ayırma, ilgisizlik, şımartma, çift mesaj verme gibi disfonksiyonel iletişim dinamiklerine maruz kalan kişilerde de dissosiyatif bozukluk prevalansının yüksek olduğu görülmektedir (Akcan, Şarlak & Çeçen-Eroğul, 2021; Öztürk, 2020b, 2021a; Şar, 2020a). Yoğun travmatik çatışmalara ve duygulara maruz kalan çocuk bu duyguları uygun sosyokültürel benlik inşasına göre tutarlı veya nispeten bütünleşmiş

bir benliğe entegre edemez. Şar'a göre çocuğun biyolojik kapasitesinin dissosiyasyon üzerindeki rolü henüz belirsiz olsa da, gelişim döneminde maruz kalınan stresin nörobiyolojik etkisini gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Şar, 2020b).

Öztürk (2020b) dissosiyatif bozuklukları çocukluk çağı travmaları ve yanlış çocuk yetiştirme stillerine ek olarak genetik faktörler, aile dinamikleri ve kuşaklararası travma geçişi, hipnoza eğilim ve hayal gücü kapasitesi kavramları üzerinden de açıklamaktadır. Dissosiyatif bozuklukların genetik ve nörobiyolojik yönüyle ilgili olan çalışmalar sınırlı sayıda bulunmakla birlikte günümüzde bu alana olan ilgi giderek artmaktadır. Bazı araştırmacılar, dissosiyatif bozukluğu olan vakalar üzerine yaptığı çalışmalara dayanarak, bu kişilerin travmatik yaşantıları sebebiyle dissosiye olma eğilimine sahip oldukları, dissosiyatif olmayan uyum mekanizmalarının sağlıklı işlemediği ve travmatik olayla karşılaştıklarında dissosiyatif savunma mekanizmalarının harekete geçtiği yönünde düşünceler ortaya koymaktadır (Öztürk, 2020b; Şar, 2020a). Öztürk'e göre dissosiyatif bozukluklarla ilgili yapılan çalışmalar genellikle travma boyutuna odaklandığından kişinin içinde yetiştiği çevre ve aile dinamikleri büyük oranda göz ardı edilmiştir. Ancak Öztürk'ün (2003) yapmış olduğu ve danışmanlığında yapılan travmanın kuşaklararası geçişinin değerlendirildiği çalışmalarda (Derin, 2018; Cohen, 2019) açıkça görülmektedir ki; dissosiyatif reaksiyonların oluşumunda kişilerin içinde yetiştiği ve yaşadığı aile dinamikleri kadar kuşaklararası travma geçişi de büyük bir önem arz etmektedir. Anne ve babası tarafından travmatize edilen çocuk ailesiyle bağ kurabilmek için yaşadığı travmatik olayları hiç olmamış gibi bilinçten uzaklaştırma, bilinçten silme ya da istismarcılarını affetme eğiliminde olmaktadır. Bu nedenle dissosiyatif bozukluklar "*bağlanma bozukluğu*" olarak da değerlendirilebilmektedir (Öztürk, 2020b).

Lyons-Ruth ve arkadaşları (2006) da güvensiz bağlanma gibi birincil bakım veren ile ciddi bağlanma bozukluklarına neden olan erken yaşam deneyimlerinin de dissosiyasyonla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Lyons-Ruth ve ark., 2006). Ayrıca ailesi

tarafından istismara maruz kalmamış olsa bile bazı dissosiyatif bozukluk vakalarında ani ebeveyn kaybı ve tekrarlanan ağrılı cerrahi girişimlere maruz kalınan ciddi tıbbi hastalıklar gibi aşırı stresli yaşam olaylarına sahip oldukları da gözlenmiştir (Simeon & Loewenstein, 2009). Öztürk (2020b) tedavi etmiş olduğu yüzlerce dissosiyatif bozukluk vakasına dair klinik gözlemleri sonucunda bazı araştırmacıların iddia ettiğinin aksine hipnoza eğilim kapasitesiyle dissosiyasyon arasında zayıf bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Bliss'e göre çocukluk çağında yaşanan acı verici travmatik durumlara karşı, acının olmadığı travmatik olmayan bir dünyayı olanaklı kılan hayal gücü ve fantezi kapasitesi iki şekilde gelişimsel olarak dissosiyasyonla ilişkilidir. İlk olarak travmatik yaşantıların devam ettiği ve gelişimsel devamlılığın sekteye uğradığı durumda hayali arkadaşların oluşturulduğu ve bu hayali arkadaşların ilerleyen dönemlerde alter kişiliklere dönüştüğü iddiası mevcuttur. İkinci olarak ise fanteziye eğilim kapasitesinin direkt olarak dissosiyasyonla ilişkili olduğu, çünkü fanteziye eğilim kapasitesi yüksek olan kişinin kendi yarattığı dünyada zamanının büyük bir kısmını geçireceği ve bu dünyadaki diğer insanları da yaratacağı düşüncesi iddia edilmektedir (Bliss, 1986).

2.5.5. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Dissosiyatif bozuklukların yaygınlığına dair daha önce yapılan çalışmalar sonucunda, standart tanı ölçütlerindeki eksiklikler ve ruh sağlığı uzmanlarının dissosiyatif bozukluklara dair tanı koymadaki yetersizlikleri gibi önemli metodolojik zayıflıklardan dolayı toplumdaki prevalansa dair doğru bilgiler edinilememiştir (Foote ve ark., 2006). Fakat Şar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma, en güçlü metodolojik çalışmalardan biri olarak literatüre önemli katkı sağlamıştır. Bu çalışmaya göre Türkiye'de ayakta tedavi gören hastaların %12'sinin, %4'ü DKB ve %8'i başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk dahil olmak üzere, bir dissosiyatif bozukluk tanısı alabilecek semptomlara sahip olduğunu bulmuştur. Bu çalışmaya başlamadan önce bu hastaların sadece %1'ine dissosiyatif bozukluk tanısı konmuştur (Şar ve ark., 2000). Şar, Akyüz ve Doğan (2007) tarafından yapılan bir

başka çalışmada kadın popülasyon arasında dissosiyatif bozuklukların yaygınlığına bakılmıştır ve 628 kadınla yapılan görüşme sonucunda katılımcıların %18.3'ünün yaşam boyu dissosiyatif bozukluk tanısı aldığını, %1.1'inin DKB tanısı aldığı görülmüştür. Türkiye'de yapılan araştırmalarda dissosiyatif bozukluklar, yatan ve ayakta tedavi gören psikiyatri hastaları arasında %10.2-13.8 yaygınlık göstermiştir (Şar ve ark., 2000; Şar ve ark., 2003; Tutkun ve ark., 1998). İstanbul'da bir üniversite hastanesinin acil psikiyatri kliniğine yapılan başvurular üzerinden gerçekleştirilen çalışmada %35.7 oranıyla Türkiye'deki dissosiyatif bozuklukların prevalansının araştırıldığı çalışmalar içerisinde en yüksek sonuca ulaşılmıştır (Şar ve ark., 2007).

Foote ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada psikiyatri hastalarının %29'unun dissosiyatif bozukluk tanısı aldığı, bu hastaların %6'sına DKB tanısı konduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dissosiyatif bozukluk tanısı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, dissosiyatif bozukluğu olan hastaların çocuklukta fiziksel istismarı (%71'e karşı %27) ve çocuklukta cinsel istismarı (%74'**e** karşı %29) bildirme oranları anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur (Foote ve ark., 2006). Loewenstein (1994) dissosiyatif kimlik bozukluğunun Kuzey Amerika'da genel nüfusun yaklaşık %1'ini etkileyen ciddi bir kronik psikiyatrik bozukluk olduğunu, özellikle 5 yaşından önce yaşanan şiddetli travmatik yaşam öyküleriyle ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bu hastaların doğru tanı konulana kadar yaklaşık 6-22 yıl sağlık sistemi içerisinde verimsiz disfonksiyonel ve travma odaklı olmayan yanlış tedavilere maruz kaldıklarını belirtmektedir (Loewenstein, 1994). Manitoba Winnipeg kentindeki genel nüfusun büyük bir örneği üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukluk çağı istismarına bağlı dissosiyatif kimlik bozukluğunun yetişkin nüfusun yaklaşık %1'ini etkilediği gösterilmiştir. Yetişkin nüfusun yaklaşık %10'unda da bir tür dissosiyatif bozukluk olduğu tespit edilmiştir (Ross, 1991). Hollanda'da yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğinde yatan dissosiyatif bozukluk tanısı almamış olan hastalar arasında dissosiyatif bozuklukların sıklığını

değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre 122 hastanın 10'una (%8) dissosiyatif bozukluk tanısı, ikisine ise (%2) DKB tanısı konulmuştur. Çalışmaya katılan hastaların %8.2'sinde bir tür dissosiyatif bozukluk olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Friedl & Draijer, 2000).

Dissosiyatif bozukluklarla ilgili diğer epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında genelde Amerika Birleşik Devletleri (Ross, Duffy & Ellason, 2002), Kanada (Ross, 1991), Hollanda (Friedl & Draijer, 2000), Almanya (Jackson & Burgess, 2004), İsviçre (Mueller, Moergeli, Assaloni, Schneider & Rufer, 2007), Finlandiya (Lipsanen ve ark., 2004), Çin (Xiao ve ark., 2006) ve Türkiye'de (Şar, 2011) dissosiyatif bozuklukla ilgili epidemiyolojik birçok araştırma gerçekleştirildiği görülmektedir. Dissosiyatif amnezi, genel popülasyon çalışmalarında tipik olarak en yaygın dissosiyatif bozukluk olarak bulunmaktadır ve prevalansı yaklaşık %3'tür. Depersonalizasyon bozukluğu prevalansının %1-2 arasında olduğu predikte edilmektedir. Başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk klinik çalışmalarda bulunan en yaygın dissosiyatif bozukluk olma eğilimindedir ve hem yatan hasta hem de ayaktan hasta örneklerinde yaklaşık %9.5'lik bir prevalans vardır. Genel popülasyon araştırmalarında, en şiddetli dissosiyatif bozukluk olan DKB yaklaşık %1'lik bir yaygınlığa sahiptir. Yatan ve ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarının %1 ila %20'sinde bulunmuştur (Brand & Loewenstein, 2010). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ayaktan psikiyatri hastaları (%14.0) ve yatan hastalar (%21.0) için diğer ülkelere göre daha yüksek oranlar bildirilmiştir (Lipsanen ve ark, 2004). Çeşitli ülkelerde ve çalışmalarda elde edilen oranlar kullanılan araştırma yöntemleri nedeniyle de önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Yarı yapılandırılmış SCID-D ölçme aracını kullanan çalışmalar (tam yapılandırılmış DDIS ile karşılaştırıldığında) ve Avrupa çalışmaları hem dissosiyatif bozukluklar hem de DKB için önemli ölçüde daha düşük yaygınlık oranlarına sahiptir. Tanı aracının seçimi ve semptomların yorumlanmasındaki kültürel farklılıklar, dissosiyatif bozuklukların ve DKB'nin geniş bir skalada prevalans

göstermesi sürecindeki temel açıklamalar gibi görünmektedir. Genel olarak, yatan ve ayakta tedavi gören psikiyatri kliniklerinde dissosiyatif bozuklukların prevalansı %10 civarında görünürken, bunların yaklaşık yarısında (%5) en şiddetli dissosiyatif bozukluk türü olan DKB vardır (Şar, 2011).

2.5.6. Dissosiyatif Bozukluklar ve Adli Bilimler

Çocukluk çağı travmalarıyla karakterize olan dissosiyatif bozukluklar, oluşumu gereği adli bilimler açısından özel uzmanlık gerektiren, çok yönlü ve dikkatli bir şekilde incelenmesi gereken psikiyatrik bir tanı grubudur. Dissosiyatif bozuklukların adli bilimlerle olan ilişkisine bakılırken çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri, reviktimizasyon, nevroz-psikoz ayrımı, ceza sorumluluğu, simülasyon, malulen emeklilik, vesayet altına alma, malpraktis ve kamu görevlilerinin suçu bildirme yükümlülüğü gibi konular açısından ayrıntılı ve özenli bir adli psikiyatrik ve hukuksal değerlendirme gerektirmektedir (Öztürk, 2017, 2020b; Öztürk, Derin & Ateş, 2019). Erken yaşta başlayan ve kronikleşen çocukluk çağı travmaları ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinin etkisi sonucu oluşabilen dissosiyatif bozukluklar, oluşumu itibariyle aile içerisinde ihmal ve istismara maruz kalan çocukların olduğunu net bir şekilde gösterebilmektedir. Bu nedenle dissosiyatif bozukluklar, direkt olarak bir suçun konusu olması sebebiyle adli bilimlerle yakından ilişkilidir. Aile içerisinde cinsel, fiziksel ve duygusal yönden ihmal ve istismara uğrayan çocuklar bu dönemde tespit edilebilirlerse aileler işlediği fiillerden dolayı yargılanabilir ve ceza alabilirken çocuk da koruma altına alınarak mağdurun daha fazla travmaya maruz kalması engellenebilir. İleriki dönemlerde tespit edilen çocukluk çağı travmaları da mağdurların ailelerine karşı ceza ve tazminat davası açabilmesi açısından önem arz etmektedir (Öztürk, 2003, 2017, 2020b; Öztürk, Derin & Ateş, 2019).

Aile içerisinde çocuğa bakım vermekle yükümlü kişilerin evlatlarını travmatize ettiği durumlarda çocuğun velayetiyle ilgili sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Devlet öncelikle

çocuğun aile içerisinde korunmasını sağlamaya yönelik tedbirler almalıdır, fakat bunun mümkün olmadığı durumlarda da çocuğa bakım vermekle yükümlü olan kişiler hakkında detaylı bir adli psikiyatrik incelemeden sonra gerek görülen güvenlik ve danışmanlık tedbirleri alınmalıdır. Bu tedbirler içerisinde çocuğun velayetinin ebeveynlerden alınıp çocuğun devlet koruması altına alınması da söz konusu olabilmektedir (Öztürk & Şar, 2006; Pelendecioğlu & Bulut, 2009). Bu nedenle çocuk istismar ve ihmali ceza hukukunun konusu olmasının yanı sıra medeni hukukun konusu da olmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan travmaların bir diğer hukuki boyutu da; travmatik yaşantıya maruz kalan çocuğun bu durumu öğretmen, doktor, psikolog ve kolluk görevlisi gibi kamu çalışanlarıyla paylaşmasından doğan kamu çalışanlarının suçu bildirme yükümlülüğüdür. TCK'nın 279. Maddesine göre;

"*1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

2) Suçun, adlî kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır."

TCK'nın 280. maddesinde sağlık çalışanları için de özel bir ihbar yükümlülüğü öngörülmektedir. Buna göre;

1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır."

Kamu düzeninin korunabilmesi, bozulduğu takdirde kamu düzeninin yeniden tesis edilebilmesi için adliyelerin işlevsel bir şekilde görevini yerine getirebilmesi gerekmektedir. Bunun için de yetkili mercilerin oluşan suçtan ve suçlulardan haberdar olması gerekmektedir. Yetkili mercilerin suçtan haberdar olabilmesi, kanun koyucu tarafından TCK m. 279'da kamu görevlileri ve m. 280'de sağlık mesleği çalışanları bakımından bildirim yükümlülüğü getirilerek sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık mesleği çalışanları meslekleri gereği suça ilişkin olgularla diğer meslek gruplarına göre daha fazla karşılaşabildiği için sağlık mesleği çalışanları için özel olarak bir kanun maddesine gerek duyulmuştur (Karahan, 2019). Tüm bu maddelere göre çocuğa yönelik işlenen bir suçun tespit edilmesi halinde kamu görevlilerinin çocuğun bir an önce korunma altına alınarak mağduriyetinin giderilebilmesi ve işlenen suçun yargılanabilmesi için suçu bildirmesi gerekmektedir. Kamu görevlilerinin çocuğa yönelik işlenen ve şikayete tabii olmayan suçları yetkili makamlara yani bildirim konusu suçu soruşturacak veya kovuşturacak makamlar ile kendilerine iletilen suç duyurularını bu makamlara iletecek olan mercilere bildirmesi gerekmektedir, aksi takdirde suçu bildirmeme suçu oluşmuş olacaktır (Koca, 2012).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında, persekütör alter faaliyeti olarak kendine zarar verici davranışta bulunma veya suisidal girişimlerde bulunma davranışı sıklıkla ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2020b). Bu nedenle bazı durumlarda hospitalizasyon gerekli olmaktadır. Brand ve arkadaşları (2013) DKB vakalarının; %64-78'sinin kendine zarar verdiğini, %61-72'sinin intihar düşüncesinin olduğunu ve %1-2'inin ise intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharla sonuçlandığını belirtmektedir (Brand ve ark., 2013; Öztürk & Derin, 2021a). Dissosiyatif bozukluk vakalarının özellikle aileleri ya da sosyal çevreleri tarafından adeta "*kurban*" olarak seçildikleri, ebeveynlerinin kendilerini aile içinden ve dışından gelen tehditlere karşı koruyamadıkları, travmatik olaylara maruz kalmalarını engelleyemedikleri ve hatta reviktimize ettikleri dikkat çekmektedir. Çocukluktan itibaren aile içerisinde maruz

kaldıkları yanlış çocuk yetiştirme stilleri (şımartılma, okutulmama, yüksek beklenti ve yetişkinleştirme gibi), istismar ve ihmal, onların fiziksel ve zihinsel sağlığını, hatta bilinç ve kişilik bütünlüğünü bozan önemli faktörler olarak çoğunlukla onarılması güç etkiler doğurmaktadır, bazen de bu durum, vakaları kendine zarar verme davranışlarına, intihar girişimlerine ve hatta ölümcül sonuçlara kadar götürebilmektedir (Derin & Öztürk, 2020; Öztürk, 2009, 2018, 2020b; Putnam, 1996).

Dissosiyatif bozukluk vakaları, psikiyatristlerin mesleki tecrübesizlik veya dikkatsizlik gibi sebeplerle doğru tanı koyamamaları sebebiyle uzun yıllar sonuç alınamayan tedavilere maruz kalabilmektedirler ve bu süreçte doğru tedavi alamadıkları için durumları daha kötüye gidebilmekte ve hatta intihar edebilmektedirler. Bu nedenle tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunların, tedavi eden ruh sağlığı uzmanının sorumlulukları bakımından tazmin edilebilmesi (malpraktis) için detaylı bir adli psikiyatrik ve hukuksal değerlendirme gerekmektedir. Ayrıca ileri düzeyde işlevsellikte bozulmanın olduğu dissosiyatif bozukluk vakalarında "*vesayet altına alma*" ve "*malulen emeklilik*" açısından da ayrıntılı adli psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır (Öztürk, 2003, 2017; Öztürk, Derin & Ateş, 2019; Şar, 2009). Hukuksal açıdan genel olarak dissosiyatif bozukluk vakalarının, suça karıştığı durumlarda gerçekleştirdiği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fille ilgili davranışlarını yönlendirme kapasitesine büyük oranda sahip olduğu görüşü hakimdir, fakat ülkemizde ve dünyadaki adli psikiyatrik değerlendirmelere göre, ani kişilik değişimleri, amnezi ve ruhsal fragmentasyon üzerinde kişinin kontrolünün bulunmaması sebebiyle, cezai sorumluluk tamamen ortadan kalkmasa bile bu sorumluluk var olan psikopatolojinin ağırlığına göre belirli oranlarda etkilenebilmektedir (Oral, 1999; Öztürk, 2003, 2017). Bu nedenle, Türk Ceza Kanunu'nda cezai sorumluluğunu etkileyebilecek olan dissosiyatif bozuklukların incelemesinin, kusur yeteneğini etkileyen hallerden biri olan akıl hastalığı

kapsamında (TCK m.32), özellikle de TCK. m. 32/2 açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (Öztürk, Derin & Ateş, 2019).

Dissosiyatif bozukluk vakalarının bir diğer önemli hukuki yönü ve adli görüşme yapılırken dikkatle üzerinde durulması gereken noktalar *"gizleme eğilimi"* ve *"görünürde çelişkili bilgi"*dir. Dissosiyatif bozukluk vakalarında kişiler yaşantıladıkları travmatik olayları dissosiye ederek kendilerinden bile gizlemektedir. Bunun yanı sıra dissosiyatif bozukluğu olan kişilerden alınan ifadelerde, yaşanan travmatik olaya dair verilen bilgilerin çelişkili olması ifadenin tutarsız olduğu ve bu nedenle güvenilir olmadığı kanaatine sebep olabilmektedir. Görünürde çelişkili olarak algılanan bilgi aslında kişinin travmatik belleğinin bir sonucu olduğundan, travmanın en büyük kanıtlarından biri olarak görülmelidir. Çünkü normal bellek sözel, öyküsel ve kronolojik bir yapıdayken travmatik bellek duyusal, parçalı ve bedensel yapıdadır. Parçalı bir halde bulunan ve kronolojik olmayan bellek kişinin travmatik olayı hatırlamada zorluk yaşamasına, bazen de hiç hatırlayamamasına sebep olmaktadır. Travmatik belleğin yanı sıra yakınları veya istismarcı tarafından korkutulma sebebiyle ya da adli süreç içerisinde yaşayabileceği anksiyete sonucunda geçici amneziler de oluşabilmektedir (Öztürk, 2003, 2017; Öztürk, Derin & Ateş, 2019; Van der Kolk & Fisler, 1995). Tsur ve Katz (2021), enseste maruz kalan yaşları 4-14 arasında değişen 29 kız çocuğuyla yapılan 42 adli görüşmeyi dissosiyasyon açısından inceledikleri çalışmalarında, çocuklarda istismarı tanımladıkları sırada duyarsızlaşma ve derealizasyon tespit etmişlerdir. Ayrıca olayın ayrıntılarını anlatmaları istendiğinde olaya dair dissosiyatif amnezi geliştirdikleri görülmüştür. Bu çalışma sonucunda, istismara uğramış çocuklarla yapılan adli görüşmelerde travma ve dissosiyasyonun kabul edilmesinin önemini ve adli değerlendirmelerin bu bilimsel veriler ışığında yapılması gerekliliğini ortaya koymuşlardır. Tüm bu nedenlerden dolayı dissosiyatif bozukluk vakalarının alanında uzmanlaşmış,

yetkinliği olan travma bakış açısına sahip ruh sağlığı uzmanları tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (Öztürk, 2020b).

2.6. Adil Dünya İnancı

2.6.1. Adil Dünya İnancı Kavramı

Adil dünya inancı, insanların günlük yaşamlarını tahmin edilebilir kılarak düzenleyebilmelerine ve geleceğe dönük planlar yapabilmelerine yardımcı olan, uyumsal bir işlevi olan bir kavramdır. Lerner ve Miller (1978), insanların dünyanın durağan ve düzenli bir yer olduğuna ve genellikle hak ettiklerini elde ettikleri bir dünyada yaşadıklarına inanma ihtiyacı içinde olduklarını belirtmişlerdir. Dünyanın adil olduğu inancı, bireyin fiziksel ve sosyal çevresini sabit ve düzenliymiş gibi algılamasını sağlamaktadır. Böyle bir inancın olmaması durumunda bireyler uzun vadeli hedefler koymada ve günlük yaşamın sosyal olarak düzenlenmiş davranışlarını sürdürmede zorlanabilmektedir. Dünyanın adil olduğu inancı birey için önemli bir uyum işlevi gördüğünden dolayı insanlar bu inançtan vazgeçme konusunda çok isteksizdir ve dünyanın gerçekten adil ve düzenli olmadığını gösteren olaylarla karşılaştıklarında yoğun bir hayal kırıklığı ve acı yaşayabilmektedir (Hunziker, 2016; Lerner & Miller, 1978; Troyano, 2016).

Adil dünya inancının temelinde insanların başına gelen her şeyi hak ettiği düşüncesi yatmaktadır (Lerner, 1965). Buna göre iyi insanların başına iyi şeyler, kötü insanların başına ise kötü şeyler gelmesi beklenmektedir. Aksi bir durum olduğunda insanlar bilişsel olarak tutarsızlık yaşamamak için içinde bulunulan durumdan dolayı adaletsizliği meşrulaştırma ve kurbanı suçlama eğiliminde olabilmektedir. Kurbanın masum olduğu halde bir kötülüğe maruz kaldığı düşüncesi, yaşanan olayın bir gün kendisinin de başına gelebileceğini hatırlattığından dolayı insanlar için dünyanın güvenilirliğini önemli derecede zedeleyebilmektedir. Bu düşünceden dolayı rahatsız olan insanlar olayın sorumluluğunu

kurbanın bir özelliğine atfederek kurbanı suçlu konumuna getirebilmektedir. Lerner'in (1965) yapmış olduğu bir çalışmada iki öğrenci bir anagram yapmak üzere bir çalışmaya başlamıştır ve bu çalışma tek taraflı olan aynalı bir odada gözlemciler tarafından değerlendirilmiştir. Bütçenin kısıtlı olması sebebiyle kura çekilerek sadece tek bir öğrenciye ödeme yapılacağı gözlemcilere söylendiğinde her iki öğrenci çalışmaya eşit katkıda bulunmuş olmasına rağmen gözlemciler tarafından her seferinde ödeme alamayan öğrencinin daha az hak etmiş olduğu kanaatine varılmıştır (Lerner, 1965; Bégue, 2016).

Yapılan bir diğer çalışma da aynı fikri başka bir yöntemle ortaya koymaktadır. Brock Üniversitesi'nden Carolyn Hafer katılımcılara, ciddi bir saldırı kurbanının ifadesini kapsayan bir film göstermiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların yarısına saldırganların yakalanıp cezalandırıldığı, diğer yarısına ise saldırganların yakalanamadığı için hala serbest oldukları, bu nedenle adaletin yerini bulmadığı bilgisi verilmiştir. Daha sonra katılımcılara basit bir prensibe dayalı olarak test uygulanmıştır. Bu testte katılımcılardan, tehdit içerikli kelimelerle adalet içerikli kelimelerin bazı renklerle eşleştirilerek renk üzerinden tanımlanması istenmiştir. Genellikle tehditle ilişkili bir rengin görsel tanıma süresi tehdit edici olmayan bir kelimenin rengini tanımak için gereken süreden daha uzundur. Çalışmada adaletin tecelli etmediği bilgisi verilen katılımcıların adalet ile ilgili kelimelerin rengini belirlemede diğerlerine göre daha uzun zaman harcadıkları gözlenmiştir. Ayrıca adaletsizliğe maruz kalan katılımcılar bundan ne kadar rahatsız olursa (adaletle ilgili terimlerin rengini tanıma süreleri o kadar uzarsa) mağduru o kadar aşağılamışlardır. Bu fenomen, insanların dünya adilmiş gibi düşündükleri ve davrandıkları zamanlar olduğunu, bu da onları "*insanlar hak ettiklerini ve başlarına gelenleri alırlar*" görüşüyle tutarlı kılmak için karşılaştıkları olaylarla ilgili düşüncelerinde önyargılı olmalarına yol açtığını göstermektedir. Bu çalışmaya göre bir kurbanı suçlama ve suçluluğunun ipuçlarını arama eğilimi, paradoksal olarak psikolojik bir adalet ihtiyacından kaynaklanabilir (Hafer & Bégue, 2005).

Rubin ve Peplau'ya göre rastgele bir dünya tehditkârdır, çünkü kişinin eylemleriyle elde ettiği ödül ve cezaları kontrol etmenin mümkün olmadığını ima eder. Bu nedenle, görünüşte rastgele ödül ve cezaların bile altta yatan bir ahlaki düzeni yansıtması gerektiğine inanma eğilimi vardır (Rubin & Peplau, 1973). Adil bir dünyaya inanma ihtiyacından kaynaklanan adil dünya inancı, bu ihtiyacı karşılamak ve herkesi uzun vadeli hedeflere yönelik faaliyetlerde bulunmaya teşvik etmek için vazgeçilmez görülmektedir. Lerner'e göre bireyler, plan yapmak, istediklerini elde etmek için çalışmak ve tehdit edici veya acı verici olanlardan kaçınmak ve arzu edilen durumları üretmek için hayatın kontrol edilebilir olduğunu varsaymalıdır (Lerner, 1980). Sonuç olarak adil dünya inancı, dünyanın sert gerçeklerinden korunmayı ve kişinin kendi kaderi üzerinde kişisel kontrolünü belirli oranda sağlamaktadır (Furnham, 2003).

2.6.2. Kişisel ve Genel Adil Dünya İnancı

Adil dünya inancı, kişisel ve genel adil dünya inancı olarak iki farklı kategoride değerlendirilmektedir. Kişisel adil dünya inancı, dünyanın bireyin kendisine karşı ne kadar adil olduğu, genel adil dünya inancı ise dünyanın tüm insanlara karşı ne kadar adil olduğu ile ilgilidir (Dalbert, 1999). Kişisel ve genel adil dünya inancının birbirinden farklı sonuçları mevcuttur. Kişisel adil dünya inancı, bireylerin ruhsal sağlığı ile ilişkiliyken genel adil dünya inancı ise katı sosyal tutumlarla karakterizedir (Kılınç & Torun, 2011). Genel adil dünya inancı, insanların genellikle hak ettiklerini elde ettiği inancını yansıtırken, kişisel adil dünya inancı kişinin kendi hayatındaki olayların adil olduğu inancını yansıtır. Bu iki yapının farklı işlevleri vardır; genel adil dünya inancının gözlemlenen adaletsizlikle başa çıkmak için önemli olduğu ve gözlemlenen adaletsizliği dünya hakkındaki genel görüşlerine dahil etmelerine ve insanların gözlemledikleri ile inandıkları arasında bir denge kurmalarına yardımcı olduğu bulunmuştur (Sutton & Winnard, 2007). Öte yandan, kişisel adil dünya inancının insanlara, kişisel düzeyde yaşanan adaletsizliklerle baş etmede, adaletsizlikle başa

çıkmada ve ruh sağlığını korumada yardımcı olduğu bulunmuştur (Dalbert, 1999; Sutton & Winnard, 2007). Kısacası hem genel adil dünya inancı hem de kişisel adil dünya inancı adaletsizlikle başa çıkmak için çok önemlidir; bununla birlikte, birincisi gözlemlenen ve ikincisi kişisel olarak yaşanan adaletsizlikle ilgilenir.

Genel olarak, adil dünya inancı çalışmaları, güçlü bir adil dünya inancına sahip kişilerin, hak ettiği olumlu sonuçları elde etmek için adil davranmak istemeleri ve olumsuz bir sonucun cezalandırılmasını önlemek için haksız davranışlarda bulunmaktan kaçınmaları gerektiğini ileri sürmüştür (Stupnianek, 2021). Kişisel adil dünya inancı ve genel adil dünya inancının birbirinden farkını anlamak üzere yapılan çalışmalara göre, kişisel adil dünya inancının öznel iyi oluşu ve benlik saygısını yordadığı, fakat genel adil dünya inancının olumlu benlik algısından bağımsız olduğu, kişisel adil dünya inancı yüksek olan kişilerin genel adil dünya inancı yüksek olan kişilere göre daha az saldırganlık gösterdiği, daha az olumsuz duygudurum bildirdiği görülmektedir (Alves ve ark., 2019; Bègue & Muller, 2006; Dalbert, 1999). Ayrıca genel adil dünya inancı yaşlılara karşı ayrımcılık, yoksulluğun damgalanması ve daha yüksek cezai yaptırım ile önemli ölçüde ilişkiliyken, kişisel adil dünya inancı bu değişkenlerle zayıf bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Bégue & Bastounis, 2003).

2.6.3. Adil Dünya İnancı ve Çocukluk Çağı Travmaları

Bireyin kişiliğinin gelişiminde kilit bir role sahip olan çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik yaşantıların kısa ve uzun vadede etkileri görülmektedir. Uzun dönem etkilere bakıldığında travmatik yaşantılara maruz kalan bireylerin dünyaya yönelik olumlu psikolojik varsayımlarının zedelendiği ve genellikle dünyayı güvensiz, adil olmayan ve tahmin edilemez bir yer olarak algılama eğiliminde oldukları görülmektedir (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 1998; Güloğlu, Karaırmak & Emiral, 2016). Bu kapsamda yapılan bir çalışmada, bir üniversite hastanesine başvuran klinik örneklemdeki 250 ergende adil dünya

inancının, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkileri araştırılmıştır. Başvuruda bulunan ergenlerin tanıları içselleştirme (kaygı, depresyon, içe çekilme ve psikosomatik bozukluklar) ve dışsallaştırma (başkaldıran, yıkıcı ve saldırgan davranışlar) bozuklukları olarak kategorize edilmiştir ve yapılan değerlendirmeler sonucunda içselleştirme bozukluğu olan ergenlerde dışsallaştırma bozukluğu olanlara göre kişisel adil dünya inancı ve genel adil dünya inancı ölçek puanlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güvenli bağlanma stili olan ergenlerde genel adil dünya inancı ve kişisel adil dünya inancı ölçeğinden alınan puanların yüksek olduğu, korkulu bağlanma ve endişeli bağlanma stili olan ergenlerde ise kişisel adil dünya inancı ölçeğinden alınan puanların düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları ölçeğinden alınan puanların da hem kişisel hem de genel adil dünya inancı ölçeğinden alınan puanlarla negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çolak, Koç, İlhan & Öncü, 2021).

Yapılan bir diğer çalışmada da bir devlet üniversitesinde çevrimiçi bir anket kullanılarak 445 lisans öğrencisinden toplanan veriler sonucunda adil dünya inancının çocukluk çağı travmaları ve düşük benlik saygısı arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğini test etmek için yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır ve adil dünya inancının çocukluk çağı travmaları ve düşük benlik saygısı arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Smith & Chesin, 2022). Bir diğer çalışmada; öldürme suçu sebebiyle hüküm giymiş kadınlarda, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma düzeyi, adil dünya inancı ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiler incelenmiştir ve çalışmadan elde edilen bulgulara göre çocukluk örselenme yaşantıları ile adil dünya inançları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tiftik, 2012). Hüküm giymiş ve hiçbir suça karışmamış iki grup kadın arasında ailelerini algılama, çocukluk çağı travmaları ve adil dünya inancının karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada da hüküm giymiş kadınların kontrol grubuna göre daha fazla ve daha sık duygusal ve fiziksel istismara maruz kaldığı, adil dünya inancı ölçeğinden

aldıkları puanların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, hükümlü kadınların dünyanın kendilerine karşı adil olmadığı görüşünde oldukları sonucuna varılmıştır (Demirbaş, 2017).

2.6.4. Adil Dünya İnancı ve Adli Bilimler

Adil dünya inancı yeniden vurgulanmak istenildiği üzere insanların yaşamlarını sürdürebilmelerini, gelecek hakkında plan yapabilmelerini sağlayan uyum odaklı bir kavramdır. İyi insanların başına iyi şeyler, kötü insanların başına da kötü şeyler geleceği, eninde sonunda herkesin hak ettiğini bulacağı düşüncelerinden temel alan adil dünya inancı insanların hayatın sert gerçeklerinden korunmasını sağlamaya yönelik işlev göstermektedir. Bu nedenle iyi insanların başına kötü bir olay geldiğinde kendi gerçekliğini tehdit altında hisseden insan, kurbanı suçlama eğilimine girebilmektedir (Hafer & Bégue, 2005; Lerner, 1965; Rubin & Peplau, 1973). Bunun yanı sıra diğer insanlara oranla daha fazla adaletsiz olaylara ve koşullara maruz kalan insanlarda, yaşadıkları olumsuz olaylardan dolayı adaletsizliği içselleştirme eğiliminin arttığı ve dünyanın daha az adil olarak algılandığı görülmektedir (Furnham & Procter, 1989).

Adil dünya inancı adli bilimler açısından özellikle iki açıdan ele alınabilir. Bunlar; kurbanı suçlama eğiliminden kaynaklanan kurbanın reviktimizasyonu ve adaletsizliği içselleştirme eğiliminden kaynaklanan suç davranışına yönelme olarak görülebilir. Adil dünya inancıyla bağlantılı olarak kurbanı suçlama eğilimine yönelik çalışmalara bakıldığında ülkemizde ve yurtdışında özellikle tecavüz mitleri ve adil dünya inancı arasındaki ilişkilerin incelendiği görülmektedir. Yapılan pek çok çalışmada, adil dünya inancı yüksek olan kişilerin, tecavüz mağdurlarını daha fazla suçlama ve küçümseme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Kleinke & Meyer, 1990; Sakallı-Uğurlu, Yalçın & Glick, 2007; Strömwall, Alfredsson & Landström, 2012; Yalçın & Öztürk, 2018; Yancı & Polat, 2019). Bu durum

mağdurunun damgalanmasına, suçlunun göreceli olarak olumlu algılanmasına sebep olabilirken mağdurun da kendisini suçlayıp adli mercilere başvurmamasına, yargı sürecinde mağdurun güvenirliğinin sorgulanmasına, suçluların ceza almamasına ya da cezasının hafifletilmesine sebep olabilir (Eker & Erdener, 2011).

Adil dünya inancının adaletsizliği içselleştirme eğiliminden kaynaklanan suç davranışına yönelme boyutu açısından ele alındığında; Otto ve Dalbert (2005) tarafından suça sürüklenen ergenlerle yapılan bir çalışmada adil dünya inancının düşük olduğu ergenlerin cezaevi kurallarına uyum göstermede ve öfke kontrolünde zorlandıkları, işledikleri suçlardan dolayı kendi hatalarını kabul etme oranlarının düşük olduğu, adil dünya inancının yüksek olduğu ergenlerde ise kendi hatalarını kabul etme oranlarının daha yüksek olduğu, cezaevinde daha uyumlu oldukları ve öfke kontrolünün daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Yapılan bir başka çalışmada da suç işlemiş ve işlememiş ergenlerde adil dünya inancına bakıldığında suç işlemiş ergenlerde adil dünya inancının suç işlememiş ergenlerden anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu, özellikle kişisel adil dünya inancı puanlarında bu farkın daha belirgin olduğu, kişisel adil dünya inancı düşük olan ergenlerin yaşadıkları olayları daha adaletsiz, daha kırıcı ve daha haksız olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Giray, 2009).

2.7. Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) ve Çocuk Psikiyatrisi

2.7.1. ÇİM Kavramı

Çocuk cinsel istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli, tek elden ve etkin bir şekilde müdahale edilebilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Adli Tıp Kurumu Başkanlığı gibi diğer kurumlarla multidisipliner işbirliğine dayalı ve daha sonra tüm ülke çapında uygulanması planlanan bir proje geliştirilmiştir. Bu

proje kapsamında cinsel istismara uğramış çocukların adli ve tıbbi işlemler esnasında ikincil travmatizasyonunu minimuma indirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde Çocuk İzlem Merkezi adı altında çocuk dostu merkezler oluşturulmuştur. Bu merkezlerde alanında uzmanlaşmış, çocukla adli görüşme teknikleri eğitimi almış psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci veya çocuk psikolojisi ve gelişimi alanında yüksek lisans yapmış hemşire gibi meslek elemanları tarafından çocuklarla aynalı oda sistemiyle cumhuriyet savcısı ve avukatın aynanın arka tarafından izlediği adli görüşmeler yapılmaktadır. Adli görüşmeciler tarafından çocukla adli görüşme yapılırken merkezde bulunan aile görüşmecileri tarafından da mağdur çocuğun ailesiyle aile görüşmesi yapılır ve aileye ilk danışmanlık hizmeti sağlanır. Daha sonra gerekli durumlarda mağdur çocukların adli muayeneleri adli tıp uzmanı, yoksa kadın doğum uzmanı, çocuk cerrahı ve acil tıp uzmanı tarafından gerçekleştirilmektedir (Arslan & Erkol, 2021; Bağ & Alşen, 2016; Danış ve ark., 2019; Temeloğlu, Turan & Sarıcan, 2015; Topdemir, 2016). Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) ilk olarak Ankara'da 2010 yılında pilot uygulama olarak hizmet vermeye başlamıştır. Daha sonra 04.10.2012 tarih ve 28431 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Başbakanlık Genelgesi'nde şu şekilde tanımlanmıştır:

"Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla, öncelikli olarak cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini asgariye indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitimli kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini temin etmek üzere; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) kurulması ve bu merkezlerin işleyişinin Sağlık Bakanlığınca koordine edilmesi gerekli görülmüştür"

Başbakanlık genelgesine dayanarak ülke genelinde ÇİM'ler yaygınlaştırılmaya başlanmıştır (Orhan, Ulukol & Canbaz, 2019). Çocuk İzlem Merkezleri, 2022 yılı Mart ayı

itibariyle Türkiye genelinde toplam 57 ilde, 60 merkez olarak aktif bir şekilde faaliyet göstermektedir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü [KHGM], 2022).

2.7.2. ÇİM'in İşleyiş Sistemi

ÇİM'ler 7/24 mesai usulüne göre nöbetli bir şekilde çalışmaktadır. Personel sayısının yeterli olduğu ÇİM'lerde bu nöbetler ÇİM'de bir adli görüşmeci kalacak şekilde olurken sayının yetersiz olduğu illerde icap nöbeti şeklinde sürdürülmektedir. Cumhuriyet savcısının talimatıyla günün her saatinde adli işlemlerinin yapılabilmesi amacıyla çocuklar ÇİM'e gönderilebilmektedir. Bu nedenle ekibin en hızlı şekilde toplanabilmesi için adli muayene için ilde varsa bir adli tıp uzmanı, yoksa çocuk cerrahı ve kadın doğum uzmanı gibi branşlarda bir hekim, yine muayeneye yardım etmesi için bir hemşire, aile görüşmesi yapılabilmesi için bir aile görüşmecisi ve ailesine teslim edilmesinde sakınca bulunan çocukların kuruma teslim edilebilmesi için bir ASHİM temsilcisi de icap nöbeti tutmaktadır. Çocuklar ÇİM'e geldikleri andan itibaren işlemleri bitene kadar beslenme, barınma ve tıbbi ihtiyaçları ÇİM'in bağlı bulunduğu hastane tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca çocuğun üzerindeki kıyafetlerin delil barındırması durumu söz konusu olduğunda kıyafetleri ve iç çamaşırları da alındığından çocuğa kıyafet ve iç çamaşırı temini de yine hastane tarafından karşılanmaktadır (Aydemir & Yurtkulu, 2012; Bağ & Alşen, 2016; Bilginer & Çalışkan, 2018; Orhan, Ulukol & Canbaz, 2019; Yüksel ve ark., 2013). ÇİM'e gelen olguların kaydı yapıldıktan sonra ön görüşme, aile varsa aile görüşmesi, adli görüşme, gerekli hallerde adli ve genel muayene, merkezde konsültan olarak bulunduğu durumlarda çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı tarafından psikiyatrik değerlendirme ve ASHİM (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü) temsilcisi tarafından da sosyal hizmet değerlendirmesi işlemleri yapılır (Arslan & Erkol, 2021; Bağ & Alşen, 2016).

Ön görüşme: Çocuk merkeze geldiğinde adli görüşmeyi yapacak olan adli görüşmeci tarafından karşılanır, daha sonra tanışmak ve merkezde yapılacak işlemleri çocuğun

anlayabileceği şekilde anlatmak amacıyla çocuğun yaşına uygun olan ön görüşme odasında çocukla bir ön görüşme yapılır. Bu ön görüşmede çocuğu tanımak, gelişim düzeyini anlamak, güven ilişkisi kurarak olay hakkında çok ayrıntılı olmayacak şekilde bilgi almak, çocuğun olayları anlatıp anlatamayacağını anlamak amaçlanmaktadır. Çocuğun merkeze ve adli görüşmeciye alışarak rahatlayabilmesi için adli görüşmeci çocukla zaman geçirir ve yaşına uygun aktiviteler yaparak onunla ilgilenmektedir (Bağ & Alşen, 2016; Topdemir, 2016).

Adli görüşme: Çocukla adli görüşmecinin birebir olduğu, ses ve görüntü kaydı alınmasını sağlayan kameranın bulunduğu, aynalı oda içerisinde gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Görüşme esnasında aynanın arka tarafındaki odada bulunan savcı, avukat, aile görüşmecisi, ASHİM temsilcisi, gerekli hallerde adli tıp uzmanı ve çocuk psikiyatristi görüşmeyi canlı olarak izlemektedir. Bu görüşmede adli görüşmeci öncelikle çocuğun anlayabileceği, yaşına uygun bir dille görüşmenin sesli ve görüntülü bir şekilde kayda alındığını, aynanın arka tarafında kendisini izleyenlerin olduğu bilgisini ve odanın kurallarını çocuğa bildirir. Gerçek-yalan ayrımını yapıp yapamadığını ve iyi dokunmayla kötü dokunmanın farkını bilip bilmediğini ölçtükten sonra istismarcının kimliği, özellikleri ve yaşanan olayla ilgili ayrıntılı bilgileri çocuğu örselemeyecek şekilde ondan almaya çalışır. Bu görüşmelerde gerekli hallerde anatomik resimler ve oyuncak bebekler kullanılabilmektedir. Görüşmenin sonunda bedeninin özel olduğu ve kimsenin kendisine dokunamayacağı, kendisine dokunmaya çalışan biri olduğunda yardım isteyebileceği ve bu olayı güvendiği yetişkinlere hemen anlatması hakkında bir eğitim verilir ve anlattıkları için teşekkür edilerek görüşme sonlandırılır. Görüşmeden sonra her kurum temsilcisi kendi kayıtlarını tutar ve görüşme ifade tutanağı haline getirilerek görüşmeyi izleyen herkes tarafından imza altına alınır. Görüşmeden elde edilen bilgiler daha sonra adli görüşmeci tarafından da ayrıntılı bir rapor haline getirilir, ayrıca bu raporda çocuğun gelişimsel özellikleri, yaşadığı olaydan dolayı gösterdiği psikiyatrik belirtileri içeren bir değerlendirme de yapılır. Görüşmenin sesli ve

görüntülü kaydını içeren bir CD ve ayrıntılı adli görüşme değerlendirme raporu cumhuriyet savcılığına gönderilir ve aynı zamanda ÇİM'de de arşivlenir (Arslan & Erkol, 2021; Bağ & Alşen, 2016).

Aile görüşmesi: ÇİM'e gelen çocuğun yanında ailesi varsa aile görüşmecisi tarafından aile görüşme odasında görüşme yapılır. Bu görüşmede ailenin olayla ilgili bilgileri, aile içi ilişkileri, aile dinamikleri, çocuğun aileye teslimi konusunda olası risk faktörleri ile ilgili bilgi sahibi olmak amaçlanır. Aile görüşmesinden elde edilen bilgiler cumhuriyet savcısına, adli görüşmeciye ve gerekli hallerde ASHİM temsilcisine bildirilir (Arslan & Erkol, 2021; Bağ & Alşen, 2016; Bilginer & Çalışkan, 2018).

Adli ve genel muayene: Yapılan adli görüşmeden sonra gerek görülen hallerde çocuğun ve ailenin onamı alındıktan sonra cumhuriyet savcısının da talimatıyla adli muayene odasında adli tıp uzmanı, bu uzmanın olmadığı hallerde kadın doğum uzmanı, çocuk cerrahı ve acil tıp uzmanı gibi ilgili branşlardaki hekimler tarafından adli muayene yapılır. Muayeneden önce çocuk adli muayene odasına alındığında ÇİM'de görevli hemşire tarafından yapılacak muayene hakkında çocuğa ayrıntılı bilgi verilir, daha sonra çocuğun iç ve dış beden muayenesi yapılır. Üzerinde delil barındırılan durumlarda çocuğun giysileri, sperm örnekleri, saç, tükürük, tırnak içlerinden gerekli örnekler alınarak uygun bir şekilde paketlemesi yapılarak Adli Tıp Kurumu'na teslim edilecek hale getirilir. Muayeneden elde edilen bulgular adli tıp uzmanı tarafından raporlandırılarak cumhuriyet savcılığına iletilir. Adli görüşme esnasında gebelik veya bulaşıcı hastalıkla ilgili bir bilgi alındıysa çocuktan bunların tespitine yönelik olarak kan ve idrar örnekleri alınarak laboratuvara gönderilir. Ayrıca genel sağlık durumuyla ilgili bir ihtiyacının olduğunun gözlenmesi durumunda çocuk doktoru tarafından da muayenesinin yapılması sağlanmaktadır (Bağ & Alşen, 2016; Topdemir, 2016).

Çocuk ve ergen psikiyatristi muayenesi: Çocuk psikiyatristinin bulunduğu kurumlarda ÇİM'e gelen olguların psikiyatrik muayenesi de gerçekleştirilir. İstismar yakın dönemde gerçekleşmişse çocuktaki akut belirtileri, uzun dönemli ve süreğen istismarlarda ise travma belirtilerini, ayrıca çocukta gelişim problemleri, mental kısıtlılık bulunup bulunmadığını değerlendirir, belirgin bir psikopatoloji gözlenen çocuklara medikal tedavi düzenler. Tüm gözlemlerine dair bir rapor düzenleyerek cumhuriyet savcılığına iletir. Çocuğun uzun dönemli takibinin sağlanabilmesi için de gerekli merkezlere yönlendirilmesini yapar (Bağ & Alşen, 2016).

Sosyal hizmet değerlendirmesi: Çocukla ve aileyle yapılan görüşmeler neticesinde cumhuriyet savcısının talimatıyla, aileye teslim edilmesi konusunda çeşitli risk faktörleri olduğu tespit edilen çocukların, istismar sonucu oluşan gebelikten sonra doğan ve aile tarafından istenmeyen bebeklerin veya kalacak herhangi bir yeri olmayan çocukların yaşlarına ve durumlarına uygun kurumlara yerleştirilmesinin sağlanması, ÇİM'de görevlendirilen ASHİM temsilcisi tarafından organize edilir. Bunun dışında ailesine tesliminde risk bulunmayan çocuklarda da çeşitli sosyal destek ihtiyacı tespit edilmesi durumunda ailenin yaşadığı yere gidip sosyal inceleme yaparak gerekli desteğin sağlanması ve sosyal inceleme raporunun yazılarak cumhuriyet savcılıklarına gönderilmesi de ASHİM temsilcisi tarafından yerine getirilir (Aydemir & Yurtkulu, 2012; Bağ & Alşen, 2016; Topdemir, 2016).

2.7.3. Çocuk İzlem Merkezlerinde Klinik Adli Görüşme

Adli süreçte hem mağdurlar hem de şüpheliler açısından mağdur ifadesinin objektif, eksiksiz ve hatasız bir şekilde alınabilmesi çok önemlidir (Çağlar & Türk, 2019). Adli görüşmede yapılacak hatalı yaklaşımlar, mağdurların birden fazla kez ifade vermesi sonucunda ikincil örselenmeye maruz kalmasına sebep olabilirken aslında masum olan şüphelilerin de işlemedikleri bir suçtan dolayı ceza almalarına sebep olabilir (Pipe ve ark., 2008). Bu nedenle mağdur çocuklarla görüşme yapılırken çocukları travmatize etmeden daha

objektif bilgilere ulaşabilmek amacıyla birçok ülkede, yapılacak görüşmelerle ilgili bir standardizasyon sağlanmaya çalışılmaktadır. Bunun için yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılmaktadır (Çağlar & Türk, 2019; Pipe ve ark., 2013). ÇİM'de yapılan görüşmeler yarı yapılandırılmış olup suçun ve suç unsurlarının tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilmekle birlikte çocuğun gelişim düzeyinin, kişilik özelliklerinin, mağduriyetine sebep olan risk faktörlerinin, yaşanan olay sebebiyle çocukta meydana gelen akut belirtilerin tespit edilebilmesi ve uzun dönemli etkilerin öngörülebilmesi sebebiyle adli olduğu kadar klinik görüşmelerdir. Bu nedenle yapılacak görüşmelerde görüşmecilerin adli psikoloji alanına hakim olduğu kadar klinik psikoloji alanına da hakim olması gerekmektedir.

Klinik psikoloji kişilerin bilişsel, duygusal, davranışsal ve psikolojik problemlerini anlamak ve bu problemlerin kişiler üzerindeki rahatsızlık verici, istenmeyen etkilerini azaltmak için bilimsel çalışma ve yöntemlerden temel alan uygulamaların yapıldığı, çeşitli psikoterapi yöntemlerinin kullanıldığı psikolojinin bir alt alanıyken adli psikoloji ise yasal süreçler içerisindeki taraflara yardımcı olan, iyileştirici hizmetleri sunan, akıl sağlığı hizmetlerini yerine getiren, yasal süreçlere yönelik psikolojik bilgilerin ve verilerin elde edilebilmesi için bilimsel araştırmalar yaparak adalete hizmet eden psikolojinin bir alt alanıdır. Adli psikologların doğru kararlar verebilmesi için klinik psikoloji bilgisine sahip olması ve güncel çalışmaları takip etmesi gerekmektedir (Öztürk, 2020b). Adli psikoloji, klinik psikoloji ve hukuk alanlarının birbirine entegre edilerek daha doğru sonuçlara ulaşılabilmesi adına klinik adli psikoloji alanı kilit bir rol oynamaktadır. Çünkü psikopatoloji bilgisi olmadan mahkemeler tarafından istenen adli değerlendirmelerin yapılması doğru sonuçlara ulaşılmasını mümkün kılmamaktadır. Klinik psikoloji temeliyle yapılacak adli değerlendirmeler daha başarılı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilecektir. Uygulamalı ve teorik yönleri bulunan bir alan olan klinik adli psikoloji, adli sistemde travma merkezli psikoloji teorileri ve yöntemleriyle hem adli sistemin en üst düzeyde işlemesini hem de adaletin en

doğru ve en kısa sürede tesis edilmesini sağlayabilecek önemli bilimsel katkılar sağlamaktadır (Derin & Öztürk, 2021; Öztürk, 2020b)

2.7.4. ÇİM Personellerinin Görevleri

Adli görüşmeci: Çocukla adli görüşme eğitimi sertifika programına katılmış ve teori, uygulama ve ileri uygulama eğitimlerini başarıyla tamamlamış, bu alanda çalışmaya gönüllü olan, uzman hekim, psikolog, sosyal çalışmacı, sosyal hizmet uzmanı veya çocuk psikolojisi ve çocuk gelişimi alanında yüksek lisans yapmış olan hemşire gibi meslek elemanları adli görüşmeci olarak hizmet vermektedir. Adli görüşmeciler çocuğun merkeze getirilmesinden sonraki tüm süreçte çocukla birebir aktif bir şekilde iletişimde olarak çocuğun ön görüşmesini ve adli görüşmesini, çocuğun yüksek yararını gözetecek ve önceliği çocuğun ikincil örselenmesini engellemek olacak şekilde yürütecek olan kişilerdir. Bu nedenle adli görüşmecilerin çocukla iletişim alanında işinin ehli olması, çocuğun psikolojik durumunu ve gelişimini iyi tahlil edebilecek bir yapıda olması gerekmektedir. Adli görüşmeciler, adli görüşme esnasında çocuktan yaşadığı olaylarla ilgili olabildiğince çok ve ayrıntılı bilgiyi çocuğu örselemeden alarak alınan bu bilgilerin mağdur görüşme tutanağına geçirilmesi ve daha sonra da adli görüşme raporunun hazırlanması görevlerini yerine getirmektedir (Aydemir & Yurtkulu, 2012; Bağ & Alşen, 2016; Bilginer & Çalışkan, 2018; Orhan, Ulukol & Canbaz, 2019; Yüksel ve ark., 2013).

Aile görüşmecisi: Aile görüşmecisi, çocukla adli görüşmeyi yapmamış ve merkezde görevli diğer adli görüşmecilerden biridir. Aile görüşmecisi, çocuğu istismar etmemiş olan ve çocuğun yanında gelen aile bireyleriyle görüşme yaparak çocukla ve yaşanan olayla ilgili bilgiler alır ve aileye ilk danışmanlık hizmetini sağlar (Aydemir & Yurtkulu, 2012; Bağ & Alşen, 2016; Yüksel ve ark., 2013).

Sorumlu hekim: Çocuk izlem merkezindeki hizmetlerin ekip olarak yürütülmesini sağlamak için planlamayı yapan, merkezin idari işlemlerinden sorumlu olan hekimdir.

Genellikle adli tıp uzmanı veya çocuk psikiyatri uzmanı branşlarından biri görev yapmaktadır, fakat bu branşların olmadığı veya görevlendirilemediği yerlerde pratisyen hekimler de ÇİM sorumlu hekimi olarak görevlendirilebilmektedir (Bağ & Alşen, 2016).

Hemşire: Merkezde yapılacak adli muayeneyle ilgili organizasyonu sağlayarak, muayene için gerekli olan ekipmanı hazırlar. Adli muayenesi yapılacak çocuğa muayene hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirilme yapar ve muayeneye hazırlanmasını sağlar. Muayene sırasında doktora eşlik ederek çocuk üzerinden alınan delillerin uygun bir şekilde paketlenmesi ve teslime hazır hale getirilmesi konusunda hekime yardımcı olur. Ayrıca bulaşıcı hastalık ve gebelik tespitine yönelik olarak alınması gereken numuneyi alarak laboratuvara ulaştırılmasını organize eder (Bağ & Alşen, 2016; Bilginer & Çalışkan, 2018).

Kolluk görevlisi: Merkezde 7/24 çalışma usulüne uygun olacak şekilde bir kolluk görevlisi bulunması gerekmektedir. Kolluk görevlisi merkezde çalışan personelin ve merkeze getirilen çocukların ve yakınlarının güvenliğinden sorumlu olmakla birlikte çocuğun merkeze intikali sırasında çocuğu getiren diğer kolluk görevlileriyle olan irtibatı sağlamakla da yükümlüdür.

Sekreter: Merkezdeki tüm sekreterya işlerinin, istatistik ve veri depolama işlemlerinin yürütülmesinden sorumludur. Çocuğun merkeze intikal ettirilmesinden sonra ilk karşılamayı ve kolluk görevlilerinin yönlendirilmesini de yapabilmektedir. Adli görüşmeciler tarafından yazılan adli görüşme değerlendirme raporu ve görüşme CD'sinin adliyeye gönderimini sağlamaktadır.

Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü (ASHİM) temsilcisi: Merkezde adli işlemleri gerçekleştirilen çocukların adli görüşmelerini izler, gerekli hallerde ailelerle görüşme yaparak risk bulunan durumlarda savcının talimatı doğrultusunda kurumuyla irtibata geçerek çocuğun kuruma teslim edilmesini sağlar. Sosyal inceleme yaparak rapor hazırlar ve savcılığa iletir.

Ayrıca Çocuk Koruma Kanununa istinaden çocuğun ihtiyacına göre bakım, barınma, sağlık, eğitim, danışmanlık tedbiri ya da ayni-nakdi yardım hizmetlerine yönelik işlemleri yürütür (Bağ &Alşen, 2016; Bilginer & Çalışkan, 2018).

2.7.5. Çocuk Psikiyatrisi

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB-Union of European Medical Specialities) (ATUB, 2001; akt., Karabekiroğlu ve ark., 2004) tarafından 18 yaş altındaki çocukların, alanında yetkinleşmiş hekimlerce tıbbi yöntem ve yaklaşımlarla belli bir standart çerçevesinde ruh sağlığının korunması, ruh sağlığı problemlerine yönelik tanı konması ve buna uygun tedavisinin yürütülmesi olarak tanımlanan çocuk ve ergen psikiyatrisi bir başka tanıma göre, çocuğu içinde bulunduğu gelişim dönemi, biyolojik ve genetik yapısı, içinde yetiştiği aile, sosyal çevre ve çevrenin çocuk üzerindeki etkileri ile birlikte bütüncül bir şekilde değerlendiren, tanı ve tedavisini yürüten aynı zamanda da koruyucu ve önleyici ruh sağlığı alanlarında da çalışmalar yapan bir bilim dalıdır (Kerimoğlu, 1992). Santayana (1948) ise çocuk psikiyatrisini, çocukların normallikten uzaklaşan anormal davranışlarını inceleyen, olağandışı davranışların nedenlerini ortadan kaldırarak davranış sapmalarının önüne geçmeye ve hastaların toplumsal olarak işlevselliklerini sürdürmelerini sağlamaya çalışan bir bilim dalı olarak tanımlamıştır. Çocuk psikiyatrisinin gelişimi, özellikle Aydınlanma Çağı ve Fransız Devrimi sonrasında John Locke, J.J. Rousseau gibi filozofların da etkisiyle 17. ve 18. yüzyıllarda çocukluğun yetişkinlikten ayrı bir dönem olduğu ve çocuğa ayrı muamele edilmesi gerektiği görüşünün gelişmesiyle başlamıştır (Korkmazlar-Oral, 1998). 20.yüzyılda daha sistemli bir hal alarak ABD'de 1930'lu yıllarda, ülkemizde de 1950'li yıllarda ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir ve günümüzde çalışmalarına devam etmektedir (Kerimoğlu, 1992; Polvan, 2000). Çocuk psikiyatrisi teori ve pratiği sadece tıp alanının değil eğitim, gelişim, felsefe ve psikoloji gibi pek çok alanın bilgisi ile büyüme göstermektedir (Chess & Hassibi, 2013).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

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

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, cinsel istismara uğrayan çocukların; çocuk psikiyatrisinde takibi yapılan çocukların ve herhangi bir travmatik yaşantıya maruz kalmamış çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmada Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Çocuk İzlem Merkezine başvuran çocukların ebeveynleri, Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'nde takibi yapılan çocukların ebeveynleri ve çocuğunda herhangi bir travmatik yaşantının olmadığını bildiren ebeveynler arasından amaçlı örnekleme yöntemiyle her üç gruptan 100'er kişi olmak üzere toplam 300 ebeveyne ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın örneklemini; Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Çocuk İzlem Merkezi'ne başvuran çocuğu olan 109 ebeveyn, Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'nde takibi yapılan çocuğu olan 100 ebeveyn ve Kocaeli-İzmir illerinde normal popülasyondan (herhangi bir travmatik yaşantı

deneyimlemeyen çocukların ebeveynleri) 104 ebeveyn olmak üzere yaşları 25-45 (yaş ort=38.57; ss=5.076) aralığındaki toplam 313 ebeveyn oluşturmaktadır.

Örneklem Büyüklüğü: Çocuk İzlem Merkezine başvuran çocukların ebeveynleri, çocuk psikiyatri kliniğinde takibi yapılan çocukların ebeveynleri ve çocuğunun herhangi bir travmatik yaşantıya maruz kalmamış olduğunu bildiren normal popülasyonda yer alan katılımcıların araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Minimum örnek genişliğini belirlemek için PS version 3.0 paket programı kullanılmıştır. Design kısmından ilk seçenek olarak "*Independent*", vakalarla yapılan bir çalışma olduğu ve ileriye dönük bir araştırma olduğu için "*Case-control*" üçüncü sırada "*Two proportions*" ve dördüncü sırada ise "*Uncorrected chi-square test*" seçilmiştir. Input kısmında alpha değeri .05, testin gücü .80, p0 değeri .60, p1 değeri .40 ve kontrol grubu sayısı anlamına gelen "*m*" değeri ise 2 olarak yazıldıktan sonra her bir grup için araştırmada yer alması gereken katılımcı sayısı 72 olarak bulunmuştur (Kul, 2011).

Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri:

1. Birinci grup ebeveynler; çocuğu cinsel istismara maruz kalmış, 20-45 yaş aralığında olan ve okuma-yazma bilenler
2. İkinci grup ebeveynler; çocuğu psikiyatrik bir tanı almış ve çocuk psikiyatri kliniğinde takibi yapılan, 20-45 yaş aralığında olan ve okuma-yazma bilenler
3. Üçüncü grup ebeveynler; ebeveyn bildirimine göre çocuğu hem herhangi bir travmatik yaşantıya maruz kalmamış hem de psikiyatrik tanı almamış, 20-45 yaş aralığında olan ve okuma-yazma bilenler

Çalışmanın Dışlama Kriterleri:

1. Okuryazar olmamak

2. 20-45 yaş aralığında olmamak
3. Alkol/madde etkisi altında olmak
4. Araştırmaya katılmaya engel olabilecek düzeyde agresyon, eksitasyon riskine ya da hostil tutuma sahip olmak
5. Veri toplama araçlarının doldurulmasını kısıtlayabilecek fiziksel engeli olmak

Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri ve Bu Durumda Yapılan Uygulamalar:

Çalışma süresince toplam 418 katılımcıya ulaşılmış olup bu katılımcılardan 67 kişi kendisini fiziksel açıdan rahatsız hissettiği veya çalışmaya devam etmek istemediği için uygulamadan çıkarılmıştır ve o ana kadar doldurduğu anketler araştırmacı tarafından imha edilmiştir. Bunun yanı sıra 38 kişinin ölçeği de eksik veya hatalı doldurulduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir ve imha edilmiştir, toplamda 105 kişi çalışmadan çıkarılmıştır ve çalışma 313 kişiyle tamamlanmıştır. Araştırmanın uygulamaları Ocak 2020-Mayıs 2022 arasında gerçekleştirilmiştir. Doktora tez çalışmamızın uygulamaları gönüllü katılımcıların, mesai saatleri içerisinde çocuklarının görüşmeleri bitene kadar ve normal popülasyonda yüz yüze görüşmelerde verilen ölçeklerin katılımcılar tarafından doldurulmasıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından çalışmaya alınmak istenen kişilere çalışmanın amacı ve yöntemiyle ilgili bilgi verildikten sonra ilgili araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara anketler verilmiştir ve kendilerini rahatsız hissettikleri anda çalışmadan çıkabilecekleri kendilerine bildirilmiştir. Kullanılan anket ve ölçekler araştırmacı tarafından en az 5 yıl süre ile güvenli bir yerde saklanacaktır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini toplamak amacı ile A.K. ve E.Ö. tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, üç grup için ortak sorular içerdiği gibi grupların

özelliklerine göre her grupta farklı sorular da içermektedir. Çocuğu ÇİM'e başvuran ebeveynlere sosyodemografik bilgileri, ailede herhangi bir fiziksel veya ruhsal hastalık olup olmadığı, ebeveynin intihar düşünce ve davranışlarının olup olmadığı, aile içi ilişkilerin durumunu, çocuğa yönelik istismarın tipi, sayısı, istismarcının cinsiyeti ve yakınlık derecesini belirlemeye yönelik 33 soruluk, çocuğu psikiyatrik tanıyla takip edilen ebeveynlere sosyodemografik bilgileri, ailede herhangi bir fiziksel veya ruhsal hastalık olup olmadığı, ebeveynin intihar düşünce ve davranışlarının olup olmadığı, aile içi ilişkilerin durumunu, çocuğun psikiyatrik tanısı ve ne kadar süredir tedavi gördüğünü belirlemeye yönelik 31 soruluk ve ebeveyn bildirimine göre herhangi bir travmatik yaşantıya maruz kalmamış çocukların ebeveynlerine yönelik sosyodemografik bilgileri, ailede herhangi bir fiziksel veya ruhsal hastalık olup olmadığı, ebeveynin intihar düşünce ve davranışlarının olup olmadığı, aile içi ilişkilerin durumunu belirlemeye yönelik 29 soruluk anketlerden oluşmaktadır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen ölçek beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. 70 maddeden oluşan ölçek, çocukluk ve ergenlik dönemindeki travma ve ihmal yaşantılarını saptamaya yönelik hazırlanmıştır. 1995 yılında 54 maddeye düşürülen ölçeğin soruları 5 alt bölüme ayrılmıştır. Bernstein ve arkadaşları tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha katsayıları .79-.94 olarak bulunmuş ve bu sonuç da ölçeğin güvenirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Bernstein ve ark., 1994; Uzun, 2013). Şar, Öztürk & İkikardeş (2012) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek 28 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler; fiziksel istismarı, duygusal istismarı, cinsel istismarı, fiziksel ihmali ve duygusal ihmali ölçmektedir. Aynı zamanda travmayı küçümsemeye yönelik 3 minimizasyon maddesi de ölçekte yer almaktadır. Duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle, duygusal

(emosyonel) ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanları hesaplanmadan önce 2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28 maddeler ters madde oldukları için yanıtlar çevrilmiştir (Örneğin, 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana çevrilir). Beşli likert tipi olan ölçekte seçenekler; 1=hiçbir zaman ile 5=çok sık arasında verilmiştir.10, 16, 22 numaralı maddeler minimizasyonla ilgili maddeler olduğundan ters çevrilmez. Maddelerden elde edilen puanların yüksekliği, çocukluk çağı travmalarının sıklığını belirtmektedir. Ölçeğin alt puanları 5-25, toplam puan ise 25-125 arasındadır (Şar, Öztürk & İkikardeş, 2012). Bu çalışmada Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin araştırmanın örneklemi için iç tutarlık katsayıları incelendiğinde toplam iç tutarlılık katsayısı .64; duygusal istismar .74, fiziksel istismar .89; fiziksel ihmal .58; duygusal ihmal .84; cinsel istismar .90 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ölçek kişilerin bilişsel ve duygusal başa çıkabilme becerileri gibi alanlarda ortaya çıkan depresif belirtilerini ölçme amaçlı olarak kullanılan ve 21 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçeğin sonuçlarına bakıldığında depresyonun türlerinden ziyade depresyonun derecesinin nesnel olarak ifade edilmesi amaçlanmıştır (Beck ve ark., 1961). Ölçeğin her bir maddesi depresyona özgü belirtilerin derecesini ölçmeyi amaçlamaktadır ve her maddenin içeriğinde son bir haftadaki depresif belirtileri tanımlayabilecek, 4'lü likert tipinde olan, 0-3 arası puanlanan kendini değerlendirme cümleleri vardır. Depresyona özgü belirtiler olarak; depresif duygudurum, karamsarlık, başarısız hissetme, doyum alamama, suçluluk hissi, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal içe çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamaz duruma gelme, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah değişiklikleri, kilo kaybı, somatik semptomlar ve libido kaybını içeren cümleler üzerinden değerlendirme yapılmaktadır (Hisli, 1989). Türkçe uyarlaması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin .65 ve .73 arasında

olduğu saptanmıştır. Cronbach alfa değeri 0.80 bulunmuştur ve ölçekte toplam puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. 17 ve üzeri puan alanların depresif belirtiler gösterdiği kabul edilmektedir (Aydemir & Köroğlu, 2009; Hisli, 1989). Bu çalışmada araştırmanın örneklemi için Beck Depresyon Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Dissosiyatif yaşantıları taramada ve şiddetini ölçmede kullanılan ölçek Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilmiştir ve 28 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar her soru için soru altında sıfırdan yüze kadar 10'ar puan aralıklarla sıralanmış olan diyagram üzerinde işaretleme yaparak, o yaşantının ne sıklıkta olduğunu belirtir. Ölçekten alınan toplam puanın aritmetik ortalaması DES skorunu vermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalar ile ortalama puanı 30 ve üzerinde olan psikiyatri hastalarında bir Dissosiyatif Bozukluk bulunma olasılığı yüksek olarak belirlenmiş ve ölçeğin bu çalışmadaki kesme puanı 30 olarak kullanılmıştır (Aydemir & Köroğlu, 2009). Yargıç, Tutkun ve Şar (1995) tarafından ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirliği, geç ergenlik dönemindeki üniversite öğrencilerinin de yer aldığı klinik dışı ve klinik popülasyonlar kullanılarak iki ayrı çalışmada gösterilmiştir (Şar, Kundakçı & Kızıltan, 1997; Yargıç, Tutkun & Şar, 1995). Ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa 0.97), Gutman yarım test r=0.95 ve test tekrar test korelasyonu r=0.77 ile yüksek değerlere sahiptir. Bu çalışmada araştırmanın örneklemi için Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .94 olarak bulunmuştur.

3.3.5. Kişisel ve Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği

Çalışmada kullanılan Genel ve Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçekleri ayrı şekilde geliştirilmiş iki ölçek olmasına rağmen uygulamada birlikte verilmektedir. İlk 7 madde Kişisel Adil Dünya İnancı'nı, son 6 madde Genel Adil Dünya İnancı'nı ölçmektedir. Ölçekler

Dalbert tarafından (1987/1999) geliştirilmiş olup Göregenli (2003) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Dalbert (1999), Genel Adil Dünya İnancı Ölçeğinin güvenirlik katsayısını .78 olarak, Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği için güvenirlik katsayısını .86 olarak hesaplamıştır. Göregenli (2003) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Genel Adil Dünya İnancı Ölçeğinin güvenirlik katsayısını .69 olarak, Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeğinin güvenirlik katsayısını .85 olarak bulmuştur. Bu ölçek kişilerin dünyayı ne kadar adil olarak gördüklerini ve dünyanın kendilerine karşı ne kadar adil olduğunu değerlendirmeyi hedeflemektedir (Göregenli, 2003). Ölçek 5'li likert tipi ölçek şeklindedir ve öz bildirime dayalıdır. Ölçek "Tamamen katılıyorum (1), katılıyorum (2), biraz katılıyorum (3), biraz katılmıyorum (4), tamamen karşıyım (5)" cevaplarından biri seçilerek yanıtlanmaktadır. Ölçek maddelerinin tamamı puanlama yapılırken ters çevrilmektedir. Bu çalışmada araştırmanın örneklemi için ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .85 bulunmuştur. Alt boyutlar kişisel adil dünya inancı için .83; genel adil dünya inancı için .77 olarak bulunmuştur.

3.4. İstatistiksel Analiz

3.4.1.Normallik Varsayımının Test Edilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 istatistik programı ile analize tabi tutulmuştur. İstatistiksel analizlere geçilmeden önce katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadıkları çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Tabachnick ve Fidell (2013) normallik varsayımının karşılanması için çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±1.5 aralığında olmasının yeterli olacağını; George ve Mallery (2010) normallik varsayımının karşılanması için çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±2 aralığında olmasının yeterli olacağını; Hair ve arkadaşları (2010) ile Bryne (2010) çarpıklık (Skewness) değerinin ±2 ve basıklık (Kurtosis) değerinin ±7 aralığında olması durumunda verilerin normal dağıldığının kabul edilebileceğini bildirmişlerdir.

Tablo I. Çalışmanın Temel Değişkenlerinin Normallik Dağılımı

	Grup	N	ORT	SS	Puan Aralığı	Skewness	Kurtosis
Çocukluk Çağı Travmaları	ÇİM	109	46.57	10.414	35-92	**2.054**	5.688
	PSK	100	46.41	8.884	36-84	1.980	4.979
	ÇTYMKE	104	43.01	8.120	33-82	**3.098**	**11.304**
	Toplam	313	45.34	9.330	33-92	**2.257**	6.423
Travmanın İnkarı	ÇİM	109	.93	.950	0-3	.479	-1.068
	PSK	100	.72	.944	0-3	1.033	-.112
	ÇTYMKE	104	.88	.972	0-3	.772	-.537
	Toplam	313	.84	.956	0-3	.738	-.669
Fiziksel İhmal	ÇİM	109	10.07	2.094	5-17	.931	1.653
	PSK	100	9.93	1.855	6-18	1.549	3.318
	ÇTYMKE	104	9.84	1.724	7-16	1.683	2.529
	Toplam	313	9.95	1.897	5-18	1.318	2.328
Duygusal İhmal	ÇİM	109	12.80	3.352	8-21	.654	-.370
	PSK	100	12.54	3.540	5-22	.530	.214
	ÇTYMKE	104	11.64	2.720	9-21	1.303	1.527
	Toplam	313	12.33	3.249	5-22	.791	.242
Duygusal İstismar	ÇİM	109	6.77	2.983	5-20	**2.015***	3.993
	PSK	100	6.63	2.877	5-19	**2.541***	6.676
	ÇTYMKE	104	6.31	2.386	5-17	**2.532***	**7.076***
	Toplam	313	6.57	2.761	5-20	**2.339***	5.646
Fiziksel İstismar	ÇİM	109	5.88	2.883	5-22	**4.617***	**21.994***
	PSK	100	5.57	1.689	5-13	**3.334***	**10.369***
	ÇTYMKE	104	5.34	1.439	5-14	**5.071***	**26.720***
	Toplam	313	5.60	2.125	5-22	**5.166***	**30.835***
Cinsel İstismar	ÇİM	109	5.72	2.575	5-23	**4.942***	**27.257***
	PSK	100	5.37	1.475	5-16	**5.273***	**31.590***
	ÇTYMKE	104	5.27	1.515	5-18	**7.214***	**55.213***
	Toplam	313	5.46	1.944	5-23	**5.919***	**40.074***
Beck Depresyon Toplam	ÇİM	109	14.93	11.412	0-49	.764	-.052
	PSK	100	11.81	9.757	0-41	.965	.874
	ÇTYMKE	104	8.73	6.518	0-29	.951	.784
	Toplam	313	11.87	9.791	0-49	1.099	1.047
Dissosiyatif Yaşantılar	ÇİM	109	45.82	42.893	0-221	1.491	2.216
	PSK	100	28.69	38.048	0-215	**2.810***	**9.215***
	ÇTYMKE	104	26.93	20.297	0-88	.977	.267
	Toplam	313	34.07	36.148	0-221	**2.200***	6.034
Adil Dünya İnancı Toplam	ÇİM	109	39.83	7.969	19-65	.200	.163
	PSK	100	38.68	7.860	23-61	.311	.094
	ÇTYMKE	104	41.85	8.874	17-65	.413	.988
	Toplam	313	40.13	8.323	17-65	.356	.550
Kişisel Adil Dünya İnancı	ÇİM	109	19.69	5.407	7-35	.337	.076
	PSK	100	20.19	4.838	11-33	.493	-.006
	ÇTYMKE	104	22.63	5.216	10-35	.294	.380
	Toplam	313	20.82	5.309	7-35	.338	.095
Genel Adil Dünya İnancı	ÇİM	109	20.15	3.993	8-30	-.379	.516
	PSK	100	18.49	4.466	7-30	-.073	.161
	ÇTYMKE	104	19.22	4.382	6-30	.103	.675
	Toplam	313	19.31	4.319	6-30	-.135	.330

**Normal dağılım varsayımı karşılanmadı. ÇİM:Çocuk İzlem Merkezi Grubu, PSK:Psikiyatri Kliniği Grubu, ÇTYMKE:ÇocuğuTravmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu*

Tablo I'de katılımcıların ölçeklerden aldıkları en düşük ve en yüksek puanlar, ortalamalar, standart sapmalar ile çarpıklık ve basıklık değerleri verilmiştir. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutlarından alınan puanların, Beck Depresyon Envanterinden ve Adil Dünya İnancı Ölçeği ve alt ölçekleri kişisel adil

dünya inancı ve genel adil dünya inancı puanlarının normal dağılım sergilediği ancak, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanlarının, ölçeğin duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar alt ölçeklerinden alınan puanların ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanların normal dağılım sergilemedikleri belirlenmiştir. Bunun üzerine Grande'nin (2015) önerdiği gibi karekök transformasyon işlemi yapılmıştır. Grande pozitif değer alan çarpıklık değerlerinin kareköklerinin alınması yoluyla bu işlemin yapılabileceğini, işlem sonucunda elde edilen yeni puanların normal dağılım sağlayabileceğini bildirmiştir.

Tablo II. Karekök Transformasyon İşlemi Sonrası Normallik Varsayımının Test Edilmesi

	N	Puan Aralığı	ORT	SS	Skewness	Kurtosis
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	313	6-10	6.70	.638	1.869	4.412
Duygusal İstismar	313	2-4	2.52	.463	1.932	3.401
Fiziksel İstismar	313	2-5	2.34	.342	**4.395***	**21.786***
Cinsel İstismar	313	2-5	2.32	.311	**5.124***	**29.386***
Dissosiyatif Yaşantılar Toplam	313	0-15	5.15	2.753	.812	.759

**Normal dağılım varsayımını karşılamadı*

Tablo II'de belirtilen ölçek ve alt ölçeklerin pozitif çarpıklık değeri için karekök transformasyon işlemi sonrası normal dağılım bulguları verilmiştir. Karekök transformasyon işlemi sonrasında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin fiziksel istismar ve cinsel istismar alt ölçeklerinden alınan puanların normal dağılım sergilemediği, daha önce normal dağılım göstermeyen Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ve ölçeğin duygusal istismar alt ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden alınan puanların normal dağılım sergilediği görülmüştür (bkz. Tablo I). Normal dağılım varsayımına ilişkin bulguların değerlendirilmesi sonucunda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin fiziksel istismar ve cinsel istismar alt ölçeklerinden alınan puanlarla yürütülen analizlerde nonparametrik testler, diğer ölçek ve alt ölçeklerden alınan puanlarla yürütülen analizlerde ise parametrik testler kullanılmıştır.

3.4.2. Çalışmadaki Temel Değişkenlerin İstatiksel Analiz Yöntemleri

Araştırmanın betimleyici analizleri katılımcıların sosyodemografik bilgi formunda verdikleri yanıtlarla ilgili olarak yürütülmüştür. Sosyodemografik bilgi formunda yer alan soruların yanıtlanma şekline göre kategorik değişken niteliğinde olan değişkenler için frekans dağılım ve yüzdelikler hesaplanmış, ayrıca bu dağılımların araştırmada yer alan gruplar bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için de Ki-Kare testi yürütülmüştür. Sosyodemografik formda sürekli değişken niteliğinde olan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar hesaplanmış, ayrıca bu ortalamaların araştırmada yer alan gruplar bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için tek yönlü varyans analizi yürütülmüştür.

Gruplar arası karşılaştırmalarda, parametrik testlerin kullanıldığı durumda bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi, nonparametrik testlerin kullanıldığı durumda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Posthoc testler yürütüldüğünde ise parametrik testler kullanıldığında Tukey testi, nonparametrik testler kullanıldığında Mann-Whitney U testi yürütülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmalarda katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar bağımlı değişken olarak; katılımcıların bulundukları gruplar (Çocuk İzlem Merkezi grubu, çocuk psikiyatri grubu ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubu) bağımsız değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. İlişkisel analizlerde yürütülen korelasyon analizleri için parametrik testlerin kullanıldığı durumda Pearson korelasyon analizi, nonparametrik testlerin kullanıldığı durumda Spearman korelasyon analizi yürütülmüştür. Korelasyon analizlerinde ölçeklerden alınan puanlar ve sosyodemografik bilgi formunda sürekli değişken niteliğindeki değişkenler araştırmanın değişkenlerini oluşturmuştur. İlk olarak çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları, dissosiyatif yaşantılar, depresyon ve adil dünya inancı ile alt boyutları kendi aralarında korelasyon analizine sokulmuştur. İkinci olarak bu ölçek puanları ile

sosyodemografik bilgi formunda sorulan ve sürekli değişken niteliğindeki aile bireyleri ile ilişki düzeyleri ve aile ile vakit geçirme süreleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Regresyon analizleri ve çoklu regresyon içeren aracı değişken analizlerinin yürütülmesi için normal dağılım koşulu dikkate alınarak modeller oluşturulmuştur. Normal dağılım göstermeyen puanlar regresyon analizlerinde modele girmemişlerdir. Regresyon analizinde her grup için ayrı analizler yürütülmüştür. Regresyon analizinde bağımlı değişken depresyon, bağımsız değişkenler ise çocukluk çağı travmalarının alt boyutları, dissosiyatif yaşantılar ve adil dünya inancı olarak belirlenmiştir. Aracı değişken analizleri Baron ve Kenny'nin (1986) önerdiği adımlarla yürütülmüştür. Baron ve Kenny'nin (1986) adımlarına göre aracı değişken analizinin karşılaması gereken adımlardan ilki bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni anlamlı düzeyde yordaması, ikincisi bağımsız değişkenin aracı değişkeni anlamlı düzeyde yordaması, üçüncüsü aracı değişken modele girdikten sonra bağımlı değişkeni yordamaya devam etmesi ve dördüncü adımda bağımsız değişkenin aracı değişkenle birlikte bulunduğu modelde regresyon katsayısında azalma olması ya da tamamen anlamını kaybetmesidir. Son adımda bağımsız değişken anlamlılığını yitirirse bu aracı değişkenin tam aracılık etkisine, anlamlılığı devam eder ancak regresyon katsayısı azalırsa kısmi aracılık etkisine işaret eder. Regresyon katsayısındaki düşüşün anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için ise Sobel testi yürütülmüştür. Aracı değişken analizinde ebeveynlerin bulundukları grup kontrol değişkeni olarak modele girmiştir. Modelin bağımsız değişkeni çocukluk çağı travmaları, bağımlı değişkeni depresyon ve aracı değişkeni dissosiyatif yaşantılar olarak belirlenmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezlerine uygulanan istatistiksel analizlerin sonuçları yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Betimsel Bulguları

Tablo III. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Çocuk İzlem Merkezi		Psikiyatri Kliniği		ÇTYMKE		Toplam		χ^2
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	23_a	21.1	52_b	52.0	51_b	49.0	126	40.3	25.699*
	Kız	86_a	78.9	48_b	48.0	53_b	51.0	187	59.7	
Ebeveynin Cinsiyeti	Erkek	38_a	34.9	22_b	22.0	$33_{a,\ b}$	31.7	93	29.7	4.435
	Kadın	71_a	65.1	78_b	78.0	$71_{a,\ b}$	68.3	220	70.3	
Ebeveynin Eğitim Düzeyi	Okuryazar	$3_{a,}$	2.8	4_b	4.0	0_a	0.0	7	2.2	68.411*
	İlkokul	32_a	29.4	20_a	20.0	8_b	7.7	60	19.2	
	Ortaokul	27_a	24.8	17_a	17.0	6_b	5.8	50	16.0	
	Lise	32_a	29.4	34_a	34.0	27_a	26.0	93	29.7	
	Üniversite	15_a	13.8	25_b	25.0	63_c	60.6	103	32.9	
Ebeveynin Medeni Durumu	Bekar	1_a	0.9	1_a	1.0	0_a	0.0	2	0.6	12.611
	Evli	84_a	77.1	$85_{a,\ b}$	85.0	97_b	93.3	266	85.0	
	Dul	2_a	1.8	2_a	2.0	0_a	0.0	4	1.3	
	Boşanmış	21_a	19.3	$11_{a,\ b}$	11.0	7_b	6.7	39	12.5	
	Diğer	1_a	0.9	1_a	1.0	0_a	0.0	2	0.6	
Ebeveynin Çalışma Durumu	Çalışmamış	46_a	42.2	48_a	48.0	17_b	16.3	111	35.5	42.379*
	0-4 yıl	17_a	15.6	6_b	6.0	5_b	4.8	28	8.9	
	5-9 yıl	6_a	5.5	8_a	8.0	19_b	18.3	33	10.5	
	10 yıl üstü	40_a	36.7	38_a	38.0	63_b	60.6	141	45.0	
Ebeveynin Mesleği	Çalışmıyor	46_a	42.2	48_a	48.0	17_b	16.3	111	35.5	64.924*
	İşçi	32_a	29.4	22_a	22.0	21_a	20.2	75	24.0	
	Memur	10_a	9.2	8_a	8.0	46_b	44.2	64	20.4	
	Emekli	2_a	1.8	6_a	6.0	6_a	5.8	14	4.5	
	Diğer	19_a	17.4	16_a	16.0	14_a	13.5	49	15.7	
Gelir Düzeyi	2000 TL altı	21_a	19.3	3_b	3.0	5_b	4.8	29	9.3	73.104*
	2001-3000 TL	43_a	39.4	8_b	8.0	22_c	21.2	73	23.3	
	3001-4000 TL	24_a	22.0	17_a	17.0	22_a	21.2	63	20.1	
	4001 TL üstü	21_a	19.3	72_b	72.0	55_c	52.9	148	47.3	
Maddi Yardım	Hayır	100_a	91.7	87_a	87.0	104_b	100	291	93.0	13.570*
	Evet	9_a	8.3	13_a	13.0	0_b	0.0	22	7.0	
	Toplam	109	100.0	100	100.0	104	100.0	313	100.0	

**p≤.05*

$_{a, b, c}$ *alt indisler dağılım farkına işaret eder. ÇTYMKE: ÇocuğuTravmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu*

Tablo III'de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler ile bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizine ait bulgular verilmiştir. Gruplara göre çocukların cinsiyet dağılımları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=25.699; p=.000]. Psikiyatri kliniğinde takibi yapılan çocuklar ile çocuğu travmatik

yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki çocukların cinsiyetlere dağılımları arasında anlamlı fark bulunmazken Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%21.1) erkek çocukların sayısı psikiyatri kliniği grubundaki (%52) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki (%49) erkek çocukların sayısından anlamlı düzeyde düşük; Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%78.9) kız çocukların sayısı psikiyatri kliniği grubundaki (%48) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki (%51) kız çocukların sayısından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gruplara göre çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlere dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gruplara göre çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=68.411; p=.000]. İlkokul mezunu ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%29.4) ve psikiyatri kliniği grubunda (%20) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre (%7.7) anlamlı düzeyde yüksek; ortaokul mezunu ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%24.8) ve psikiyatri kliniği grubunda (%17) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre (%5.8) anlamlı düzeyde yüksek; üniversite mezunu ebeveynlerin sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%60.6) psikiyatri kliniği grubundakinden (%25) ve Çocuk İzlem Merkezi grubundakinden (%13.8) anlamlı düzeyde yüksek; psikiyatri kliniği grubundaki üniversite mezunu ebeveyn sayısı ise Çocuk İzlem Merkezi grubundakinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre ebeveynlerin çalışma durumu dağılımları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(3)}$=42.379; p=.000]. Hiç çalışmamış ebeveyn sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%42.2) ve psikiyatri kliniği grubunda (%48) birbirine denk ancak çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakinden (%16.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 0-4 yıldır çalışan ebeveyn sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%15.6) psikiyatri kliniği (%6) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn

grubundakinden (%4.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 5-9 yıldır çalışan ebeveyn sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%18.3) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%5.5) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 10 yıl ve üstünde süredir çalışan ebeveyn sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%60.6) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%36.7) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%38) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre ebeveynlerin meslek dağılımları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=64.924; p=.000]. Çalışmayan ebeveyn sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%42.2) ve psikiyatri kliniği grubunda (%48) birbirine denk olup çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%16.3) anlamlı düzeyde yüksek bunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda memur ebeveyn sayısı (%44.2) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%9.2) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gruplara göre ebeveynlerin gelir düzeyi dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(3)}$=73.104; p=.000]. 2000 TL ve altında geliri olan ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%19.3) psikiyatri kliniği grubundakilerden (%3) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%4.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 2001-3000 TL geliri olan ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%39.4) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundan (%21.2) ve psikiyatri kliniği grubundan (%8) anlamlı düzeyde yüksek; çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda da psikiyatri kliniği grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 4001 TL ve üzerinde geliri olan ebeveynlerin sayısı psikiyatri kliniği grubunda (%72) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundan (%52.9) ve Çocuk İzlem Merkezi grubundan (%19.3) anlamlı düzeyde yüksek; çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda da Çocuk

İzlem Merkezi grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gruplara göre ebeveynlerin maddi yardım alma dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=13.570; p=.001]. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda hiç maddi yardım alan ebeveyn bulunmadığı; Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%8.3) ve psikiyatri kliniği grubunda (%13) maddi yardım alanların sayıları arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir. Anlamlı farklılık çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda hiç maddi yardım alan olmamasından kaynaklanmaktadır.

Tablo IV. Katılımcıların ve Çocuklarının Yaşlarına İlişkin Betimsel Veriler

		N	Yaş Aralığı	ORT	SS	F	p	Tukey Posthoc
Çocuğun Yaşı	Çocuk İzlem Merkezi	109	4-17	11.81	3.625	2.877	.058	
	Psikiyatri Kliniği	100	4-17	12.69	3.675			
	ÇTYMKE	104	4-17	11.46	3.990			
	Toplam	313	4-17	11.97	3.788			
Ebeveynin Yaşı	Çocuk İzlem Merkezi	109	27-45	37.98	4.809	4.591	.011*	Psk >ÇİM p:.023 Psk>ÇTYMKEp:.024
	Psikiyatri Kliniği	100	25-45	39.82	5.169			
	ÇTYMKE	104	27-45	37.97	5.087			
	Toplam	313	25-45	38.57	5.076			

*p≤.05, Psk: Psikiyatri Kliniği, ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi, ÇTYMKE:ÇocuğuTravmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Tablo IV'de katılımcıların bulundukları gruplara göre çocuklarının ve kendilerinin yaş ortalamaları, standart sapmaları ve ortalamalar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir. Gruplara göre katılımcıların çocuklarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalamaları 11.81; çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalamaları 12.69; çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalaması 11.46 bulunmuştur.

Gruplara göre katılımcıların yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-310)=4.591; p=.011]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi

sonucunda çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin yaş ortalamaları (ort=39.82) çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin yaş ortalamalarından (ort=37.98) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.023). Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin yaş ortalamaları (ort=39.82) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin yaş ortalamalarından (ort=37.97) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.024).

Tablo V. Katılımcıların Kendi Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri

		Çocuk İzlem Merkezi		Psikiyatri Kliniği		ÇTYMKE Grubu		Toplam		χ^2
		n	%	N	%	n	%	n	%	
Ebeveynlerin Annelerinin Mesleği	Çalışmıyor	80_a	73.4	78_a	78.0	70_a	67.3	228	72.8	9.535
	İşçi	8_a	7.3	3_a	3.0	5_a	4.8	16	5.1	
	Memur	1_a	0.9	1_a	1.0	4_a	3.8	6	1.9	
	Emekli	8_a	7.3	12_a	12.0	12_a	11.5	32	10.2	
	Diğer	12_a	11.0	6_a	6.0	13_a	12.5	31	9.9	
Ebeveynlerin Annelerinin Eğitimi	Okuryazar değil	33_a	30.3	27_a	27.0	7_b	6.7	67	21.4	37.757*
	Okuryazar	15_a	13.8	11_a	11.0	8_a	7.7	34	10.9	
	İlkokul	50_a	45.9	46_a	46.0	52_a	50.0	148	47.3	
	Ortaokul	4_a	3.7	6_a	6.0	16_b	15.4	26	8.3	
	Lise	6_a	5.5	7_a	7.0	18_b	17.3	31	9.9	
	Üniversite	1_a	0.9	3_a	3.0	3_a	2.9	7	2.2	
Ebeveynlerin Babalarının Mesleği	Çalışmıyor	9_a	8.3	3_a	3.0	5_a	4.8	17	5.4	22.696*
	İşçi	18_a	16.5	21_a	21.0	7_b	6.7	46	14.7	
	Memur	2_a	1.8	3_a	3.0	4_a	3.8	9	2.9	
	Emekli	51_a	46.8	55_a	55.0	75_b	72.1	181	57.8	
	Diğer	29_a	26.6	$18_{a, b}$	18.0	13_b	12.5	60	19.2	
Ebeveynlerin Babalarının Eğitimi	Okuryazar değil	$6_{a, b}$	5.5	9_b	9.0	2_a	1.9	17	5.4	24.320*
	Okuryazar	11_a	10.1	10_a	10.0	8_a	7.7	29	9.3	
	İlkokul	63_a	57.8	$48_{a, b}$	48.0	38_b	36.5	149	47.6	
	Ortaokul	15_a	13.8	15_a	15.0	20_a	19.2	50	16.0	
	Lise	10_a	9.2	15_a	15.0	29_b	27.9	54	17.3	
	Üniversite	4_a	3.7	3_a	3.0	7_a	6.7	14	4.5	
		109	100.0	100	100.0	104	100.0	313	100.0	

$p \leq 05$

$_{a, b, c}$ *alt indisler dağılım farkına işaret eder. ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu*

Tablo V'de katılımcıların kendi ebeveynlerinin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler ile dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Ebeveynlerin annelerinin mesleklerine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ebeveynlerin annelerinin eğitim düzeyine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}$=37.757; p=.000]. Annesi okuryazar

olmayanların sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%30.3) ve psikiyatri kliniği grubunda (%27) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilere göre (%6.7) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Annesi ortaokul mezunu olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%15.4) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%3.7) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%6) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Annesi lise mezunu olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%17.3) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%5.5) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%7) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer eğitim düzeylerinin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ebeveynlerin babalarının mesleklerine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=22.696; p=.004]. Babası işçi olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%6.7) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%16.5) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%21) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Babası emekli olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%72.1) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%46.8) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%55) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babası diğer mesleklerden olanların sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%26.6) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%12.5) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin babalarının eğitim düzeyine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}$=24.320; p=.007]. Babası okuryazar olmayanların sayısı psikiyatri kliniği grubunda (%9) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin sayısından (%1.9) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babası ilkokul mezunu olanların sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%57.8) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin sayısından (%36.5) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babası lise mezunu olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda

(%27.9) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%9.2) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%15) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer eğitim düzeylerinin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo VI. Ebeveynlerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Betimsel Bulgular

		Çocuk İzlem Merkezi		Psikiyatri Kliniği		ÇTYMKE		Toplam		χ^2
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara Kullanımı	Hayır	36_a	33.0	64_b	64.0	59_b	56.7	159	50.8	22.210
	Evet	73_a	67.0	36_b	36.0	45_b	43.3	154	49.2	
Alkol Kullanımı	Hayır	106_a	97.2	90_b	90.0	93_b	89.4	289	92.3	5.731
	Evet	3_a	2.8	10_b	10.0	11_b	10.6	24	7.7	
Madde Kullanımı	Hayır	109_a	100.0	100_a	100.0	104_a	100.0	313	100.0	-
	Evet	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-
Fiziksel Hastalık	Hayır	88_a	80.7	80_a	80.0	92_a	88.5	260	83.1	3.242
	Evet	21_a	19.3	20_a	20.0	12_a	11.5	53	16.9	
Ruhsal Hastalık	Hayır	101_a	92.7	83_b	83.0	99_a	95.2	283	90.4	9.718*
	Evet	8_a	7.3	17_b	17.0	5_a	4.8	30	9.6	
Ailede Fiziksel Hastalık	Hayır	62_a	56.9	62_a	62.0	51_a	49.0	175	55.9	3.538
	Evet	47_a	43.1	38_a	38.0	53_a	51.0	138	44.1	
Ailede Ruhsal Hastalık	Hayır	$100_{a, b}$	91.7	89_b	89.0	101_a	97.1	290	92.7	5.134
	Evet	$9_{a, b}$	8.3	11_b	11.0	3_a	2.9	23	7.3	
İntihar Girişimi	Hayır	101_a	92.7	93_a	93.0	104_b	100.0	298	95.2	12.754*
	1 kez	5_a	4.6	7_a	7.0	0_b	0.0	12	3.8	
	2-4 kez	3_a	2.8	0_a	0.0	0_a	0.0	3	1.0	
En Son İntihar Girişiminde Bulunma Zamanı	Hiç	101_a	92.7	93_a	93.0	104_b	100.0	298	95.2	9.253
	7-12 ay içinde	1_a	0.9	0_a	0.0	0_a	0.0	1	0.3	
	1 yıl ve öncesi	7_a	6.4	7_a	7.0	0_b	0.0	14	4.5	
İntihar Düşüncesi	Yok	108_a	99.1	93_b	93.0	103_a	99.0	304	97.1	10.136
	Nadiren	0_a	0.0	4_b	4.0	$1_{a, b}$	1.0	5	1.6	
	Arada	1_a	0.9	2_a	2.0	0_a	0.0	3	1.0	
	Her zaman	0_a	0.0	1_a	1.0	0_a	0.0	1	0.3	
	Toplam	109	100.0	100	100.0	104	100.0	313	100.0	

**p≤.05* $_{a, b, c}$ *alt indisler dağılım farkına işaret eder.ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu*

Tablo VI'da ebeveynlerin klinik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeler ve dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Ebeveynlerin sigara kullanımı bakımından gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=22.210; p=.000]. Çocuk İzlem Merkezi grubunda sigara kullananların sayısı (%67) psikiyatri kliniği grubundakilerden (%36) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn

grubundakilerden (%43.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin ruhsal hastalık bulunması bakımından gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=9.718; p=.008]. Psikiyatri Kliniği grubunda ruhsal hastalığı bulunan ebeveyn sayısı (%17) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%7.3) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%4.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin intihar girişimi bulunması bakımından gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=12.754; p=.013]. Çocuk İzlem Merkezi grubunda bir kez intihar girişiminde bulunanların sayısı (%4.6) ve psikiyatri kliniği grubunda bir kez intihar girişiminde bulunanların sayısı (%7) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%0) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer intihar girişimi dağılımları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Ebeveynlerin alkol kullanımı, madde kullanımı, fiziksel hastalık, ailede fiziksel hastalık, ailede ruhsal hastalık, intihar davranışı ve intihar düşünceleri dağılımlarına yönelik gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo VII. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stilleri

Çocuk Yetiştirme Stili	Çocuk İzlem Merkezi		Psikiyatri Kliniği		ÇTYMKE		Toplam		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Demokratik	$15_{a, b}$	13.8	10_b	10.0	24_a	23.1	49	15.7	
Baskıcı	$14_{a, b}$	12.8	21_b	21.0	11_a	10.6	46	14.7	
İlgisiz	$6_{a, b}$	5.5	7_b	7.0	1_a	1.0	14	4.5	16.641*
Mükemmeliyetçi	6_a	5.5	9_a	9.0	6_a	5.8	21	6.7	
Koruyucu	68_a	62.4	53_a	53.0	62_a	59.6	183	58.5	
Toplam	109	100.0	100	100.0	104	100.0	313	100.0	

*p≤.05 $_{a, b, c}$ *alt indisler dağılım farkına işaret eder. ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu*

Tablo VII'de ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerinin gruplara göre frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stilleri bakımından gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=16.641; p=.034]. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda demokratik stilde ebeveyne sahip ebeveynlerin

sayısı (%23.1) Çocuk İzlem Merkezi grubundakiler (%13.8) ile denk ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%10) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatri grubunda baskıcı stilde ebeveyne sahip ebeveynlerin sayısı (%21) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%12.8) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%10.6) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatri kliniği grubunda ilgisiz stilde ebeveyne sahip ebeveynlerin sayısı (%7) Çocuk İzlem Merkezi grubundakiler (%5.5) ile denk ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%1) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Mükemmeliyetçi ebeveyn stilinde ve koruyucu ebeveynlik stilinde ebeveyne sahip ebeveynlerin gruplara dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo VIII. Ebeveynlerin Evlilik Özellikleri

		Çocuk İzlem Merkezi		Psikiyatri Kliniği		ÇTYMKE		Toplam		χ^2
		n	%	N	%	n	%	n	%	
Eşle Akrabalık	Yok	96_a	88.1	91_a	91.0	103_b	99.0	290	92.7	9.988*
	Var	13_a	11.9	9_a	9.0	1_b	1.0	23	7.3	
Evlilik Şekli	Görücü	36_a	33.0	37_a	37.0	18_b	17.3	91	29.1	27.539 P=.001
	Zorla	1_a	0.9	2_a	2.0	0_a	0.0	3	1.0	
	Severek	54_a	49.5	53_a	53.0	76_b	73.1	183	58.5	
	Kaçarak	16_a	14.7	5_b	5.0	4_b	3.8	25	8.0	
	Diğer	2_a	1.8	3_a	3.0	6_a	5.8	11	3.5	
	Toplam	109	100.0	100	100.0	104	100.0	313	100.0	

*p≤.05 $_{a, b, c}$ *alt indisler dağılım farkına işaret eder. ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu*

Tablo VIII'de gruplara göre ebeveynlerin evlilik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler ile bu dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Ebeveynlerin eşle akrabalık durumlarına göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=9.988; p=.007]. Eşi ile akrabalığı bulunan Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin sayısı (%11.9) ve psikiyatri kliniği grubundakilerin sayısı (%9) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%1) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin evlilik şekline göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=27.537; p=.001]. Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%33) ve

psikiyatri kliniği (%37) görücü usulü ile evlenenlerin sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%17.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda severek evlenenlerin sayısı (%73.1) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%49.5) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk İzlem Merkezi grubunda kaçarak evlenenlerin sayısı (%14.7) psikiyatri kliniği grubundakilerden (%5) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%3.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo IX. Ebeveynlerin Aile İlişkileri

2-310		N	ORT	SS	F	P	Tukey Posthoc
Eşle ilişkisi	Çocuk İzlem Merkezi	109	2.98	1.178	7.999	**.000***	ÇTYMKE >ÇİM p=.030 ÇTYMKE > Psk. p=.000
	Psikiyatri Kliniği	100	2.77	1.062			
	ÇTYMKE	104	3.35	.856			
	Toplam	313	3.04	1.066			
Çocukla ilişkisi	Çocuk İzlem Merkezi	109	3.57	.644	9.791	**.000***	ÇTYMKE > Psk. p=.000 ÇİM> Psk. p=.002
	Psikiyatri Kliniği	100	3.24	.878			
	ÇTYMKE	104	3.64	.520			
	Toplam	313	3.49	.712			
Anneyle ilişkisi	Çocuk İzlem Merkezi	109	3.38	.869	2.239	.108	
	Psikiyatri Kliniği	100	3.25	.744			
	ÇTYMKE	104	3.48	.710			
	Toplam	313	3.37	.782			
Babayla ilişkisi	Çocuk İzlem Merkezi	109	3.31	.920	.214	.807	
	Psikiyatri Kliniği	100	3.24	.780			
	ÇTYMKE	104	3.25	.890			
	Toplam	313	3.27	.865			
Aile ile vakit geçirme	Çocuk İzlem Merkezi	109	2.95	1.022	3.506	**.031***	ÇTYMKE >Psk p=.023
	Psikiyatri Kliniği	100	2.77	.886			
	ÇTYMKE	104	3.12	.874			
	Toplam	313	2.95	.939			
*p≤.05	Psk:Psikiyatri Kliniği, ÇİM:Çocuk İzlem Merkezi, ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu						

Tablo IX'da ebeveynlerin gruplara göre aile ilişkileri ortalamaları, standart sapmaları ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir. Katılımcılar, 1-5 arasında "*çok kötü*"den "*çok iyi*"ye doğru değişen seçenekler arasından yanıtlarını vermiştir (1=çok kötü, 2=kötü, 3=orta, 4=iyi, 5=çok iyi). Ebeveynlerin gruplara göre eşle ilişki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=7.999; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin eşle ilişki ortalamaları (ort=3.35) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin ortalamalarından (ort=2.98) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.030). Aynı şekilde

çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin eşle ilişki ortalamaları (ort=3.35) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=2.77) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ebeveynlerin gruplara göre çocukla ilişki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=9.791; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin çocukla ilişki ortalamaları (ort=3.64) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=3.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.000). Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin çocukla ilişki ortalamaları (ort=3.57) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=3.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.002). Ebeveynlerin gruplara göre aile ile vakit geçirme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=3.506; p=.031]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin aile ile vakit geçirme ortalamaları (ort=3.12) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=2.77) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.023). Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

4.2. Çocuk İzlem Merkezi ve Psikiyatri Gruplarına Özgü Betimsel Bulgular

4.2.1. Çocuk İzlem Merkezi Grubu

Tablo X. Çocuk İzlem Merkezi Grubundaki Ebeveynlerin Çocuklarının Cinsel İstismar Bildirimlerine İlişkin Özellikler

		N	%
Çocuk İstismarı Tipi	Penetrasyon	10	9.2
	Dokunma	66	60.6
	Erken evlilik	1	0.9
	Reşit olmayanla ilişki	14	12.8
	Teşhir, sözel, vb.	18	16.5
İstismar Sayısı	1 kez	73	67.0
	2 kez	15	13.8
	3 kez	2	1.8
	4 kez	1	0.9
	5 ve üstü	18	16.5
İstismarcının Cinsiyeti	Erkek	108	99.1
	Kadın	1	0.9
İstismarcı Kimliği	Tanıdık	34	31.2
	Arkadaş sevgili	20	18.3
	Baba	3	2.8
	Üvey baba	2	1.8
	Gayrı resmi eş	1	0.9
	Akraba	19	17.5
	Kamu çalışanı	5	4.6
	Üvey anne	1	0.9
	Yabancı	24	22.0
	Toplam	109	100.0

Tablo X'da Çocuk İzlem Merkezi grubunda cinsel istismarın özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler verilmiştir. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarının yaşadığı istismar tipi dağılımları incelendiğinde, %9.2'sinin penetrasyona, %60.6'sının dokunmaya, %0.9'unun erken evliliğe, %12.8'inin reşit olmayanla cinsel ilişkiye, %16.5'inin teşhir ve sözel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarının istismar sayıları incelendiğinde, %67'sinin bir kez, %13.8'inin iki kez, %1.8'inin üç kez, %0.9'unun dört kez ve %16.5'inin beş üstü sayıda istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarını istismar eden faillerin cinsiyetleri incelendiğinde, %99.1'inin erkek, %0.9'unun kadın olduğu gözlenmiştir. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarını istismar edenlerin kimlikleri incelendiğinde, %31.2'sinin bir tanıdık, %18.3'ünün arkadaş-sevgili, %2.8'inin öz baba, %1.8'inin üvey baba, %0.9'unun gayri resmi

eş, %17.5'inin akraba, %4.6'sının kamu çalışanı, %0.9'unun üvey anne ve %22'sinin ise yabancı olduğu gözlenmiştir.

4.2.2. Psikiyatri Kliniği Grubu

Tablo XI. Psikiyatri Kliniği Grubunun Özellikleri

		N	%
Çocukların Psikiyatrik Tanısı	DEHB	19	19.0
	Kaygı Bozuklukları	11	11.0
	OKB	4	4.0
	Depresyon	18	18.0
	Otizm	12	12.0
	Konuşma Bozuklukları	1	1.0
	Öğrenme Güçlükleri	8	8.0
	Yeme Bozuklukları	1	1.0
	Gelişim Bozuklukları	17	17.0
	Davranış Bozuklukları	8	8.0
	Duygudurum Bozuklukları	1	1.0
	Toplam	100	100.0
Çocuğun Tedavi Süresi	0-6 ay	39	39.0
	7-12 ay	15	15.0
	1-3 yıl	10	10.0
	3 yıl ve fazla	36	36.0
	Toplam	100	100.0

Tablo XI'de Psikiyatri Kliniği grubunun özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler verilmiştir. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocuklarının psikiyatrik tanıları incelendiğinde, %19'unun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), %11'inin Kaygı Bozuklukları, %4'ünün Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), %18'inin Depresyon, %12'sinin Otizm, %1'inin Konuşma Bozuklukları, %8'inin Öğrenme Güçlüğü, %1'inin Yeme Bozukluğu, %17'sinin Gelişim Bozuklukları, %8'inin Davranış Bozuklukları, %1'inin Duygudurum Bozuklukları tanılarının olduğu belirlenmiştir. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocuklarının tedavi süreleri incelendiğinde, %39'unun 0-6 aydır, %15'inin 7-12 aydır, %10'unun 1-3 yıldır, %36'sının 3 yıl ve daha fazla süredir tedavi gördükleri bulunmuştur.

4.3. Çocuk İzlem Merkezi, Psikiyatri Kliniği ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançlarının Karşılaştırılması

Tablo XII. Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancının Örneklem Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		N	ORT/ SORT	SS	F/χ^2	P	Tukey Posthoc/ Mann -Whitney
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puanı	Çocuk İzlem Merkezi	109	6.79	.706	5.582	**.004***	ÇİM>ÇTYMKE p=.010 Psik. >ÇTYMKE p=.013
	Psikiyatri Kliniği	100	6.79	.609			
	ÇTYMKE	104	6.53	.557			
Travmanın İnkarı	Çocuk İzlem Merkezi	109	.93	.950	1.304	.273	
	Psikiyatri Kliniği	100	.72	.944			
	ÇTYMKE	104	.88	.972			
Fiziksel İhmal	Çocuk İzlem Merkezi	109	10.07	2.094	.420	.657	
	Psikiyatri Kliniği	100	9.93	1.855			
	ÇTYMKE	104	9.84	1.724			
Duygusal İhmal	Çocuk İzlem Merkezi	109	12.80	3.352	3.721	**.025***	ÇİM>ÇTYMKE p=.025
	Psikiyatri Kliniği	100	12.54	3.540			
	ÇTYMKE	104	11.64	2.720			
Duygusal İstismar	Çocuk İzlem Merkezi	109	2.55	.501	.741	.478	
	Psikiyatri Kliniği	100	2.53	.474			
	ÇTYMKE	104	2.48	.410			
Fiziksel İstismar[1]	Çocuk İzlem Merkezi	109	167.04	-	7.768	**.021***	ÇİM>ÇTYMKE z=-2.802; p=.005
	Psikiyatri Kliniği	100	158.08	-			
	ÇTYMKE	104	145.44	-			
Cinsel İstismar[1]	Çocuk İzlem Merkezi	109	163.15	-	3.216	.200	
	Psikiyatri Kliniği	100	155.68	-			
	ÇTYMKE	104	151.83	-			
Beck Depresyon Toplam	Çocuk İzlem Merkezi	109	14.93	11.412	11.367	**.000***	ÇİM>Psik.p=.048 ÇİM>ÇTYMKE p=.000
	Psikiyatri Kliniği	100	11.81	9.757			
	ÇTYMKE	104	8.73	6.518			
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	Çocuk İzlem Merkezi	109	6.08	2.986	10.480	**.000***	ÇİM>Psik.p=.000 ÇİM>ÇTYMKE p=.002
	Psikiyatri Kliniği	100	4.50	2.921			
	ÇTYMKE	104	4.80	1.987			
Adil Dünya İnancı Toplam	Çocuk İzlem Merkezi	109	39.83	7.969	3.867	**.022***	ÇTYMKE > Psik. p=.018
	Psikiyatri Kliniği	100	38.68	7.860			
	ÇTYMKE	104	41.85	8.874			
Kişisel Adil Dünya İnancı	Çocuk İzlem Merkezi	109	19.69	5.407	9.703	**.000***	ÇTYMKE > ÇİM p=.000 ÇTYMKE> Psik. p=.002
	Psikiyatri Kliniği	100	20.19	4.838			
	ÇTYMKE	104	22.63	5.216			
Genel Adil Dünya İnancı	Çocuk İzlem Merkezi	109	20.15	3.993	3.944	**.020***	ÇİM > Psik. p=.015
	Psikiyatri Kliniği	100	18.49	4.466			
	ÇTYMKE	104	19.22	4.382			

*$p \leq .05$ [1]*Kruskal Wallis/Mann- Whitney U Posthoc*

Tablo XII'de gruplara göre çocukluk çağı travmaları, depresyon, dissosiyatif yaşantı ve adil dünya inançları ortalamaları, standart sapmaları ve tek yönlü varyans analizi bulguları

verilmiştir. Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=5.582; p=.004]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları (ort=6.79) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından (ort=6.53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.010). Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları (ort=6.79) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından (ort=6.53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.013). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre çocukluk çağı travmaları duygusal ihmal alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=3.721; p=.025]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları (ort=12.80) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından (ort=11.64) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre çocukluk çağı travmaları fiziksel istismar alt boyutu sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}$=7.768; p=.021]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=167.04) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin sıra ortalamalarından (sort=145.44) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.802; p=.005). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre depresyon ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=11.367; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin depresyon ortalamaları (ort=14.93) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=11.81) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.048). Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin depresyon ortalamaları (ort=14.93) çocuğu travmatik yaşantıya

maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin ortalamalarından (ort=8.73) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.000). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre dissosiyatif yaşantı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=10.480; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin dissosiyatif yaşantı ortalamaları (ort=6.08) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=4.50) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.000). Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin dissosiyatif yaşantı ortalamaları (ort=6.08) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin ortalamalarından (ort=4.80) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.002). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre adil dünya inancı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=3.867; p=.022]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin adil dünya inancı ortalamaları (ort=41.85) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=38.65) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.018). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre kişisel adil dünya inancı alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=9.703; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı ortalamaları (ort=22.63) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin ortalamalarından (ort=19.69) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.000). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı ortalamaları (ort=22.63) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=20.19) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=.002). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre genel adil dünya inancı alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-310)=3.944; p=.020]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin genel adil dünya inancı ortalamaları (ort=20.15) psikiyatri kliniğindekilerin ortalamalarından (ort=18.49) anlamlı düzeyde yüksek

bulunmuştur (p=.015). Ebeveynlerin bulundukları gruplara göre diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo XIII. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine Gelen Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancı Düzeyleri

Çocuk İzlem Merkezi	Cinsiyet	N	ORT/SORT	SS	t/z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	Erkek	38	6.65	.418	-1.793	.076
	Kadın	71	6.86	.813		
Travmanın İnkarı	Erkek	38	1.03	1.052	.801	.425
	Kadın	71	.87	.893		
Fiziksel İhmal	Erkek	38	10.18	2.012	.403	.688
	Kadın	71	10.01	2.148		
Duygusal İhmal	Erkek	38	12.74	3.151	-.139	.890
	Kadın	71	12.83	3.476		
Duygusal İstismar	Erkek	38	2.36	.219	-3.917	**.000***
	Kadın	71	2.66	.574		
Fiziksel İstismar[1]	Erkek	38	52.47	-	-.843	.399
	Kadın	71	56.35	-		
Cinsel İstismar[1]	Erkek	38	48.79	-	-2.506	**.012***
	Kadın	71	58.32	-		
Beck Depresyon Toplam	Erkek	38	9.32	8.715	-4.365	**.000***
	Kadın	71	17.93	11.600		
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	Erkek	38	5.46	2.923	-1.612	.110
	Kadın	71	6.42	2.986		
Adil Dünya İnancı Toplam	Erkek	38	40.79	8.489	.914	.363
	Kadın	71	39.32	7.690		
Kişisel Adil Dünya İnancı	Erkek	38	20.63	5.154	1.338	.184
	Kadın	71	19.18	5.507		
Genel Adil Dünya İnancı	Erkek	38	20.16	4.517	.021	.983
	Kadın	71	20.14	3.716		

*p<.05 [1]Mann Whitney U test

Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-3.917; p=.000). Kadınların duygusal istismar ortalamaları (ort=2.66) erkeklerin ortalamalarından (ort=2.36) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar alt ölçeğinde sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (z=-2.506; p=.012). Kadınların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=58.32) erkeklerin sıra ortalamalarından (ort=48.79) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-4.365; p=.000). Kadınların

depresyon ortalamaları (ort=17.93) erkeklerin ortalamalarından (ort=9.32) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo XIV. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancı Düzeyleri

Psikiyatri Kliniği	Cinsiyet	N	ORT/SORT	SS	t/z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	Erkek	22	6.82	.502	.284	.777
	Kadın	78	6.78	.639		
Travmanın İnkarı	Erkek	22	.68	.894	-.214	.831
	Kadın	78	.73	.963		
Fiziksel İhmal	Erkek	22	10.41	1.943	1.378	.171
	Kadın	78	9.79	1.819		
Duygusal İhmal	Erkek	22	13.00	4.619	.562	.579
	Kadın	78	12.41	3.197		
Duygusal İstismar	Erkek	22	2.52	.353	-.159	.874
	Kadın	78	2.54	.505		
Fiziksel İstismar[1]	Erkek	22	55.45	-	-1.422	.155
	Kadın	78	49.10	-		
Cinsel İstismar[1]	Erkek	22	50.32	-	-.067	.947
	Kadın	78	50.55	-		
Beck Depresyon Toplam	Erkek	22	9.27	9.523	-1.387	.168
	Kadın	78	12.53	9.763		
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	Erkek	22	4.43	2.927	-.131	.896
	Kadın	78	4.52	2.938		
Adil Dünya İnancı Toplam	Erkek	22	41.14	10.435	1.336	.193
	Kadın	78	37.99	6.893		
Kişisel Adil Dünya İnancı	Erkek	22	21.77	5.773	1.524	.138
	Kadın	78	19.74	4.482		
Genel Adil Dünya İnancı	Erkek	22	19.36	5.123	1.039	.301
	Kadın	78	18.24	4.268		

*p<.05 [1]Mann Whitney U test

Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin cinsiyetlerine göre çocukluk çağı travmaları, depresyon, dissosiyatif yaşantılar ve adil dünya inancı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo XV. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubundaki Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantılar ve Adil Dünya İnancı Düzeyleri

ÇTYMKE	Cinsiyet	N	ORT/SORT	SS	t/z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	Erkek	33	6.41	.457	-1.586	.116
	Kadın	71	6.59	.591		
Travmanın İnkarı	Erkek	33	1.09	1.100	1.443	.155
	Kadın	71	.77	.898		
Fiziksel İhmal	Erkek	33	9.79	1.709	-.195	.846
	Kadın	71	9.86	1.743		
Duygusal İhmal	Erkek	33	11.45	2.717	-.483	.630
	Kadın	71	11.73	2.736		
Duygusal İstismar	Erkek	33	2.39	.266	-1.912	.059
	Kadın	71	2.52	.457		
Fiziksel İstismar[1]	Erkek	33	51.55	-	-.476	.634
	Kadın	71	52.94	-		
Cinsel İstismar[1]	Erkek	33	50.59	-	-1.013	.311
	Kadın	71	53.39	-		
Beck Depresyon Toplam	Erkek	33	5.76	5.208	-3.322	**.001***
	Kadın	71	10.11	6.634		
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	Erkek	33	4.04	2.050	-2.736	**.007***
	Kadın	71	5.15	1.869		
Adil Dünya İnancı Toplam	Erkek	33	44.12	10.928	1.583	.120
	Kadın	71	40.79	7.597		
Kişisel Adil Dünya İnancı	Erkek	33	23.76	6.354	1.348	.184
	Kadın	71	22.10	4.549		
Genel Adil Dünya İnancı	Erkek	33	20.36	5.024	1.833	.070
	Kadın	71	18.69	3.977		

*p<.05 [1]Mann Whitney U test, ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-3.322; p=.001). Kadınların depresyon ortalamaları (ort=10.11) erkeklerin ortalamalarından (ort=5.76) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-2.736; p=.007). Kadınların DES puan ortalamaları (ort=5.15) erkeklerin ortalamalarından (ort=4.04) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.4. Çocuk İzlem Merkezi, Psikiyatri Kliniği ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki İlişkiler

Tablo XVI. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	1											
2. Travmanın İnkarı	-.358**	1										
3. Fiziksel İhmal	.484**	-.132*	1									
4. Duygusal İhmal	.704**	-.495**	.281**	1								
5. Duygusal İstismar	.721**	-.311**	.321**	.390**	1							
6. Fiziksel İstismar	.717**	-.217**	.388**	.315**	.616**	1						
7. Cinsel İstismar	.563**	-.091	.158**	**.233****	**.361****	**.530****	1					
8. Beck Depresyon Toplam	**.315****	**-.123***	.083	**.278****	**.320****	**.254****	**.203****	1				
9. Dissosyatif Yaşantılar Toplam	**.230****	-.094	.053	**.235****	**.187****	**.169****	**.173****	**.472****	1			
10. Adil Dünya İnancı Toplam	**-.206****	**.154****	-.006	**-.167****	**-.250****	**-.150****	-.077	**-.271****	-.090	1		
11. Kişisel Adil Dünya İnancı	**-.261****	**.128***	-.058	**-.196****	**-.271****	**-.196****	-.110	**-.295****	**-.136***	.892**	1	
12. Genel Adil Dünya İnancı	-.077	**.141***	.060	-.080	**-.149****	-.049	-.014	**-.159****	-.007	.831**	.489**	1

*p≤.05; **p≤.01

Tablo XVI'de araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamının çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.315; p=.000). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.230; p=.000). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça dissosiyatif yaşantı düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.206; p=.000) ve kişisel adil dünya inançları arasında (r=-.261; p=.000) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça adil dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır. Ebeveynlerin travmanın inkarı puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-.123; p=.030). Ebeveynlerin travmalarını inkar etme düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır. Ebeveynlerin travmanın inkarı puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=.128; p=.024) ve genel adil dünya puanları arasında (r=141; p=.013) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin travmalarını inkar etme düzeyleri arttıkça adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal ihmale maruz kalma puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.278; p=.000). Ebeveynlerin çocuklukta duygusal ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal ihmale maruz kalma puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.235; p=.000). Ebeveynlerin çocuklukta duygusal ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal ihmale maruz kalma puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.167; p=.003) ve kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.196; p=.000) negatif yönde anlamı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça adli dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal istismara maruz kalma

puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.320; p=.000). Ebeveynlerin çocuklukta duygusal istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal istismara maruz kalma puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.187; p=.001). Ebeveynlerin çocuklukta duygusal istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal istismara maruz kalma puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.250; p=.000), kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.271; p=.000) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.149; p=.008) negatif yönde anlamı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuklukta duygusal istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça adli dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta fiziksel istismara maruz kalma puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.254; p=.000). Ebeveynlerin çocuklukta fiziksel istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta fiziksel istismara maruz kalma puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.169; p=.003). Ebeveynlerin çocuklukta fiziksel istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta fiziksel istismara maruz kalma puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.150; p=.008) ve kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.196; p=.000) negatif yönde anlamı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuklukta fiziksel istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça adli dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta cinsel istismara maruz kalma puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.203; p=.000). Ebeveynlerin çocuklukta cinsel istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocuklukta cinsel istismara maruz kalma puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.173; p=.002). Ebeveynlerin

çocuklukta cinsel istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Ebeveynlerin depresyon puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.472; p=.000). Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.271; p=.000), kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.295; p=.000) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.159; p=.005) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça adil dünya inançları, kişisel adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları azalmaktadır. Ebeveynlerin dissosiyatif yaşantılar puanları ile kişisel adil dünya inancı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-.136; p=.016). Ebeveynlerin kişisel adil dünya inançları azaldıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır.

Tablo XVII. Çocukları Cinsel İstismara Maruz Kalmış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

Çocuk İzlem Merkezi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	1											
2. Travmanın İnkarı	-.451**	1										
3. Fiziksel İhmal	.446**	-.165	1									
4. Duygusal İhmal	.686**	-.592**	.167	1								
5. Duygusal İstismar	.667**	-.359**	.360**	.287**	1							
6. Fiziksel İstismar	.723**	-.260**	.342**	.259**	.578**	1						
7. Cinsel İstismar	.541**	-.077	.152	.189*	.268**	.482**	1					
8. Beck Depresyon Toplam	**.286****	**-.208***	.050	**.274****	**.242***	.179	**.191***	1				
9. Dissosyatif Yaşantılar Toplam	**.211***	-.044	.020	.171	.104	.130	**.223***	**.425****	1			
10. Adil Dünya İnancı Toplam	**-.307****	**.277****	-.153	**-.288****	**-.329****	-.159	-.057	**-.242***	-.144	1		
11. Kişisel Adil Dünya İnancı	**-.335****	**.217***	**-.270****	**-.225***	**-.367****	**-.224***	-.051	-.188	-.122	.891**	1	
12. Genel Adil Dünya İnancı	-.160	**.259****	.060	**-.270****	**-.160**	-.014	-.045	**-.229***	-.123	.789**	.425**	1

*p≤.05; **p≤.01

Tablo XVII'de Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.286; p=.003). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.211; p=.028). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça dissosiyatif yaşantı düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.307; p=.001) ve kişisel adil dünya inançları arasında (r=-.335; p=.000) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça adil dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin travmanın inkarı puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-.208; p=.030). Ebeveynlerin travmalarını inkar etme düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin travmanın inkarı puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=.277; p=.004) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=259; p=.006) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin travmalarını inkar etme düzeyleri arttıkça adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin fiziksel ihmal puanları ile kişisel adil dünya inancı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-.270; p=.005). Ebeveynlerin çocukluk çağında fiziksel ihmale maruz kalmaları arttıkça adil dünya inançları azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin duygusal ihmal puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.274; p=.004). Ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin duygusal ihmal puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.288; p=.002), kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.225; p=.019) ve

genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.270; p=.004) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalmaları arttıkça adil dünya inançları, kişisel adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin duygusal istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.242; p=.011). Ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin duygusal istismar puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.329; p=.000) ve kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.367; p=.000) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalmaları arttıkça adil dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin fiziksel istismar puanları ile kişisel adil dünya inancı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-.224; p=.019). Ebeveynlerin çocukluk çağında fiziksel ihmale maruz kalmaları arttıkça adil dünya inançları azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin cinsel istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.191; p=.047). Ebeveynlerin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin cinsel istismar puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.223; p=.020). Ebeveynlerin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmaları arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin depresyon puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.425; p=.000). Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.242; p=.011) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.229; p=.016) negatif yönde anlamlı ilişki

bulunmuştur. Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları azalmaktadır.

Tablo XVIII. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

Psikiyatri Kliniği	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	1											
2. Travmanın İnkarı	-.330**	1										
3. Fiziksel İhmal	.515**	-.161	1									
4. Duygusal İhmal	.681**	-.468**	.380**	1								
5. Duygusal İstismar	.766**	-.224*	.364**	.404**	1							
6. Fiziksel İstismar	.713**	-.209*	.455**	.308**	.724**	1						
7. Cinsel İstismar	.588**	-.121	.102	.267**	.507**	.555**	1					
8. Beck Depresyon Toplam	**.298****	-.004	.123	**.197***	**.435****	**.349****	**.272****	1				
9. Dissosyatif Yaşantılar Toplam	**.231***	-.176	.069	**.249***	**.282****	.187	.069	**.486****	1			
10. Adil Dünya İnancı Toplam	-.110	.065	-.104	-.094	-.095	-.127	-.123	**-.214***	-.009	1		
11. Kişisel Adil Dünya İnancı	-.187	.098	-.055	-.183	-.133	-.151	-.194	**-.244***	-.060	.858**	1	
12. Genel Adil Dünya İnancı	.009	.009	-.124	.033	-.022	-.060	-.006	-.113	.050	.831**	.426**	1

*p≤.05; **p≤.01

Tablo XVIII'de Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.298; p=.003). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.231; p=.021). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.197; p=.050). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.249; p=.013). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.435; p=.000). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismara maruz kalma yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.282; p=.005). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismara maruz kalma yaşantıları arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.349; p=.000). Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismara maruz kalma yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.272;

p=.006). Ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismara maruz kalma yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin depresyon puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.486; p=.000). Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.214; p=.032) ve kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.244; p=.015) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça adil dünya inançları ve kişisel adil dünya inançları azalmaktadır.

Tablo XIX. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

ÇTYMKE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	1											
2. Travmanın İnkarı	-.286**	1										
3. Fiziksel İhmal	.514**	-.070	1									
4. Duygusal İhmal	.747**	-.443**	.317**	1								
5. Duygusal İstismar	.765**	-.357**	.201*	.513**	1							
6. Fiziksel İstismar	.787**	-.206*	.461**	.480**	.649**	1						
7. Cinsel İstismar	.629**	-.122	.221*	.283**	.428**	.653**	1					
8. Beck Depresyon Toplam	**.284****	**-.198***	.046	**.313****	**.288****	**.275****	.066	1				
9. Dissosyatif Yaşantılar Toplam	**.245***	-.157	.049	**.284****	.174	.191	.116	**.450****	1			
10. Adil Dünya İnancı Toplam	-.115	.099	**.265****	-.059	**-.304****	-.165	-.067	**-.373****	-.142	1		
11. Kişisel Adil Dünya İnancı	-.119	.065	**.250***	-.072	**-.262****	-.142	-.095	**-.407****	-.171	.937**	1	
12. Genel Adil Dünya İnancı	-.090	.123	**.240***	-.035	**-.303****	-.166	-.022	**-.270****	-.083	.910**	.707**	1

*p≤.05; **p≤.01, ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Tablo. XIX'da çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantılar ve adil dünya inançları arasındaki pearson korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.284; p=.003). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.245; p=.012). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmasını inkar etme puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.198; p=.044). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını inkar etme düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.265; p=.006), kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.250; p=.010) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.240; p=.014) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağında fiziksel ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça adil dünya inançları, kişisel dünya inançları ve genel adil dünya inançları azalmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.313; p=.001). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.284; p=.004). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.288; p=.003). Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri

artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.304; p=.002), kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.262; p=.007) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.303; p=.002) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalma düzeyleri arttıkça adil dünya inançları, kişisel adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları azalmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.275; p=.005). Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar yaşantıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin depresyon puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.450; p=.000). Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça dissosiyatif yaşantıları artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında (r=-.373; p=.000), kişisel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.407; p=.000) ve genel adil dünya inancı puanları arasında (r=-.270; p=.005) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça adil dünya inançları, kişisel adil dünya inançları ve genel adil dünya inançları azalmaktadır. Diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

4.5. Çocuk İzlem Merkezi, Psikiyatri Kliniği ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubunun Aile İçi İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki İlişkiler

Tablo XX. Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ile Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

	Eşle ilişkisi	Çocukla ilişkisi	Anneyle ilişkisi	Babayla ilişkisi	Aile ile vakit geçirme
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	**-.336****	**-.289****	**-.437****	**-.355****	**-.360****
Travmanın İnkarı	**.194****	**.197****	**.352****	**.280****	**.294****
Fiziksel İhmal	**-.221****	-.036	**-.210****	**-.169****	**-.145***
Duygusal İhmal	**-.193****	**-.235****	**-.342****	**-.244****	**-.310****
Duygusal İstismar	**-.276****	**-.271****	**-.397****	**-.362****	**-.291****
Fiziksel İstismar	**-.246****	**-.167****	**-.262****	**-.247****	**-.245****
Cinsel İstismar	**-.173****	**-.132***	**-.112***	-.094	-.066
Beck Depresyon Toplam	**-.355****	**-.169****	-.108	-.065	**-.150****
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	-.083	-.016	-.027	-.048	-.108
Adil Dünya İnancı Toplam	**.155****	**.190****	**.215****	**.178****	**.135***
Kişisel Adil Dünya İnancı	**.198****	**.153****	**.233****	**.153****	**.131***
Genel Adil Dünya İnancı	.055	**.177****	**.128***	**.155****	.100
*p≤.05; **p≤.01					

Tablo XX'de ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.336; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.289; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.437; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.355; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.360; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını inkar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=.194; p=.001), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.197; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.352; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.280; p=.000) ve aile ile vakit geçirme süresi (r=.294; p=.000) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları inkar etme düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri,

çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri artmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.221; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.210; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.169; p=.000) ve aile ile vakit geçirme süresi (r=-.145; p=.010) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.193; p=.001), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.235; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.342; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.244; p=.000) ve aile ile vakit geçirme süresi (r=-.310; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.276; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.271; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.397; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.362; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.291; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.246; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.167; p=.003), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.262; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.247; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.245; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.173;

p=.002), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.132; p=.020), anneyle ilişki düzeyleri düzeyleri arasında (r=-.112; p=.048), negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri azalmaktadır. Ebeveynlerin depresyon puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.355; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.169; p=.003), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.150; p=.008) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin depresyon puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı puanları ile aile ilişkileri değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=.155; p=.006), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.190; p=.001), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.215; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.178; p=.002), aile ile vakit geçirme süresi (r=.135; p=.017) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin adil dünya inancı puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri artmaktadır. Ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=.198; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.153; p=.007), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.233; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.153; p=.007), aile ile vakit geçirme süresi (r=.131; p=.021) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı puanları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri artmaktadır. Ebeveynlerin genel adil dünya inancı puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.177; p=.002), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.128; p=.023), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.155; p=.006) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin genel adil dünya inancı puanları arttıkça çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri artmaktadır.

Tablo XXI. Çocukları Cinsel İstismara Uğramış Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ile Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

ÇİM	Eşle ilişkisi	Çocukla ilişkisi	Anneyle ilişkisi	Babayla ilişkisi	Aile ile vakit geçirme
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	**-.366****	**-.201***	**-.426****	**-.452****	**-.358****
Travmanın İnkarı	**.305****	**.205***	**.438****	**.419****	**.464****
Fiziksel İhmal	**-.202***	-.079	**-.280****	**-.281****	**-.215***
Duygusal İhmal	**-.224***	-.178	**-.298****	**-.349****	**-.341****
Duygusal İstismar	**-.345****	**-.213***	**-.379****	**-.502****	**-.275****
Fiziksel İstismar	**-.197***	-.023	**-.267****	**-.342****	**-.206***
Cinsel İstismar	-.163	-.069	-.092	-.099	.027
Beck Depresyon Toplam	**-.358****	-.124	-.046	-.089	-.091
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	-.167	-.120	-.014	-.128	-.087
Adil Dünya İnancı Toplam	.087	**.241***	**.216***	**.226***	.143
Kişisel Adil Dünya İnancı	.099	.166	**.270****	**.239***	.101
Genel Adil Dünya İnancı	.040	**.255****	.067	.126	.149
*p≤.05; **p≤.01					

Tablo XXI'de çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.366; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.201; p=.036), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.426; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.452; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.358; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını inkar etme puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=.305; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.205; p=.032), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.438; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.419; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=.464; p=.000) arasında

pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını inkar etme düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.202; p=.035), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.280; p=.003), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.281; p=.003), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.215; p=.025) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.224; p=.019), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.298; p=.002), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.349; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.341; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmale maruz kalma düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.345; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.213; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.379; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.502; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.275; p=.004) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar yaşantıları arttıkça eşle ilişkileri, çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.197; p=.040), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.267; p=.005), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.342; p=.000), aile ile vakit geçirme süresi (r=-.206; p=.031) arasında negatif

yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar maruz kalma düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri, anneyle ilişkileri, babayla ilişkileri ve aileyle vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin depresyon puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-.358; p=.000). Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça eşle ilişkileri bozulmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=241; p=.012), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.216; p=.024), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.226; p=.018) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin adil dünya inançları arttıkça çocukla, anneyle ve babayla ilişki düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı puanları ile anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.270; p=.005), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=.239; p=.012) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin kişisel adil dünya inançları arttıkça anneyle ve babayla ilişki düzeyleri artmaktadır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin genel adil dünya inancı puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.255; p=.007) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin genel adil dünya inançları arttıkça çocukla ilişki düzeyleri artmaktadır.

Tablo XXII. Çocukları Psikiyatri Kliniği Tarafından Takibi Yapılan Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

Psikiyatri Kliniği	Eşle ilişkisi	Çocukla ilişkisi	Anneyle ilişkisi	Babayla ilişkisi	Aile ile vakit geçirme
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	**-.292****	**-.421****	**-.408****	**-.245***	**-.387****
Travmanın İnkarı	.127	**.265****	**.273****	.188	.116
Fiziksel İhmal	**-.285****	-.033	**-.236***	**-.212***	-.127
Duygusal İhmal	-.133	**-.318****	**-.328****	-.153	-.282**
Duygusal İstismar	**-.285****	**-.391****	**-.342****	**-.243***	**-.293****
Fiziksel İstismar	**-.377****	**-.393****	**-.219***	-.113	**-.310****
Cinsel İstismar	-.151	**-.350****	-.168	.054	-.104
Beck Depresyon Toplam	**-.420****	**-.200***	-.073	-.014	-.155
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	.044	.041	.017	.118	.008
Adil Dünya İnancı Toplam	**.200***	.077	.143	.052	.139
Kişisel Adil Dünya İnancı	**.280****	.106	.158	-.020	.178
Genel Adil Dünya İnancı	.050	.021	.081	.114	.052
*p≤.05; **p≤.01					

Tablo XXII'de çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travma puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.292; p=.003), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.421; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.408; p=.000), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.245; p=.014) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.387; p=.000) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını inkar etme puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.265; p=.008), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=.273; p=.006) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını

inkar etme düzeyleri arttıkça çocuklarıyla ilişkileri, anneyle ilişkileri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.285; p=.004), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.236; p=.018), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.212; p=.034) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantıları arttıkça eşle, anneyle, babayla ilişkileri azaltmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.318; p=.001), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.328; p=.001) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.282; p=.004) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları arttıkça çocukla, anneyle ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.285; p=.004), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.391; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.342; p=.001), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.243; p=.015) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.293; p=.003) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar yaşantıları arttıkça eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.377; p=.000), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.393; p=.000), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.219; p=.029) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.310; p=.002) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar yaşantıları arttıkça eşle, çocukla, anneyle ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından

takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.350; p=.000) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları arttıkça çocukla ilişki düzeyleri azalmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin depresyon puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-420; p=.000) ve anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.200; p=.046) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça çocukla ve anneyle ilişkileri azalmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları ile eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.200; p=.046). Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin adil dünya inançları arttıkça eşle ilişkileri artmaktadır. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=.280; p=.005). Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin kişisel adil dünya inançları arttıkça eşle ilişkileri artmaktadır. Diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo XXIII. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubundaki Ebeveynlerin Aile İçi İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

ÇTYMKE	Eşle ilişkisi	Çocukla ilişkisi	Anneyle ilişkisi	Babayla ilişkisi	Aile ile vakit geçirme
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	**-.236***	-.158	**-.457****	**-.358****	**-.287****
Travmanın İnkarı	.099	.046	**.313****	**.205***	**.246***
Fiziksel İhmal	-.172	.021	-.070	.008	-.058
Duygusal İhmal	-.138	-.125	**-.413****	**-.236***	**-.269****
Duygusal İstismar	-.125	-.169	**-.487****	**-.311****	**-.302****
Fiziksel İstismar	**-.198***	**-.202***	**-.321****	**-.233***	**-.286****
Cinsel İstismar	**-.222***	-.013	-.103	**-.231***	**-.222***
Beck Depresyon Toplam	-.148	**-.223***	**-.259****	-.136	**-.223***
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	-.149	-.129	-.154	-.172	**-.371****
Adil Dünya İnancı Toplam	.100	**.217***	**.238***	**.234***	.066
Kişisel Adil Dünya İnancı	.123	.140	**.212***	**.219***	.054
Genel Adil Dünya İnancı	.057	**.274****	**.231***	**.212***	.069

*p≤.05; **p≤.01, ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Tablo XXIII'de çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı travma puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.236; p=.016), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.457; p=.000) babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.358; p=.000) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.287; p=.003) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça eşle, anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarını inkar etme puanları ile anneyle ilişki puanları arasında (r=.313; p=.001), babayla ilişki puanları arasında (r=.205; p=.037) ve aile ile vakit

geçirme (r=.246; p=.012) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.413; p=.000) babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.236; p=.016) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.269; p=.006) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantıları arttıkça anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.487; p=.000) babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.311; p=.001) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.302; p=.002) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar yaşantıları arttıkça anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.198; p=.044), çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.202; p=.040), anneyle ilişki düzeyleri arasında (r=-.321; p=.001) babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.233; p=.017) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.286; p=.003) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında (r=-.222; p=.023), babayla ilişki düzeyleri arasında (r=-.231; p=.018) ve aile ile vakit geçirme süresi arasında (r=-.222; p=.024) negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça eşle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır.

Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin depresyon puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=-.223; p=.023), anneyle ilişki düzeyleri (r=-.259; p=.008) ve aile ile vakit geçirme süreleri (r=-.223; p=.023) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin depresyon düzeyleri arttıkça çocukla, anneyle ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı puanları ile aile ile vakit geçirme süreleri (r=-.371; p=.000) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları arttıkça aile ile vakit geçirme süreleri azalmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.217; p=.027), anneyle ilişki düzeyleri (r=.238; p=.015) ve babayla ilişki düzeyleri (r=.234; p=.017) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin adil dünya inançları arttıkça çocukla, anneyle, babayla ilişkileri artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı puanları ile anneyle ilişki düzeyleri (r=.212; p=.031) ve babayla ilişki düzeyleri (r=.219; p=.025) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin kişisel adil dünya inançları arttıkça anneyle, babayla ilişkileri artmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin genel adil dünya inancı puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında (r=.274; p=.005), anneyle ilişki düzeyleri (r=.231; p=.018) ve babayla ilişki düzeyleri (r=.212; p=.030) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin genel adil dünya inançları arttıkça çocukla, anneyle, babayla ilişkileri artmaktadır.

4.6. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stillerine Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançlarının Karşılaştırılması

Tablo XXIV. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stillerine Göre Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Dissosiyatif Yaşantı ve Adil Dünya İnançları Sıra Ortalamaları, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U Testi Bulguları

	Çocuk Yetiştirme Stili	N	Sıra ORT	χ^2	p	Posthoc Z
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	Demokratik	49	126.97	50.515	.000*	Baskıcı > Demokratik z=-4.995; p=.000 İlgisiz > Demokratik z=-4.721; p=.000 Baskıcı > Mükemmeliyetçi z=-3.243; p=.001 Baskıcı > Koruyucu z=-5.053; p=.000 İlgisiz > Mükemmeliyetçi z=-3.711; p=.000 İlgisiz > Koruyucu z=-4.734; p=.000
	Baskıcı	46	218.49			
	İlgisiz	14	262.14			
	Mükemmeliyetçi	21	142.21			
	Koruyucu	183	143.24			
Travmanın İnkarı	Demokratik	49	182.50	33.613	.000*	Demokratik >Baskıcı z=-4.295; p=.000 Demokratik > İlgisiz z=-3.694; p=.000 Mükemmeliyetçi > Baskıcı z=-2.247; p=.025 Korucu > Baskıcı z=-4.366; p=.000 Mükemmeliyetçi > İlgisiz z=-2.567; p=.010 Koruyucu > İlgisiz z=-3.592; p=.000
	Baskıcı	46	108.48			
	İlgisiz	14	84.68			
	Mükemmeliyetçi	21	153.31			
	Koruyucu	183	168.33			
Fiziksel İhmal	Demokratik	49	147.54	5.011	.286	
	Baskıcı	46	148.87			
	İlgisiz	14	201.93			
	Mükemmeliyetçi	21	159.74			
	Koruyucu	183	157.83			
Duygusal İhmal	Demokratik	49	129.89	49.586	.000*	Baskıcı > Demokratik z=-4.697; p=.000 İlgisiz > Demokratik z=-4.609; p=.000 İlgisiz > Baskıcı z=-2.724; p=.006 Baskıcı > Mükemmeliyetçi z=-3.282; p=.001 Baskıcı > Koruyucu z=-4.956; p=.000 İlgisiz > Mükemmeliyetçi z=-4.002; p=.000 İlgisiz > Koruyucu z=-4.764; p=.000
	Baskıcı	46	215.47			
	İlgisiz	14	265.61			
	Mükemmeliyetçi	21	136.86			
	Koruyucu	183	143.57			
Duygusal İstismar	Demokratik	49	141.53	37.247	.000*	Baskıcı > Demokratik z=-3.912; p=.000 İlgisiz > Demokratik z=-3.559; p=.000 Baskıcı > Mükemmeliyetçi z=-2.693; p=.007 Baskıcı > Koruyucu z=-4.868; p=.000 İlgisiz > Mükemmeliyetçi z=-2.723; p=.006 İlgisiz > Koruyucu z=-3.905; p=.000
	Baskıcı	46	208.77			
	İlgisiz	14	229.75			
	Mükemmeliyetçi	21	145.79			
	Koruyucu	183	143.85			
Fiziksel İstismar	Demokratik	49	147.89	30.521	.000*	Baskıcı > Demokratik z=-3.159; p=.002 İlgisiz > Demokratik z=-3.014; p=.003 Baskıcı > Mükemmeliyetçi z=-2.244; p=.025 Baskıcı > Koruyucu z=-4.444; p=.000 İlgisiz > Mükemmeliyetçi z=-2.335; p=.020 İlgisiz > Koruyucu z=-3.689; p=.000
	Baskıcı	46	190.28			
	İlgisiz	14	202.29			
	Mükemmeliyetçi	21	148.05			
	Koruyucu	183	148.64			
Cinsel İstismar	Demokratik	49	153.97	24.672	.000*	Baskıcı > Demokratik z=-2.642; p=.008 Baskıcı > Mükemmeliyetçi z=-2.225; p=.026 Baskıcı > Koruyucu z=-4.608; p=.000 İlgisiz > Koruyucu z=-2.260; p=.024
	Baskıcı	46	186.33			
	İlgisiz	14	174.07			
	Mükemmeliyetçi	21	148.74			
	Koruyucu	183	150.08			

Beck Depresyon Toplam	Demokratik	49	139.90	9.897	.042*	Baskıcı > Demokratik z=-2.409; p=.016 İlgisiz > Demokratik z=-2.110; p=.035 Baskıcı > Mükemmeliyetçi z=-2.322; p=.020 İlgisiz > Mükemmeliyetçi z=-2.192; p=.028
	Baskıcı	46	180.29			
	İlgisiz	14	200.04			
	Mükemmeliyetçi	21	130.05			
	Koruyucu	183	155.52			
Dissosyatif Yaşantılar Toplam	Demokratik	49	132.96	4.262	.372	
	Baskıcı	46	157.13			
	İlgisiz	14	165.04			
	Mükemmeliyetçi	21	159.60			
	Koruyucu	183	162.49			
Adil Dünya İnancı Toplam	Demokratik	49	188.38	12.701	.013*	Demokratik >Baskıcı z=-2.743; p=.006 Demokratik > İlgisiz z=-2.367; p=.018 Demokratik > Koruyucu z=-2.384; p=.017
	Baskıcı	46	133.25			
	İlgisiz	14	117.04			
	Mükemmeliyetçi	21	175.14			
	Koruyucu	183	155.54			
Kişisel Adil Dünya İnancı	Demokratik	49	186.96	12.713	.013*	Demokratik >Baskıcı z=-2.635; p=.008 Demokratik > İlgisiz z=-2.552; p=.011 Demokratik > Koruyucu z=-2.265; p=.024 Mükemmeliyetçi > İlgisiz z=-2.077; p=.038
	Baskıcı	46	134.74			
	İlgisiz	14	111.54			
	Mükemmeliyetçi	21	176.24			
	Koruyucu	183	155.84			
Genel Adil Dünya İnancı	Demokratik	49	176.27	5.882	.208	
	Baskıcı	46	134.96			
	İlgisiz	14	151.39			
	Mükemmeliyetçi	21	174.76			
	Koruyucu	183	155.77			

*p≤.05

Tablo XXIV'de katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı travması, depresyon, dissosiyatif yaşantı ve adil dünya inançları sıra ortalamaları, Kruskal Wallis ve Posthoc Mann-Whitney U testi bulguları verilmiştir. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı travmaları toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=50.515; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı travmaları sıra ortalamaları (sort=218.49) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=126.97) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.995; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı sıra ortalamaları (sort=262.14) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=126.97) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.721; p=.000). Ebeveynlerinin

baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı travmaları sıra ortalamaları (sort=218.49) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=142.21) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.243; p=.001). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı travmaları sıra ortalamaları (sort=218.49) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=143.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-5.053; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı sıra ortalamaları (sort=262.14) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=142.21) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.711; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı sıra ortalamaları (sort=262.14) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=143.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.734; p=.000).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı travmalarını inkar etme sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=33.613; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların travmanın inkarı sıra ortalamaları (sort=182.50) ebeveynlerinin baskıcı olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=108.48) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.295; p=.000). Ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların travmanın inkarı sıra ortalamaları (sort=182.50) ebeveynlerinin ilgisiz olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=84.68) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.694; p=.000). Ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların travmanın inkarı sıra ortalamaları (sort=153.31) ebeveynlerinin baskıcı olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=108.48) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.247; p=.025). Ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların travmanın inkarı sıra ortalamaları (sort=168.33)

ebeveynlerinin baskıcı olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=108.48) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.366; p=.000). Ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların travmanın inkarı sıra ortalamaları (sort=153.31) ebeveynlerinin ilgisiz olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=84.68) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.567; p=.010). Ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların travmanın inkarı sıra ortalamaları (sort=168.33) ebeveynlerinin ilgisiz olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=84.68) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.592; p=.000).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı duygusal ihmal sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=49.586; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=215.47) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=129.89) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.697; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=265.61) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=129.89) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.609; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=265.61) ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=215.47) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.724; p=.006). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=215.47) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların duygusal sıra ortalamalarından (sort=136.86) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.282; p=.001). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=215.47) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=143.57)

anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.956; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=265.61) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların duygusal sıra ortalamalarından (sort=136.86) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.002; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=265.61) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=143.57) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.764; p=.000).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı duygusal istismar sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=37.247; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=208.77) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=141.53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.912; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=229.75) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=141.53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.559; p=.000). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=208.77) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların duygusal sıra ortalamalarından (sort=145.79) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.693; p=.007). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=208.77) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=143.85) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.868; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=229.75) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların duygusal sıra ortalamalarından (sort=145.79) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.723; p=.006).

Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=229.75) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=143.85) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.905; p=.000).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı fiziksel istismar sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=30.521; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=190.28) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=147.89) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.159; p=.002). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=202.29) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=147.89) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.014; p=.003). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=190.28) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=148.05) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.244; p=.025). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=190.28) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=148.64) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.444; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=202.29) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=148.05) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.335; p=.020). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=202.29) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=148.64) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-3.689; p=.000).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre çocukluk çağı cinsel istismar sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=24.672; p=.000]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=186.33) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=153.97) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.642; p=.008). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=186.33) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğun bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=148.74) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.225; p=.026). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=186.33) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=150.08) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-4.608; p=.000). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=174.07) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=150.08) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.260; p=.024).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre depresyon sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=9.892; p=.042]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların depresyon sıra ortalamaları (sort=157.13) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=139.90) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.642; p=.008).Eebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların depresyon sıra ortalamaları (sort=200.04) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=139.90) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.110; p=.035). Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların depresyon sıra ortalamaları (sort=157.13) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren

katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=130.05) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.322; p=.020). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların depresyon sıra ortalamaları (sort=200.04) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=130.05) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.192; p=.028).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre adil dünya inancı sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=12.701; p=.013]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=188.38) ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından (sort=133.25) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.743; p=.006). Ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=188.38) ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=117.04) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.367; p=.018). Ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=188.38) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=155.54) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(4)}$=12.713; p=.013]. Farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla yürütülen Mann-Whitney U testi sonucunda, ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=186.96) ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından (sort=134.74) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.635; p=.008). Ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=186.96) ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından (sort=111.54) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.553; p=.011). Ebeveynlerinin

demokratik olduğunu bildiren katılımcıların kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=186.96) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından (sort=155.84) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.265; p=.024). Ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=176.24) ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından (sort=111.54) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.077; p=.038). Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.7. Katılımcıların DES Kesme Puanlarına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançlarının Karşılaştırılması

Tablo XXV. Katılımcıların Gruplarına Göre DES Kesme Puanı Frekansları

		N	%	ORT
Tüm Grup	DES 30 altı	190	60.7	
	DES 30 ve üstü	123	39.3	
	Toplam	313	100.0	34.07
ÇİM	DES 30 altı	52	47.7	
	DES 30 ve üstü	57	52.3	
	Toplam	109	100.0	45.82
PSK	DES 30 altı	71	71.0	
	DES 30 ve üstü	29	29.0	
	Toplam	100	100.0	28.69
ÇTYMKE	DES 30 altı	67	64.4	
	DES 30 ve üstü	37	35.6	
	Toplam	104	100.0	26.93

**ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi; PSK: Psikiyatri Kliniği, ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu, $\chi^{2=}12.766$; p=.002,* Not: DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması

Tablo XXV'de katılımcıların gruplarına göre DES kesme puanlarının dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir. Katılımcıların gruplarına göre DES kesme puanları dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=12.766; p=.002]. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubu (%64.4) ve çocuğu psikiyatri kliniğinde (%71) takibi yapılan ebeveynlerin DES kesme puanları dağılımları arasında anlamlı fark bulunmazken her iki grubun dağılımları çocuğu cinsel istismara maruz kalmış (%47.7) olanlardan daha yüksek gözlenmiştir.

Tablo XXVI. Çocuğu Cinsel İstismara Maruz Kalmış Ebeveynlerin DES Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançları Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Çocuk İzlem Merkezi	DES kesme puanı	N	ORT/Sıra ORT	SS	t/z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	DES 30 ve altı	52	6.69	.578	-1.354	.179
	DES 30 ve üstü	57	6.87	.800		
Travmanın İnkarı	DES 30 ve altı	52	.92	.967	-.037	.971
	DES 30 ve üstü	57	.93	.942		
Fiziksel İhmal	DES 30 ve altı	52	10.02	2.364	-.257	.798
	DES 30 ve üstü	57	10.12	1.833		
Duygusal İhmal	DES 30 ve altı	52	12.77	3.405	-.086	.932
	DES 30 ve üstü	57	12.82	3.333		
Duygusal İstismar	DES 30 ve altı	52	2.49	.452	-1.258	.211
	DES 30 ve üstü	57	2.61	.540		
Fiziksel İstismar[1]	DES 30 ve altı	52	53.14	-	-.808	.419
	DES 30 ve üstü	57	56.69	-		
Cinsel İstismar[1]	DES 30 ve altı	52	54.62	-	-.203	.839
	DES 30 ve üstü	57	55.35	-		
Beck Depresyon Toplam	DES 30 ve altı	52	10.63	9.303	-4.003	**.000***
	DES 30 ve üstü	57	18.84	11.817		
Adil Dünya İnancı Toplam	DES 30 ve altı	52	40.88	8.652	1.318	.190
	DES 30 ve üstü	57	38.88	7.236		
Kişisel Adil Dünya İnancı	DES 30 ve altı	52	20.46	5.748	1.433	.155
	DES 30 ve üstü	57	18.98	5.023		
Genel Adil Dünya İnancı	DES 30 ve altı	52	20.42	4.263	.688	.493
	DES 30 ve üstü	57	19.89	3.750		

*p≤.05 [1]Mann -Whitney U test

Tablo XXVI'da çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri ve adil dünya inançları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre depresyon ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-4.003; p=.000). Dissosiyatif yaşantısı bulunan ebeveynlerin depresyon ortalamaları (ort=18.84) bulunmayan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=10.63) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo XXVII. Çocuğu Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin DES Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançları Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Psikiyatri Kliniği	DES kesme puanı	N	ORT/Sıra ORT	SS	t/z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	DES 30 ve altı	71	6.71	.526	-1.670	.103
	DES 30 ve üstü	29	6.97	.757		
Travmanın İnkarı	DES 30 ve altı	71	.80	1.023	1.621	.109
	DES 30 ve üstü	29	.52	.688		
Fiziksel İhmal	DES 30 ve altı	71	9.79	1.594	-1.015	.316
	DES 30 ve üstü	29	10.28	2.374		
Duygusal İhmal	DES 30 ve altı	71	11.94	3.501	-2.719	**.008***
	DES 30 ve üstü	29	14.00	3.251		
Duygusal İstismar	DES 30 ve altı	71	2.48	.413	-1.677	.097
	DES 30 ve üstü	29	2.65	.587		
Fiziksel İstismar[1]	DES 30 ve altı	71	48.94	-	-1.322	.186
	DES 30 ve üstü	29	54.33	-		
Cinsel İstismar[1]	DES 30 ve altı	71	50.25	-	-.268	.789
	DES 30 ve üstü	29	51.10	-		
Beck Depresyon Toplam	DES 30 ve altı	71	9.58	8.008	-3.289	**.002***
	DES 30 ve üstü	29	17.28	11.520		
Adil Dünya İnancı Toplam	DES 30 ve altı	71	39.07	7.160	.776	.440
	DES 30 ve üstü	29	37.72	9.430		
Kişisel Adil Dünya İnancı	DES 30 ve altı	71	20.45	4.656	.842	.402
	DES 30 ve üstü	29	19.55	5.289		
Genel Adil Dünya İnancı	DES 30 ve altı	71	18.62	3.900	.388	.700
	DES 30 ve üstü	29	18.17	5.689		

*p≤.05

[1]Mann -Whitney U test

Tablo XXVII'de çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri ve adil dünya inançları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre duygusal ihmal ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-2.719; p=.008). Dissosiyatif yaşantısı bulunan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları (ort=14.00) bulunmayan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=11.94) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre depresyon ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-3.289; p=.002). Dissosiyatif

yaşantısı bulunan ebeveynlerin depresyon ortalamaları (ort=17.28) bulunmayan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=9.58) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo XXVIII. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin DES Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon Düzeyleri ve Adil Dünya İnançları Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

ÇTYMKE	DES kesme puanı	N	ORT/Sıra ORT	SS	t/z	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam	DES 30 ve altı	67	6.42	.347	-2.366	**.022***
	DES 30 ve üstü	37	6.74	.774		
Travmanın İnkarı	DES 30 ve altı	67	1.06	1.028	2.917	**.004***
	DES 30 ve üstü	37	.54	.767		
Fiziksel İhmal	DES 30 ve altı	67	9.72	1.622	-.956	.342
	DES 30 ve üstü	37	10.05	1.900		
Duygusal İhmal	DES 30 ve altı	67	11.03	2.081	-2.844	**.006***
	DES 30 ve üstü	37	12.76	3.353		
Duygusal İstismar	DES 30 ve altı	67	2.43	.370	-1.485	.141
	DES 30 ve üstü	37	2.56	.468		
Fiziksel İstismar[1]	DES 30 ve altı	67	50.75	-	-1.727	.084
	DES 30 ve üstü	37	55.68	-		
Cinsel İstismar[1]	DES 30 ve altı	67	51.28	-	-1.282	.200
	DES 30 ve üstü	37	54.72	-		
Beck Depresyon Toplam	DES 30 ve altı	67	6.64	5.020	-4.856	**.000***
	DES 30 ve üstü	37	12.51	7.248		
Adil Dünya İnancı Toplam	DES 30 ve altı	67	42.51	9.114	1.023	.309
	DES 30 ve üstü	37	40.65	8.410		
Kişisel Adil Dünya İnancı	DES 30 ve altı	67	23.18	5.090	1.466	.146
	DES 30 ve üstü	37	21.62	5.361		
Genel Adil Dünya İnancı	DES 30 ve altı	67	19.33	4.617	.334	.739
	DES 30 ve üstü	37	19.03	3.976		

*p≤.05 [1]Mann -Whitney U test

Tablo XXVIII'de çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri ve adil dünya inançları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı

bulunmuştur (t=-2.366; p=.022). Dissosiyatif yaşantısı bulunan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları (ort=6.74) bulunmayan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=6.42) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre çocukluk çağı travmalarını inkar ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=2.917; p=.004). Dissosiyatif yaşantısı bulunmayan ebeveynlerin travmanın inkarı ortalamaları (ort=1.06) bulunan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=.54) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre çocukluk çağı duygusal ihmal ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-2.844; p=.006). Dissosiyatif yaşantısı bulunan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları (ort=12.76) bulunmayan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=11.03) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı durumlarına göre depresyon ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-4.856; p=.000). Dissosiyatif yaşantısı bulunan ebeveynlerin depresyon ortalamaları (ort=12.51) bulunmayan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=6.64) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

4.8. Örneklem Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarına Dağılımları ve Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnancının Depresyon Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

Tablo XXIX. Katılımcıların Örneklem Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarına Dağılımları, Yüzdeleri ve Ki-Kare Analizi Bulguları

		ÇocukİzlemMerkezi		Psikiyatri Kliniği		ÇTYMKE		Toplam		χ^2
		n	%	n	%	n	%	N	%	
Çocukluk Çağı Travması	Yok	$1_{a, b}$	0.9	0_{b}	0.0	5_{a}	4.8	6	1.9	7.156*
	Var	$108_{a, b}$	99.1	100_{b}	100.0	99_{a}	95.2	307	98.1	
Fiziksel İstismar	Yok	85_{a}	78.0	$84_{a, b}$	84.0	96_{b}	92.3	265	84.7	8.463*
	Var	24_{a}	22.0	$16_{a, b}$	16.0	8_{b}	7.7	48	15.3	
Cinsel İstismar	Yok	94_{a}	86.2	91_{a}	91.0	97_{a}	93.3	282	90.1	3.083
	Var	15_{a}	13.8	9_{a}	9.0	7_{a}	6.7	31	9.9	
Duygusal İstismar	Yok	84_{a}	77.1	77_{a}	77.0	83_{a}	79.8	244	78.0	.311
	Var	25_{a}	22.9	23_{a}	23.0	21_{a}	20.2	69	22.0	
Fiziksel İhmal	Yok	6_{a}	5.5	2_{a}	2.0	1_{a}	1.0	9	2.9	4.336
	Var	103_{a}	94.5	98_{a}	98.0	103_{a}	99.0	304	97.1	
Duygusal İhmal	Yok	54_{a}	49.5	$59_{a, b}$	59.0	73_{b}	70.2	186	59.4	9.424
	Var	55_{a}	50.5	$41_{a, b}$	41.0	31_{b}	29.8	127	40.6	
Travma Türü	Tekli	42_{a}	39.3	$50_{a, b}$	50.0	58_{b}	55.8	150	48.2	5.947*
	Çoklu	65_{a}	60.7	$50_{a, b}$	50.0	46_{b}	44.2	161	51.8	

*p<.05 ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Tablo XXIX'da katılımcıların bulundukları gruplara göre çocukluk çağı istismarı türlerine dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı travmaları dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=7.156; p=.028]. Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travma yaşantısı dağılımları (%100) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakinden (%95.2) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu, Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin dağılımlarının diğer iki gruba yakın olduğu gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında katılımcıların %98.1'nin çocukluk çağı travmasının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı fiziksel istismar yaşantısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=8.463; p=.015]. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çocukluk çağında fiziksel istismar yaşantısı oranları (%22) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerinkinden (%7.7) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerde ise bu oran

(%16) her iki gruba da yakın gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların %15.3'ünün çocukluk çağında fiziksel istismar yaşantılarının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}$=3.083; p=.214]. Genel olarak incelendiğinde katılımcıların %9.9'unda çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı duygusal istismar yaşantısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}$=.311; p=.856]. Genel olarak incelendiğinde katılımcıların %22'sinde çocukluk çağı duygusal istismar yaşantısının olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}$=4.336; p=.114]. Genel olarak incelendiğinde katılımcıların %97.1'inde çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantısının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=9.424; p=.009]. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal ihmal yaşantısı oranları (%50.5) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerinkinden (%29.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerde ise bu oran (%41) her iki gruba da yakın gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların %40.6'sının çocukluk çağında duygusal ihmal yaşantılarının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre travma yaşantılarının tekli ya da çoklu oluşuna ilişkin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}$=5.947; p=.016]. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çoklu travma yaşantısı dağılımları (%60.7) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerinkinden (%44.2) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu psikiyatri kliğinde takibi yapılan ebeveynlerde ise bu oran (%50) her iki gruba yakın gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların %51.8'inin çocukluk çağında çoklu travma yaşantılarının olduğu

bulunmuştur. İki katılımcının total travma yaşantısı puanı ile belirlenen travma yaşantısı var görünürken travma türleri için kesme noktasını aşamadıkları görülmüştür.

Tablo XXX. Çocukları Cinsel İstismara Maruz Kalmış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnançlarının Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Çocuk İzlem Merkezi	r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
Sabit			2.661	11.384		.234	.816	
Travmanın İnkarı			-.705	1.340	-.059	-.526	.600	
Fiziksel İhmal			-.280	.512	-.051	-.548	.585	
Duygusal İhmal			.378	.378	.111	1.001	.319	
Duygusal İstismar	.510	.260	2.871	2.613	.126	1.099	.274	4.390*
Fiziksel İstismar			-.050	.468	-.013	-.107	.915	
Cinsel İstismar			.258	.446	.058	.578	.564	
Dissosyatif Yaşantılar Toplam			1.392	.344	.364	4.052	**.000***	
Adil Dünya İnancı Toplam			-.153	.135	-.107	-1.128	.262	

*p<.05

Tablo XXX'da çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(8-100)=4.390; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %26'sını açıkladığı (R=.510; R^2=.260); dissosiyatif yaşantıların depresyon üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=4.052; p=.000) ancak diğer değişkenlerin anlamlı yordayıcılıklarının bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo XXXI. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnançlarının Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Psikiyatri Kliniği	r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
Sabit			-3.914	7.630		-.513	.609	
Travmanın İnkarı			1.737	.960	.168	1.809	.074	
Fiziksel İhmal			-.204	.522	-.039	-.391	.696	
Duygusal İhmal			.068	.288	.025	.237	.814	
Duygusal İstismar	.631	.398	5.300	2.604	.257	2.035	**.045***	7.514*
Fiziksel İstismar			.385	.776	.067	.496	.621	
Cinsel İstismar			.466	.690	.070	.676	.501	
Dissosyatif Yaşantılar Toplam			1.407	.290	.421	4.847	**.000***	
Adil Dünya İnancı Toplam			-.226	.102	-.182	-2.208	**.030***	

*p<.05

Tablo XXXI'de çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(8-91)=7.514; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %39.8'ini açıkladığı (R=.631; R^2=.398); duygusal istismarın (t=2.035; p=.045), dissosiyatif yaşantıların (t=4.847; p=.000) ve adil dünya inancının (t=-2.208; p=.030) depresyon üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu ancak diğer değişkenlerin anlamlı yordayıcılıklarının bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo XXXII. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Adil Dünya İnançlarının Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

ÇTYMKE	r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
Sabit			7.392	5.744		1.287	.201	
Travmanın İnkarı			-.238	.630	-.036	-.378	.706	
Fiziksel İhmal			.047	.390	.012	.120	.905	
Duygusal İhmal			.316	.261	.132	1.212	.229	
Duygusal İstismar	.597	.357	.057	1.925	.004	.029	.977	6.584*
Fiziksel İstismar			.841	.668	.186	1.260	.211	
Cinsel İstismar			-.691	.474	-.161	-1.457	.148	
Dissosyatif Yaşantılar Toplam			1.140	.285	.347	4.002	**.000***	
Adil Dünya İnancı Toplam			-.216	.069	-.295	-3.125	**.002***	

*p<.05 ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Tablo XXXII'de çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(8-95)=6.584; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %35.7'sini açıkladığı (R=.597; R^2=.357); dissosiyatif yaşantıların (t=4.002; p=.000) ve adil dünya inancının (t=-3.125; p=.002) depresyon üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu ancak diğer değişkenlerin anlamlı yordayıcılıklarının bulunmadığı belirlenmiştir.

4.9. Aracı Değişken Analizi

Tablo XXXIII. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Regresyon Adımları

		r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
	Sabit			-11.817	5.839		-2.024	.044*	
A 1	Grup →Depresyon	.380	.144	-2.559	.631	-.216	-4.055	**.000***	26.157*
	ÇÇT→Depresyon			4.292	.817	**.280**	5.250	**.000***	
	Sabit			.321	1.704		.189	.851	
A 2	Grup →Dissosiyatif Y.	.280	.078	-.538	.184	-.161	-2.921	**.004***	13.166*
	ÇÇT → Dissosiyatif Y.			.880	.239	.204	3.687	**.000***	
	Sabit			-12.270	5.331		-2.302	.022*	
	Grup →Depresyon	.538	.289	-1.801	.584	-.152	-3.083	**.002***	41.891*
A 4	ÇÇT→Depresyon			3.052	.763	**.199**	4.002	**.000***	
A 3	Dissosiyatif Y. →Depresyon			1.409	.178	.396	7.932	**.000***	

Sobel: z=3.322; p=.001

Tablo XXXIII'de katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisine ilişkin Baron ve Kenny (1986) adımları ile yürütülen regresyon adımları verilmiştir. Analizde katılımcıların bulundukları grup her adımda kontrol değişkeni olarak modellere girmiştir. Baron ve Kenny (1986) aracı değişken analizinin ilk adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(2-310)=26.157; p=.000]; ebeveynlerin bulunduğu grup ve çocukluk çağı travmalarının depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %14.4'ünü açıkladığı (R=.380; R^2=.144); ebeveynlerin bulunduğu grubun (t=-4.055; p=.000) ve çocukluk çağı travmalarının (t=5.250; p=.000) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) ikinci adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(2-310)=13.166; p=.000]; ebeveynlerin bulunduğu grup ve çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar aracı değişkenindeki varyansın %7.8'ini anlamlı düzeyde açıkladığı (R=.280; R^2=.078); ebeveynlerin bulunduğu grubun (t=-2.921; p=.004) ve çocukluk çağı travmalarının (t=3.687; p=.000) dissosiyatif yaşantıları anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) üçüncü ve dördüncü adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(3-

309)=41.891; p=.000]; ebeveynlerin bulunduğu grup, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıların depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %28.9'unu açıkladığı (R=.538; R^2=.289); ebeveynlerin bulunduğu grubun (t=-3.083; p=.002), çocukluk çağı travmalarının (t=4.002; p=.000) ve dissosiyatif yaşantıların (t=7.932; p=.000) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin son adımında dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin modele girmesiyle çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki etkisine ilişkin regresyon katsayısında azalma olduğu ancak anlamlılığını koruduğu, dolayısıyla dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettiği bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların kısmi aracılık etkisinin, diğer değişle çocukluk çağı travmalarının regresyon katsayısındaki düşüşün anlamlı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yürütülen Sobel testinde kısmi aracılık etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (z=3.322; p=.001).

Tablo XXXIV. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine Gelen Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular

	ÇİM	r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
A 1	Sabit	.286	.082	-16.478	10.221		-1.612	.110	9.542*
	ÇÇT→Depresyon			4.627	1.498	.286	**3.089**	**.003***	
A 2	Sabit	.211	.044	.030	2.729		.011	.991	4.028*
	ÇÇT → Dissosiyatif Y.			.891	.400	.211	2.229	**.028***	
	Sabit			-16.522	9.460		-1.746	.084	
A 4	ÇÇT→Depresyon	.470	.221	3.328	1.418	.206	**2.347**	**.021***	15.021*
A 3	Dissosiyatif Y. →Depresyon			1.457	.335	.381	4.348	**.000***	
	Sobel: z=1.944; p=.052								

Tablo XXXIV'de çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisine ilişkin Baron ve Kenny (1986) adımları ile yürütülen regresyon adımları verilmiştir. Baron ve Kenny (1986) aracı değişken analizinin ilk adımında elde edilen regresyon

modelinin anlamlı olduğu [F(1-107)=9.542; p=.003]; çocukluk çağı travmalarının depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %8.2'sini açıkladığı (R=.286; R^2=.082); çocukluk çağı travmalarının (t=3.089; p=.003) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) ikinci adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(1-107)=4.971; p=.028]; çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar aracı değişkenindeki varyansın %4.4'ünü anlamlı düzeyde açıkladığı (R=.211; R^2=.044); çocukluk çağı travmalarının (t=2.229; p=.028) dissosiyatif yaşantıları anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) üçüncü ve dördüncü adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(2-106)=15.021; p=.000]; çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıların depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %22.1'ini açıkladığı (R=.470; R^2=.221); çocukluk çağı travmalarının (t=2.347; p=.021) ve dissosiyatif yaşantıların (t=4.348; p=.000) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin son adımında dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin modele girmesiyle çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki etkisine ilişkin regresyon katsayısında azalma olduğu ancak anlamlılığını koruduğu, dolayısıyla dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiye *kısmi aracılık* ettiği bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların kısmi aracılık etkisinin, diğer değişle çocukluk çağı travmalarının regresyon katsayısındaki düşüşün anlamlı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yürütülen Sobel testinde kısmi aracılık etkisi anlamlı bulunmamıştır (z=1.944; p=.052).

Tablo XXXV. Çocukları Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular

	Psikiyatri Kliniği	r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
A 1	Sabit	.298	.089	-20.550	10.523		-1.953	.054	9.333*
	ÇÇT→Depresyon			4.769	1.545	.298	**3.088**	**.003***	
A 2	Sabit	.231	.053	-3.018	3.211		-.940	.349	5.021*
	ÇÇT → Dissosiyatif Y.			1.108	.471	.231	2.351	**.021***	
	Sabit			-16.102	9.490		-1.697	.093	
A 4	ÇÇT→Depresyon	.522	.273	3.136	1.425	.196	**2.201**	**.030***	18.206*
A 3	Dissosiyatif Y. →Depresyon			1.474	.297	.441	4.958	**.000***	

Sobel: z=2.090; p=.037

Tablo XXXV'de çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisine ilişkin Baron ve Kenny (1986) adımları ile yürütülen regresyon adımları verilmiştir. Baron ve Kenny (1986) aracı değişken analizinin ilk adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(1-98)=9.533; p=.003]; çocukluk çağı travmalarının depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %8.9'unu açıkladığı (R=.298; R^2=.089); çocukluk çağı travmalarının (t=3.088; p=.003) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) ikinci adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(1-98)=5.525; p=.021]; çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar aracı değişkenindeki varyansın %5.3'ünü anlamlı düzeyde açıkladığı (R=.231; R^2=.053); çocukluk çağı travmalarının (t=2.351; p=.021) dissosiyatif yaşantıları anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) üçüncü ve dördüncü adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(2-97)=18.206; p=.000]; çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıların depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %27.3'ünü açıkladığı (R=.522; R^2=.273); çocukluk çağı travmalarının (t=2.201; p=.030) ve dissosiyatif yaşantıların (t=4.958; p=.000) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin

son adımında dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin modele girmesiyle çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki etkisine ilişkin regresyon katsayısında azalma olduğu ancak anlamlılığını koruduğu, dolayısıyla dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiye *kısmi aracılık* ettiği bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların kısmi aracılık etkisinin, diğer değişle çocukluk çağı travmalarının regresyon katsayısındaki düşüşün anlamlı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yürütülen Sobel testinde kısmi aracılık etkisi anlamlı bulunmuştur (z=2.090; p=.037).

Tablo XXXVI. Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular

	ÇTYMKE	r	r^2	B	B_{se}	β	T	p	F
A 1	Sabit	.284	.081	-12.992	7.287		-1.783	.078	8.950*
	ÇÇT→Depresyon			3.324	1.111	.284	**2.992**	**.003***	
A 2	Sabit	.245	.060	-.916	2.246		-.408	.684	6.520*
	ÇÇT → Dissosiyatif Y.			.875	.342	.245	2.553	**.012***	
	Sabit			-11.774	6.686		-1.761	.081	
A 4	ÇÇT→Depresyon	.485	.235	2.162	1.051	.185	**2.058**	**.042***	15.505*
A 3	Dissosiyatif Y. →Depresyon			1.329	.295	.405	4.512	**.000***	

Sobel: z=2.182; p=.029, ÇTYMKE: Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveyn Grubu

Tablo XXXVI'da çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisine ilişkin Baron ve Kenny (1986) adımları ile yürütülen regresyon adımları verilmiştir. Baron ve Kenny (1986) aracı değişken analizinin ilk adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(1-102)=8.950; p=.003]; çocukluk çağı travmalarının depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %8.1'ini açıkladığı (R=.284; R^2=.081); çocukluk çağı travmalarının (t=2.992; p=.003) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) ikinci adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu

[F(1-98)=6.520; p=.012]; çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar aracı değişkenindeki varyansın %6'sını anlamlı düzeyde açıkladığı (R=.245; R^2=.060); çocukluk çağı travmalarının (t=2.553; p=.012) dissosiyatif yaşantıları anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) üçüncü ve dördüncü adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(2-101)=15.505; p=.000]; çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıların depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %23.5'ini açıkladığı (R=.485; R^2=.235); çocukluk çağı travmalarının (t=2.058; p=.042) ve dissosiyatif yaşantıların (t=4.512; p=.000) depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin son adımında dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin modele girmesiyle çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki etkisine ilişkin regresyon katsayısında azalma olduğu ancak anlamlılığını koruduğu, dolayısıyla dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiye *kısmi aracılık* ettiği bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların kısmi aracılık etkisinin, diğer değişle çocukluk çağı travmalarının regresyon katsayısındaki düşüşün anlamlı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yürütülen Sobel testinde kısmi aracılık etkisi anlamlı bulunmuştur (z=2.182; p=.029).

5.TARTIŞMA

"Çocuk İzlem Merkezinde Adli Görüşmesi Yapılan Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Ebeveynlerinin, Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Çocukların Ebeveynlerinin ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" 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 çalışmasının temel amacı; çocuk izlem merkezinde cinsel istismar mağduru olarak ifadesi alınan, psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocuğu olan üç grup ebeveynin çocukluk çağı travmaları ile depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inancı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çocukluk çağı travmaları, depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inancı arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma, çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynler, çocuğu psikiyatri kliniğinde takip edilen ebeveynler ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubu evreninde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini; Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Çocuk İzlem Merkezi'ne başvuran çocuğu olan 109 ebeveyn, Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'nde takibi yapılan çocuğu olan 100 ebeveyn, Kocaeli ve İzmir illerinde normal popülasyondan (herhangi bir travmatik yaşantı deneyimlemeyen çocukların ebeveynleri) 104 ebeveyn olmak üzere yaşları 25-45 (yaş ort=38.57; ss=5.076) aralığındaki toplam 313 ebeveyn oluşturmaktadır. Psikotravmatoloji, klinik adli psikoloji ve dissoanalitik ekol perspektifinden gerçekleştirilen bu çalışmanın hem klinik hem adli hem de normal popülasyonda gerçekleştirilmesi sebebiyle ilgili literatüre önemli bilimsel katkılar sağlamasının yanı sıra çocukluk çağı travmalarının önlenmesine dair psikotoplumsal politikaların geliştirilmesini de olanaklı kılması öngörülmektedir. Bu bölümde çalışmadan

elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ışığında hipotezler, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerinin ve aile içi ilişkilerinin diğer değişkenler üzerindeki etkisi ilgili alanyazın ekseninde tartışılmaktadır.

5.1. Adli Psikotravmatolojik Açıdan Hipotezlerin Değerlendirilmesi

"Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." olarak ifade edilen ilk hipotezimiz büyük oranda doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XII). Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları (ort=46.57) çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ortalamalarına göre (ort=46.41) istatiksel açıdan fark göstermemekteyken, çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından (ort=43.01) ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo I). Ayrıca çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarına bakıldığında duygusal ihmal alt boyutu ortalamaları ve fiziksel istismar alt boyutu sıra ortalamaları arasında çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerle çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları (ort=12.80) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından (ort=11.64) (Bkz. Tablo I) ve çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=167.04) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin sıra ortalamalarından (sort=145.44) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XII). Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerle çocuğu psikiyatri kliniğinde takip edilen ebeveynler arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır (Bkz. Tablo XII). Bunun yanı sıra çocukları cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği duygusal istismar (t=-3.917; p=.000) ve cinsel istismar (z=-2.506; p=.012)

alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların duygusal istismar ortalamaları (ort=2.66) erkeklerin ortalamalarından (ort=2.36) ve kadınların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=58.32) erkeklerin sıra ortalamalarından (ort=48.79) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bknz. Tablo XIII). Yapılan çalışmalara bakıldığında da kız çocukların erkek çocuklara oranla 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı görülmektedir (Finkelhor, 1994; Hayez, 2004). Yapılan bir diğer çalışmada da duygusal ve cinsel istismara maruz kalma olasılığının kız çocuklarında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Öncü, Kurt, Esenay & Özer, 2012). Bu durum kız cinsiyetinde olmanın cinsel istismar açısından önemli bir risk faktörü olmasıyla açıklanabilir (Fang ve ark., 2015; Finkelhor, 1994). Buna göre yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızla metodolojik açıdan benzerlik gösteren bir araştırmada, cinsel istismara uğramış çocukların annelerinin çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki annelere göre kendi çocukluklarında daha fazla çocukluk çağı travması bildirdikleri belirlenmiştir ki bu sonuç bulgumuzla paralellik göstermektedir (Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch, & O'Toole, 1998). Çalışmamızı destekleyen bir başka araştırmada ise çocukluk çağı travması bulunan ebeveynlerin yetişkinlikte kendi çocuklarına yönelik istismar potansiyelinin arttığı, ayrıca çocukluk çağı travmaları kronikleştikçe istismar etme potansiyelinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Milner, Robertson & Rogers, 1990). Şahbudak (2018) tarafından yapılan başka bir çalışmada, cinsel istismar mağduru çocukların annelerinin kendi çocukluklarında yüksek oranda istismar ve ihmal bildirdikleri tespit edilmiştir. McCloskey ve Bailey (2000) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre anneleri cinsel istismara uğrayan kızların cinsel istismar bildirme ihtimalleri 3.6 kat daha fazla olup, annenin cinsel istismar geçmişi, çocuk cinsel istismarının kuşaklararası geçişi adına güçlü bir prediktör olarak işlev görmektedir. Pek çok çalışma çocukluk çağı travması olan

ebeveynlerin çocuklarını ihmal ve istismar etme potansiyellerinin yüksek olduğunu, kendileri istismar etmese dahi çocuklarını istismara karşı korumada yetersiz kaldığını ve çocuklukta yaşanan istismarın sonraki nesiller açısından da önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır ki bu doktora tez çalışması kapsamında elde edilen veriler de literatür tarafından desteklenmektedir (Belsky, 1980, 1984; Mulder, 2018; Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021; Uzun-Çiçek, 2021).

Öztürk tarafından geliştirilen "*Dissoanaliz Kuramı*" ve psikotarihe göre hem bireysel travmaların hem de kuşaklararası bir geçiş yaparak birden çok nesli etkileyen olumsuz yaşam olaylarının önlenmesi adına empatik, destekleyici ve pozitif doğalı çocuk yetiştirme stillerinin benimsenmesi gerekmektedir. Doktora tez çalışmamız kapsamında elde edilen bulgumuz, çocuğu cinsel istismar bildiren ebeveynlerin daha travmatize olduğunu göstermektedir ki, buna göre ebeveynlerin çocuklarına dışarıdan gelecek olası olumsuz yaşam olaylarına karşı hem öğretici olma hem de doğru bir rehberlik yapabilmesi konusunda travmanın nesiller üzerindeki işlevselliği bozucu etkisi ortaya konmuştur. Olumsuz yaşam olaylarına karşı çocuklarına başa çıkabilme yetisi kazandırmayı hedefleyen, öğretici olmanın yanı sıra doğru rehberlik yapabilen bu optimal ebeveynliğin ülkemizde ve tüm dünyada sağlanabilmesi adına travmatik yaşantıların holistik bir dissoanalizinin; psikotoplumsal terapinin ivedilikle gerçekleştirilmesi temel bir gerekliliktir (Öztürk, 2022a). Çalışmamızdan elde edilen verilere göre çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynler ve çocuğu psikiyatrik tanı almış ve takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları, çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna oranla daha fazladır. Bu sonuç, hem çocuğu cinsel istismara maruz kalmış hem de çocuğunun psikiyatrik bozukluğu bulunan ebeveynlerin kendi çocukluklarında deneyimledikleri travmatik yaşantıların kuşaklararası bir geçiş gösterdiğine işaret etmektedir.

"Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalamaları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XII). Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı ortalamaları (ort=45.82) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=28.69) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin ortalamalarından (ort=26.93) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo I). Buna ek olarak çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-2.736; p=.007). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki kadınların DES puan ortalamaları (ort=5.15) erkeklerin ortalamalarından (ort=4.04) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bknz. Tablo XV). Dissosiyatif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerle yapılan, yaş ve cinsiyet farklılıklarını araştırmak için 177 olgunun dahil edildiği bir çalışmada kızların beş alanda erkeklerden daha semptomatik oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu alanlar; kaygı ve fobik belirtiler, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, uyku sorunları, cinsel dışa vurum ve somatizasyon olarak belirlenmiştir. Okul öncesi yaş grubunda dissosiyatif olgular, oran olarak erkekler ve kızlar arasında eşitken geç ergenlikte, vakaların %83'ünün kız cinsiyette olduğu görülmüştür (Putnam, Hornstein, & Peterson, 1996). Yapılan başka bir çalışmada da, dissosiyatif kişilik bozukluklarının, toplumda görülme sıklığının %10-12 oranında olduğu, kadınların çocukluk çağı travmalarına daha fazla maruz kalmaları ve erkeklerin tedavi için herhangi bir başvuruda bulunmamaları sebebiyle kadınlarda erkeklerden daha yüksek düzeyde dissosiyatif bozukluk tanısı konduğu belirtilmiştir ki bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen bulgumuzu destekler niteliktedir (Öztürk, 2020a; Şar, Akyüz & Doğan, 2007). Öztürk (2020b) çocukluk çağı travmaları açısından disfonksiyonel (görünürde normal) ailelerin çocuk yetiştirme

stillerinin önemli bir risk faktörü olduğunu, çünkü bu ailelerin patolojik ailelere oranla toplum içerisinde daha yüksek oranda var olduklarını ifade etmektedir. Görünürde normal aile dinamikleri ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisinde adeta saklanarak kuşaklararası bir geçiş yapan travmatik yaşantılar, dissosiyatif yaşantıların da nesiller arasında benzer oranlarda görülmesine yol açmaktadır. Öztürk'ün görünürde normal aile modelleri içerisinde tanımladığı dissosiyatif aile modeli, örneklemimizde yer alan aileler ile belirli ölçüde örtüşmektedir ki bu doktora tez çalışmasında, travmatize olmuş çocukların ebeveynlerinin DES toplam puan ortalamalarının çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo XII). Bu sonuç Öztürk (2020b/2021a)'ün belirtmiş olduğu dissosiyatif aile modelindeki ebeveynlerin çocuklarının daha travmatize edici davranış örüntülerine maruz kaldığı ve istismara açık hale geldiği bilgisini destekler niteliktedir. Dissosiyatif aile modelinde subklinik dissosiyatif yaşantıların aile içi ilişkilerde oldukça hakim olduğu, ailede ebeveynlerin bir çocuğu adeta kurban ve günah keçisi olarak seçtikleri, tüm öfkelerini ve açmazlarını bu çocuk üzerinden ortaya koydukları görülmektedir. Ayrıca dissosiyatif aile; çifte mesaj, sahte karşılıklılık, güvensiz bağlanma, ailede gizli cepheleşme, şımartma, arkadaş anne-baba, ebeveynlik reddi, çocuk ayrımı, ihmal ve duyarsızlık gibi travmatize edici davranış örüntülerinin olduğu bir aile yapısı olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020b; 2021a).

Çocukları cinsel istismara maruz kalmış veya psikiyatrik tanı almış ebeveynler ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda dissosiyatif yaşantıların ölçüldüğü bir çalışmaya literatürde rastlanılamamış olup bu doğrultuda çalışmamızdan elde edilen sonuçlar metodolojik açıdan benzerlik gösteren çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalardan biri, annelerin çocukluk döneminde yaşadıkları fiziksel ve duygusal travmalar ile mevcut depresif ve dissosiyatif semptomları dikkate alarak, çocuklukta cinsel istismar ve annenin ebeveynlik tutumu arasındaki bağlantıyı belirlemek için yapılan bir çalışmadır.

Gençlik Koruma Hizmetlerine yönlendirilen 6-11 yaş arası çocukları olan 93 Kanadalı annenin katıldığı çalışmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında; dissosiyatif belirtilerin, çocuğu izleme ve denetleme eksikliğini, disipline etme yöntemlerini uygulamadaki tutarsızlığı ve bedensel ceza kullanımını yordadığı, ayrıca çocukluk çağı travmaları ile disipline etme yöntemlerini uygulamadaki tutarsızlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Collin-Vézina, Cyr, Pauzé & McDuff, 2005). Travma ve dissosiyasyonun kuşaklararası uzamda araştırıldığı bir diğer çalışmada da ihanet travmasının (betrayal trauma) -kurbanın çok yakın olduğu biri tarafından işlenen travma- dissosiyatif yaşantılar üzerindeki kısa ve uzun dönemli ruhsal sonuçları, grup karşılaştırması ve regresyon analizleri kullanılarak 67 anne-çocuk ikilisinden oluşan bir örneklemde incelenmiştir. Yüksek ihanet travması deneyimlerinin hem çocuklarda hem de annelerde daha yüksek dissosiyasyon düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, çocuklukta yüksek düzeyde ihanet travması yaşayan ve ardından yetişkinlikte reviktimizasyona daha fazla maruz kalan annelerin, yeniden mağdur edilmeyen annelere göre daha yüksek dissosiyasyon seviyelerine sahip olduğu gösterilmiştir. Annenin reviktimize olma durumu, çocukluktaki travmatik yaşantılar ile ilişkilendirilmiştir. Bu sonuçlar, çocukluktaki ihanet travması öyküsü sonucu gelişen dissosiyasyonun hem kendine hem de çocuklara yönelik gelecekteki tehditlere karşı sürekli bir bilinçsizliği içerebileceğini düşündürmüştür ki bu sonuç doktora tez çalışmamızda da çocuğu cinsel istismar mağduru olan ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı düzeylerinin daha yüksek bulunması sonucunu desteklemektedir (Hulette, Kaehler & Freyd, 2011).

"Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XII). Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin depresyon ortalamaları (ort=14.93) psikiyatri kliniği grubundakilerin

ortalamalarından (ort=11.81) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin ortalamalarından (ort=8.73) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XII). Ayrıca çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin (t=-4.365; p=.000) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin (t=-3.322; p=.001) cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış kadınların depresyon ortalamaları (ort=17.93) erkeklerin ortalamalarından (ort=9.32), çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki kadınların depresyon ortalamaları (ort=10.11) da erkeklerin ortalamalarından (ort=5.76) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bknz. Tablo XIII, XV). Yapılan bir çalışmada kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığının, erkeklere göre 1.7 ila 2.7 kat fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akdeniz & Gönül, 2004). Keck (2010) de araştırmasında, depresyonun yaygınlık oranını yaklaşık %15-20 olarak belirtirken kadınların (%20) erkeklere (%10) oranla iki kat daha fazla depresyondan etkilendiğini belirtmektedir ki bu sonuçların çalışmamızdan elde edilen bulguları destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Çalışmamızla metodolojik açıdan benzerlik gösteren bir araştırmada çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerde, kontrol grubu ebeveynlerine göre daha fazla depresyon ve TSSB görüldüğü tespit edilmiştir ve bu sonuç bulgularımızla paralellik göstermektedir (Şimşek, Fettahoğlu & Özatalay, 2011). Şahbudak (2018) ise, cinsel istismar mağduru çocukların annelerinin psikiyatrik bir tanı alma ve tedavi sebebiyle psikiyatriye başvurma sıklığının oldukça yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bir başka çalışmada da depresyonun çocukluk çağı travmaları için güçlü bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Chaffin, Kelleher & Hollenberg, 1996). Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerle yapılan çalışmalarda da DEHB'li çocukların annelerinde SCID-I ve SCID-II değerlendirme sonuçlarına göre psikopatoloji (özellikle depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları) görülme oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ki bu sonuç,

çalışmamızı desteklemektedir (Bataş-Bilgeç, 2012). Psikiyatri kliniğinde takibi yapılan çocukların ebeveynleriyle yapılan bir çalışmada vaka ve kontrol gruplarındaki annelerin depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında vaka grubundaki annelerin depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şen-Kaya, 2014). Çocukları bir üniversite polikliniğinde psikolojik değerlendirmeye alınan toplam 104 anneden oluşan üç grupla yapılan bir çalışmada, ilk grup (n=32) çocuğu aile içi cinsel istismara maruz kalmış annelerin, ikinci grup (n=26) çocuğu aile dışında cinsel istismara maruz kalmış annelerin ve üçüncü grup (n=46) ise çocuğu cinsel istismara maruz kalmamış çeşitli davranış problemleri olan annelerin Beck Depresyon Envanteriyle depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Aile içi istismara uğrayan çocukların annelerinin %50'si, aile dışı istismara uğrayan çocukların annelerinin %69'u ve istismara uğramamış çeşitli davranış bozuklukları olan çocukların annelerinin %50'si en az orta derecede depresyon yaşadıklarını bildirmiştir (Wagner, 1991).

"Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocukların ebeveynlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür." şeklindeki dördüncü hipotezimiz büyük oranda doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XII). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin adil dünya inancı ortalamaları (ort=41.85) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=38.65) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XII). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı ortalamaları (ort=22.63) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin ortalamalarından (ort=19.69) ve psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=20.19) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin genel adil dünya inancı ortalamaları (ort=20.15) psikiyatri kliniğindekilerin ortalamalarından (ort=18.49) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XII). Bu doktora tez çalışmasıyla yöntem açısından benzerlik gösteren bir araştırmada, kişisel ve genel

adil dünya inancının travma sonrası stres bozukluğu belirtileri düşük olan grupta fazla olan gruba göre daha yüksek olduğu ve travmatik yaşantılar arttıkça bireylerin dünyanın adil, güvenilir ve iyi bir yer olduğuna dair inancının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Baykuzu, 2016).

Yeniden vurgulanmak istenildiği üzere adil dünya inancı, kişisel ve genel adil dünya inancı olarak iki farklı kategoride değerlendirilmektedir ve işlevleri de birbirinden farklıdır. Genel adil dünya inancı insanların gözlemledikleri ile inandıkları arasında bir denge kurmalarına yardımcı olurken kişisel adil dünya inancı ise insanlara, kişisel düzeyde yaşanan adaletsizliklerle baş etmede, liyakatsizlikle başa çıkmada ve ruh sağlığını korumada belirli oranda yardımcı olmaktadır (Dalbert, 1999; Sutton & Winnard, 2007). Kişisel adil dünya inancı bireyin kendi yaşadıklarıyla ilgiliyken genel adil dünya inancı ise genel olarak gözlemlenen dünyanın nasıl algılandığıyla ilgilidir ve kişisel adil dünya inancı, bireylerin ruh sağlığıyla ilişkiliyken genel adil dünya inancı ise katı sosyal tutumlarla karakterizedir (Dalbert, 1999; Kılınç & Torun, 2011). Travmatik yaşantısı olmayan bireylerin dünyayı daha adil bir yer olarak algılama eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Buna göre çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin adil dünya inancı ortalamalarının psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunması öngörülen bir sonuçtur ve literatür tarafından desteklenmektedir. Kişisel adil dünya inancı birebir kişilerin yaşantılarıyla ilintili olduğundan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin kişisel adil dünya inancı ortalamalarının, Çocuk İzlem Merkezi ve psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunması da literatürle uyumlu bir sonuçtur. Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin genel adil dünya inancı ortalamaları psikiyatri kliniğindekilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Genel adil dünya inancı daha önce de değinildiği üzere gözlemlenen dünyanın nasıl algılandığıyla ilgilidir ve katı sosyal tutumlarla karakterizedir (Dalbert, 1999). Çocuk cinsel istismarı

açısından önemli risk faktörlerinden biri de katı ebeveyn tutumlarıdır (Özgen, 2017). Yapılan bir çalışmada ebeveynlik tutumlarıyla ergenlerin flört ilişkisinde istismara maruz kalması arasındaki ilişkiye bakılmış ve olumlu ebeveyn tutumuna sahip ergenlerin katı ebeveyn tutumuna sahip ergenlere göre flört ilişkisinde istismara maruz kalma oranının daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mumford, Liu & Taylor, 2016). Bu doktora tez çalışmasından elde edilen bulgulara bakıldığında da çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin daha katı çocuk yetiştirme stillerine sahip oldukları ifade edilebilmekte, fakat bu konuda daha net sonuçlara ulaşabilmek için ebeveynlerin ve çocukların dahil edildiği daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan ve çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki beşinci hipotezimiz doğrulanmamıştır (Bkz. Tablo XXVI). Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin DES kesme puanına göre çocukluk çağı travmaları ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi analizine bakılmıştır (Bkz. Tablo XXVI). Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin DES kesme puanına göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. DES kesme puanı 30'un üstünde olan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarından aldığı puanlar DES kesme puanı 30'un altında olan ebeveynlerden daha yüksek olmasına rağmen bu fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Bkz. Tablo XXVI). Cohen (2019) yaptığı çalışmada DES toplam puanları ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Derin (2018) de yapmış olduğu çalışmada araştırmasına dahil ettiği kişilerin %95.4'ünün DES kesme puanı 30 puanın altında olması sebebiyle dissosiyatif yaşantılar açısından katılımcılar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edememiştir.

Annelerin çocuklukta yaşadıkları fiziksel ve duygusal travmalar ile mevcut depresif ve dissosiyatif semptomları göz önünde bulundurarak, çocuklukta cinsel istismar ile anne ebeveynliği arasındaki bağlantıyı belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, annelerin mevcut depresif belirtileri, ölçülen ebeveynlik rollerinin hiçbirini yordamamıştır. Aynı çalışmada çoklu hiyerarşik regresyonlardan elde edilen sonuçlar, ebeveyn uygulamaları ve tutumlarının temel yordayıcısı olarak dissosiyatif semptomlara işaret etmiştir. Daha spesifik olarak dissosiyatif belirtiler, olumlu pekiştirme kullanımını, çocuğu izleme ve denetleme eksikliğini, disiplin uygulamadaki tutarsızlığı ve bedensel ceza kullanımını yordamaktadır. Dissosiyasyon ayrıca çocuklukta kötü muamele (fiziksel, duygusal istismar ve ihmal) ile disiplin uygulamadaki tutarsızlık arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (Collin-Vézina, Cyr, Pauzé & McDuff, 2005).

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki altıncı hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXVI). DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin depresyon düzeyleri (ort=18.84) DES ortalaması 30 ve altı olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere (ort=10.63) oranla daha fazladır (Bkz. Tablo XXVI). Erken çocukluk döneminde duygusal küntlük, depresyon ve dissosiyasyon semptomlarının TSSB semptomlarını predikte edip etmediğinin belirlenmesine yönelik yurtdışında gerçekleştirilen bir çalışmada, cinsel ya da cinsel olmayan saldırı mağduru 161 kadın, 12 hafta boyunca araştırmanın değişkenleri yöneliminde takip edilmiştir. Duygusal küntlük, depresyon ve dissosiyasyonun her biri başlangıçtaki TSSB belirtilerinin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve dissosiyasyonun regresyon analizine dahil edilmesinden sonra, erken dönemdeki duygusal küntlüğün daha sonraki TSSB görülme olasılığını arttırdığı ortaya çıkmıştır (Feeny, Zoellner,

Fitzgibbons & Foa, 2000). Bir diğer çalışmada çocuklukta psikolojik kötü muamele öyküsü bildiren kadın sağlık profesyonelleri (n=55), istismara uğramamış bir kontrol grubuyla (n=55) anksiyete, depresyon ve dissosiyasyon açısından karşılaştırılmıştır ve çocuklukta psikolojik istismar öyküsü bildiren katılımcıların, istismara uğramamış kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek depresyon, anksiyete ve daha sık dissosiyatif deneyimler yaşadıkları tespit edilmiştir ki bu sonuç, bulgumuzla paralellik göstermektedir (Ferguson & Dacey, 1997). Depresyon tanısı almış 70 erişkin yatan hasta ve 50 sağlıklı kontrol grubunun değerlendirildiği bir başka çalışmada, dissosiyatif bozukluklar kesme puanı olan 30 ve üzeri DES puanına sahip katılımcıların (%34.2, N=25; DES=25) önemli ölçüde daha yüksek travmatizasyon, depresyon ve öznel stresi yoğun bir şekilde deneyimlediği belirlenmiştir. Dissosiyasyon, travmatik stres ve depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında, dissosiyatif süreçlerin depresyon üzerinde önemli bir rolü olduğu ortaya konmuştur (Bob, Susta, Pavlat, Hynek & Raboch, 2005). Tüm bu çalışmaların yanı sıra Şar (2011) tarafından depresif bozukluğun potansiyel bir alt tipi olarak ortaya konan dissosiyatif depresyon kavramı da dikkat çekmektedir. Buna göre çocukluktaki travmatizasyonla ilişkili olan dissosiyatif depresyon, kronik olma eğilimindedir ve biyolojik müdahalelere sınırlı yanıtı nedeniyle genellikle tedaviye dirençli olarak sınıflandırılır. Dissosiyatif psikopatolojiyi hedef alan travma odaklı psikoterapi olumlu sonuçlar vermektedir. Bununla birlikte, bu tür hastalar genellikle etkili psikoterapi açısından yeterince tedavi edilmezler ve uzun süreli antidepresan reçetelerinin alıcıları haline gelirler. Dissosiyatif depresyon kavramı, resmi psikiyatrik sınıflandırmalar açısından "isimsiz" durumundan muzdarip bu büyük hasta grubunun tanımlanmasını kolaylaştırmak için önerilmiştir (Şar, 2011). Yapılan tüm bu çalışmalarda dissosiyatif yaşantılarla depresyon arasında önemli bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ki bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen bulgumuzu desteklemektedir.

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan ve çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki yedinci hipotezimiz kısmen doğrulanmıştır, sadece çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal ihmal açısından istatiksel fark bulunmuştur (Bkz. Tablo XXVII). DES ortalaması 30 ve üzeri olan ebeveynlerin duygusal ihmal yaşantıları (ort=14.00), DES ortalaması 30'un altındaki ebeveynlere (ort=11.94) göre anlamlı düzeyde yüksektir (Bkz. Tablo XXVII). Otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların anneleriyle yapılan bir çalışmada OSB olan ve olmayan çocukların annelerinde dissosiyatif yaşantılar, çocukluk çağı travmaları ve aleksitimi arasındaki farklılıklar araştırılmıştır. İlgili çalışmaya çocuklarına OSB tanısı konan 31 anne ve mevcut herhangi bir psikiyatrik tanı ya da psikiyatrik bozukluk öyküsü olan 30 anne dahil edilmiş olup bu araştırmanın sonuçlarına göre OSB'li çocukların annelerinde daha şiddetli dissosiyatif semptomatoloji olduğu, kontrol grubundaki annelere göre daha fazla depersonalizasyon/derealizasyon, daha sık çocukluk çağı cinsel istismarı ve fiziksel ihmal öyküsü olduğu, fakat iki grup arasında aleksitimi düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ki bu sonuç, bulgularımızla paralellik göstermektedir (Işık, Yıldırım, Boysan & Murat, 2017). Yapılan bir başka çalışmada ihanet travmasının, dissosiyasyon üzerindeki kısa ve uzun vadeli sonuçları, karşılaştırma ve regresyon analizleri kullanılarak 67 anne-çocuk ikilisinden oluşan bir örneklemde incelenmiştir. Yüksek düzeyde ihanet travması deneyimlerinin hem çocuklarda hem de annelerde daha yüksek düzeyde dissosiyasyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, çocuklukta yüksek düzeyde ihanet travması yaşayan ve daha sonra yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerde yeniden mağdur (reviktimize) edilen annelerin, yeniden mağdur olmayan annelere göre daha yüksek düzeyde dissosiyasyona sahip oldukları da belirlenmiştir. Annenin yeniden mağdur olma durumu,

çocukların da kişilerarası travma öyküsünün daha sık olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Hulette, Kaehler & Freyd, 2011). Bu doktora tez çalışmasından elde edilen bulgularda literatürden farklı olarak sadece duygusal ihmal açısından anlamlı fark bulunmuştur, bu durum toplumda en yaygın çocukluk çağı travmasının duygusal ihmal olmasıyla ve Öztürk (2021a/2022c)'ün de özellikle üstünde durduğu gibi toplumda patolojik ailelerden daha çok disfonksiyonel (görünürde normal) aile yapısının ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinin bu tür aile yapısında çok yaygın olması ile açıklanabilir.

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki sekizinci hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXVII). Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin DES kesme puanlarına göre depresyon ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. DES ortalaması 30'un üzerinde bulunan ebeveynlerin depresyon ortalamaları (ort=17.28) DES ortalaması 30'un altında olan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=9.58) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XXVII). Çalışmamızla benzerlik gösteren başka bir araştırmaya bakıldığında; 138 depresyon tanısı almış kişi ve 204 kontrol grubu olmak üzere toplamda 342 katılımcıdan oluşan örneklem grubuyla yapılan bir çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, her iki grupta da istismar türlerinin karşılıklı olarak birbirlerini etkilediği, duygusal istismarın dissosiyasyonla bağlantılı olduğu, bunun da sırasıyla depresyon ve intihar düşüncesinin yordayıcısı olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada depresyon, kontrol grubunda dissosiyasyon ve intihar düşüncesi arasında tam aracılık etkisine ve depresyon grubunda ise kısmi aracılık etkisine sahip olarak bulunmuştur. Cinsel istismarın ise depresyon grubundaki depresyon ve intihar düşüncesi üzerinde doğrudan etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bertule, Sebre & Kolesovs, 2021). Başka bir çalışmada da dissosiyatif semptomatoloji, travmatik stres ve depresyon

arasındaki yakın ilişki, depresyonda dissosiyatif süreçlerin önemli bir rolü olduğunu ortaya koymuştur (Bob, Susta, Pavlat, Hynek & Raboch, 2005). Dissosiyatif depresyon ile düşük dissosiyasyon puanları olan depresyon arasında ayrım yapmanın mümkün olup olmadığını araştırmayı amaçlayan bir çalışmada, iki grup arasında önemli farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma, yüksek dissosiyatif puanları olan hastaların, düşük dissosiyatif puanları olanlara göre önemli ölçüde daha yüksek depresyon ve anksiyete puanlarına sahip olduğunu ve yüksek dissosiyatif puanları olan grubun, düşük dissosiyatif puanları olan gruba kıyasla daha yüksek duygusal, cinsel ve fiziksel istismar yaşantısı bildirdiğini ortaya koymuştur. Bu çalışma, dissosiyatif depresyon kavramının çarpıcı olduğunu göstermektedir, çünkü yüksek düzeyde dissosiyasyon bildiren majör depresyon bozukluğu hastalarının, hastalıkta erken başlangıç yaşı, yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmatik deneyimleri gibi belirgin klinik özellikleri vardır (Belli, Ural, Sagaltici, Solmaz & Akbudak, 2021). Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgunun literatürle paralellik gösterdiği görülmektedir.

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki dokuzuncu hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXVIII). DES ortalaması 30 ve üstünde olan ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalamaları (ort=6.74) DES ortalaması 30'un altındaki ebeveynlere göre (ort=6.42) istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir. DES ortalaması 30'un üstünde olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerle DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur. DES ortalaması 30'un üzerinde olan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları (ort=12.76) DES ortalaması 30'un altında olan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=11.03) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İşleyen

(2020) tarafından yapılan bir çalışmada DES ile CTQ-28 puanları ve CTQ-28 alt boyutları olan cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra aynı çalışmada, annelerin CTQ-28 ve Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği arasındaki ilişkide DES'in annelerin CTQ-28 ve Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği arasındaki ilişkiyi yordadığı tespit edilmiştir (İşleyen, 2020).

Dissosiyasyonun, nesiller boyunca çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası geçişini açıklayan mekanizma olduğu hipotezini test etmek için yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ve kendi çocuklarını da travmatize etmeye devam eden bir grup anne, istismar döngüsünü kıran bir grup anneyle karşılaştırılmıştır. İstismara uğrayan ve çocuklarını istismar eden anneler hem çocukluklarını tanımlamalarında idealleştirme, tutarsızlık ve gerçeklerden kaçmada hem de DES'te, istismar döngüsünü kıran annelere göre daha yüksek puan almışlardır. Çocuklarını travmatize eden travma mağduru anneler, çocukken aldıkları bakımı parçalanmış ve bağlantısız bir şekilde hatırlarken, döngüyü kıranlar ise istismar deneyimlerini daha tutarlı bir benlik görüşüne entegre etmişlerdir (Egeland & Susman-Stillman, 1996). 7532 istismar veya ihmal mağduru bireye DES uygulanan 65 çalışmadan yapılan bir meta-analiz çalışmasında, çocuklukta kişilerarası kötü muamele ile dissosiyasyon arasındaki ilişki sistematik olarak araştırılmıştır. İstismar/ihmal türü, başlangıç yaşı, istismarın süresi ve faille olan ilişki hakkında bilgilerin yanı sıra istismara uğramış ve istismar edilmemiş popülasyonlar için DES puanları çıkarılmıştır. Sonuçlar, istismar veya ihmal edilmeyen kişilere kıyasla, çocuklukta istismar ve ihmal yaşantısı olan kişilerde daha yüksek dissosiyasyon olduğunu ortaya koymuştur. Daha erken bir başlangıç yaşı, daha uzun bir istismar süresi ve ebeveyn istismarı, daha yüksek dissosiyasyon puanlarını önemli ölçüde predikte etmiştir ki bu meta-analiz çalışması, dissosiyasyonun etiyolojisinde çocukluk çağı istismarı/ihmalinin öneminin altını çizmektedir ve bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde

edilen DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanlarının DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olması sonucunu desteklemektedir (Vonderlin, Kleindienst, Alpers, Bohus, Lyssenko & Schmahl, 2018).

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir." şeklindeki onuncu hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXVIII). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin DES kesme puanlarına göre depresyon ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXVIII). DES ortalaması 30 ve üzerinde bulunan ebeveynlerin depresyon ortalamaları (ort=12.51) DES ortalaması 30'un altında olan ebeveynlerin ortalamalarından (ort=6.64) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Klinik olmayan popülasyondan 924 kişiyle yapılan bir çalışmada, somatizasyon, dissosiyasyon, depresyon ve aleksitimi arasında anlamlı bir klinik korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lipsanen, Saarijärvi & Lauerma, 2004). Tinnitus hastaları ve kontrol grubuyla yapılan başka bir çalışmada tinnitus ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travmaları, depresif belirtiler ve dissosiyatif yaşantıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tinnitus olgularının çocukluk çağı travmalarından kontrol grubuna göre daha fazla etkilenmiş olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca diğer değişkenler (depresif ve dissosiyatif belirtiler) karşılaştırıldığında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tinnituslu bireylerin sağlıklı bireylere göre depresif belirti puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tinnitus olgularının çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur, çocukluk çağı travmaları arttıkça depresif belirtiler ve dissosiyatif yaşantılar artmaktadır (Altintas, Sarlak, Ozturk & Celbis, 2021). Bir diğer

çalışmada da patolojik dissosiyasyon prevalansı (DES-T ≥ 20) genel popülasyonda %3.4 olarak bulunmuştur. Patolojik dissosiyasyon, aleksitimi, depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin güçlü olduğu, patolojik dissosiyasyon olasılığı, depresif kişiler arasında yaklaşık dokuz kat, aleksitimik kişiler arasında yedi kattan fazla ve intihara meyilli kişiler arasında diğerlerine göre dört kattan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Maaranen, Tanskanen, Honkalampi, Haatainen, Hintikka & Viinamäki, 2005). Şar, Akyüz ve Doğan (2007) tarafından ortaya konan dissosiyatif depresyonun toplumdaki kadınlar arasındaki prevalansını araştırmak için 628 kadınla yapılan bir çalışmada kadınlardaki mevcut majör depresif dönem prevalansının %10 olduğu, kadınların %18.3'ünün yaşamı boyunca DSM-IV'e göre bir dissosiyatif bozukluk tanısı aldığı ve bununla birlikte dissosiyatif depresyon prevalansının da %4.1 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dissosiyatif depresyonu olan gruptaki kadınların, dissosiyatif olmayan depresyonlu kadınlardan (ortalama yaş = 39.6 yıl) daha genç (ortalama yaş = 30.7 yıl) olduğu, dissosiyatif depresyon grubundaki kadınların intihar eğilimi, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, konsantrasyonda azalma ve kararsızlık, iştah ve kilo değişikliklerini dissosiyatif olmayan gruba göre daha fazla bildirdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Dissosiyatif depresyon grubu tarafından okul eğitiminin erken bırakılması ve çocuklukta cinsel istismar dissosiyatif olmayan depresyon grubuna göre daha fazla bildirilmiştir (Sar, Akyüz, Öztürk & Alioğlu, 2013). Bizim çalışmamızdan elde edilen bulguların da literatürdeki çalışmalarla paralel nitelikte olduğu görülmüştür.

"DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları sırasıyla DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlere, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlere ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür."

şeklindeki on birinci hipotezimiz doğrulanmamıştır (Bkz. Tablo XXVI, XXVII, XXVIII). Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin DES kesme puanına göre adil dünya inancı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Bkz. Tablo XXVI). DES kesme puanı 30'un üstünde olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeğinden aldığı puanlar (sort=38.88), DES kesme puanı 30'un altında olan ebeveynlerden (sort=40.88) daha düşük olmasına rağmen, istatiksel açıdan bu fark anlamlı değildir (Bkz. Tablo XXVI). DES ortalaması 30 ve üstünde olan çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Adil Dünya İnancı ölçeğinden aldığı puanlar (sort=37.72) DES ortalaması 30'un altında olan ebeveynlere (sort=39.07) göre daha az olmasına rağmen bu fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Bkz. Tablo XXVII). DES ortalaması 30 ve üstünde olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin (sort=40.65) Adil Dünya İnancı ölçeğinden aldığı puanlar, DES ortalaması 30 puanın altında olan ebeveynlerden (sort=42.51) küçük farklarla daha düşüktür, fakat bu farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Bkz. Tablo XXVIII). Çalışmamızla metodolojik açıdan benzerlik gösteren Bayraktar (2011)'ın yapmış olduğu çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri toplam ve alt boyut puanları genel olarak; çaresiz başa çıkma, kaderci başa çıkma, dissosiyatif yaşantılar, adil dünya inancı, dünyanın iyi olduğuna yönelik inanç ve arkadaş desteği tarafından yordanmaktadır. Daha önce literatürde bizim çalışma grubumuzla yapılmış böyle bir çalışmaya rastlanmadığından sonuçlarımız tam olarak kıyaslanamamaktadır. Çalışmamızın bu anlamda literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

"Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının, katılımcıların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı yordayıcılığı vardır." şeklindeki on ikinci hipotezimiz kısmen doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXX, XXXI, XXXII).

Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(8-100)=4.390; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %26'sını açıkladığı (R=.510; R^2=.260); dissosiyatif yaşantıların depresyon üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=4.052; p=.000) belirlenmiştir (Bkz. Tablo XXX). Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(8-91)=7.514; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %39.8'ini açıkladığı (R=.631; R^2=.398); duygusal istismarın (t=2.035; p=.045), dissosiyatif yaşantıların (t=4.847; p=.000) ve adil dünya inancının (t=-2.208; p=.030) depresyon üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo XXXI). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu [F(8-95)=6.584; p=.000]; modeldeki değişkenlerin depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %35.7'sini açıkladığı (R=.597; R^2=.357); dissosiyatif yaşantıların (t=4.002; p=.000) ve adil dünya inancının (t=-3.125; p=.002) depresyon üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo XXXII). Ayrıca Pearson Korelasyon analizine göre de çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVII, XVIII, XIX).

Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin duygusal ihmal puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVII, XVIII, XIX). Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVIII, XIX). Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travması puanları ile adil dünya inancı puanları arasında ve kişisel adil dünya inançları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVII). Ebeveynlerin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmaları arttıkça depresyon düzeyleri ve dissosiyatif yaşantıları artmaktadır (Bkz. Tablo XVI). Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin depresyon puanları ile dissosiyatif yaşantı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVII, XVIII, XIX). Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında ve genel adil dünya inancı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVII). Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında ve kişisel adil dünya inancı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XVIII). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin depresyon puanları ile adil dünya inancı puanları arasında, kişisel adil dünya inancı puanları arasında ve genel adil dünya inancı puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XIX).

Çalışmamızla metodolojik açıdan benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; 301 kişiyle yapılan bir araştırmada, dissosiyasyon ve depresyonun çocukluk çağı travmaları sonucunda gelişen ve çeşitli olumsuz sonuçlara yol açan aracı değişkenler olarak hareket ettiğini öne süren nedensel bir model test edilerek çocukluk çağı travmalarının depresyon ve dissosiyasyonla güçlü bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ki bizim çalışmamızdan elde edilen bulguları destekler nitelikte bir sonuç olduğu görülmüştür (Becker-Lausen, Sanders & Chinsky, 1995). Yapılan başka bir çalışmadan elde edilen sonuca göre çocukluk çağı cinsel istismarının hem erkeklerde hem de kadınlarda erişkin başlangıçlı depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Weiss, Longhurst & Mazure, 1999). Taner ve Bahar (2004) yaptıkları çalışmada cinsel istismara maruz kalmanın, kişiler arası iletişim becerileri üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu ve yetişkinlik başlangıçlı depresyonla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bir diğer çalışmada çocukluk çağı travma türlerinin alt tiplerine göre depresyon ile dissosiyasyon arasındaki ilişki araştırılmıştır. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre çocukluk çağında yaşanan duygusal ihmal arttıkça depresyon ile dissosiyasyon arasındaki ilişkinin de arttığı ortaya çıkmıştır ki bu sonuç çalışmamızdan elde edilen çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif yaşantıların depresyon üzerinde anlamlı yordayıcılığı olduğu sonucuyla paralellik göstermektedir (Gül, Gül, Özen & Battal, 2016).

"Ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların anlamlı aracılık rolü vardır." şeklindeki on üçüncü hipotezimiz kısmen doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXXIII). Baron ve Kenny (1986) aracı değişken analizinin ilk adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu, ebeveynlerin bulunduğu grup ve çocukluk çağı travmalarının depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %14.4'ünü açıkladığı, ebeveynlerin bulunduğu grubun ve çocukluk çağı travmalarının depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) ikinci adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu, ebeveynlerin bulunduğu grup ve

çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar aracı değişkenindeki varyansın %7.8'ini anlamlı düzeyde açıkladığı, ebeveynlerin bulunduğu grubun ve çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantıları anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin (1986) üçüncü ve dördüncü adımında elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu, ebeveynlerin bulunduğu grup, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıların depresyon bağımlı değişkenindeki varyansın %28.9'unu açıkladığı, ebeveynlerin bulunduğu grubun çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif yaşantıların depresyonu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Baron ve Kenny'nin son adımında dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin modele girmesiyle çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerindeki etkisine ilişkin regresyon katsayısında azalma olduğu ancak anlamlılığını koruduğu, dolayısıyla dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettiği bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların kısmi aracılık etkisinin, diğer değişle çocukluk çağı travmalarının regresyon katsayısındaki düşüşün anlamlı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yürütülen Sobel testinde kısmi aracılık etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XXXIII). Gruplara göre aracılık etkisine bakıldığında ise sonuç olarak dissosiyasyonun, çocuğu psikiyatrik tanı almış ebeveyn grubu (Bkz. Tablo XXXV) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (Bkz. Tablo XXXVI) çocukluk çağı travmaları ve depresyon arasında anlamlı kısmi aracılık etkisinin olduğu, fakat Çocuk İzlem Merkezi grubundaki (Bkz. Tablo XXXIV) kısmi aracılık etkisinin anlamlı olmadığı ortaya konmuştur. Çalışmamızla metodolojik açıdan benzerlik gösteren kendine zarar verme davranışıyla çocukluk çağı travmaları arasında dissosiyasyonun aracılık etkisine bakılan bir çalışmada, çocukluk istismarı ve ihmali öyküsü olan 87 kadın hastadan oluşan bir örneklem 2 alt gruba ayrılmıştır (kendine zarar verme davranışı var: n = 42, kendine zarar verme davranışı yok: n = 45), yapılan değerlendirme sonucunda, kendine zarar verme davranışı olan hastalarda olmayanlara göre önemli ölçüde daha fazla çocukluk çağı travması, daha yüksek düzeyde

dissosiyasyon ve depresif belirtiler olduğu tespit edilmiş, fakat çocukluk çağı travma öyküsü ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiye yalnızca dissosiyasyonun aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Franzke, Wabnitz & Catani, 2015). Yapılan bir diğer çalışmada da bir psikiyatri kliniğinde ayaktan takibi yapılan psikotik bozukluk tanısı olmayan hastalarda dissosiyasyonun çocukluk çağı travmaları ile anormal deneyimler arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği belirtilmiştir ki bu sonuç çalışmamızı destekler niteliktedir (Choi, 2017). Orta ila şiddetli cinsel ve/veya fiziksel istismar bildiren anneler (n = 58) ve çocukluk çağı travmasına maruz kalmamış annelerden oluşan bir karşılaştırma grubuyla (n = 61) yapılan başka bir çalışmada dissosiyasyonun, çocukluk çağı travmaları ile ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Williams, Moehler, Kaess, Resch & Fuchs, 2022). Bizim çalışmamıza bakıldığında; çocuk psikiyatri kliniğine gelen ailelerle ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ailelerle ölçek doldurulduğu esnada yapılan görüşmelerde ailelerin kendini gizleme eğiliminde olmadıkları, çocuk psikiyatrisi grubundaki ailelerin çocuklarının tedavisi için işbirliğine açık oldukları, bu nedenle de kendilerine uygulanan ölçeklere karşı anksiyöz olmadıkları, uygulayıcıyla güven ilişkisi kurmada zorlanmadıkları gözlenmiştir. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ailelerin de ölçekler uygulanırken açık bir şekilde kendilerini ifade edebildikleri, kendilerini gizleme eğiliminde olmadıkları gözlenmiştir. Fakat Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ailelerin çocuklarıyla ilgili adli bir işlem içerisinde olmaları sebebiyle daha gergin ve anksiyöz oldukları, bu nedenle kendilerini olduğundan daha iyi gösterme eğilimi içinde oldukları klinik olarak uygulayıcı tarafından gözlenmiştir. Bu nedenle ölçekleri doldururken güven ilişkisinin tam anlamıyla kurulamadığı ve kendini gizleme eğiliminde olan ailelerin Çocuk İzlem Merkezi grubunda daha yüksek olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde ebeveynlere uygulanan sosyodemografik ölçeklerden elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin ve çocukların cinsiyetlerinin dağılımlarına bakıldığında gruplara göre ebeveynlerin cinsiyetlere dağılımları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır, fakat çocukların cinsiyet dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo III). Psikiyatri kliniğinde takibi yapılan çocuklar ile travmatik yaşantıya maruz kalmamış çocukların cinsiyetlere dağılımları arasında anlamlı fark bulunmazken Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%21.1) erkek çocukların sayısı psikiyatri kliniği grubundaki (%52) ve travmatik yaşantıya maruz kalmamış gruptaki (%49) erkek çocukların sayısından anlamlı düzeyde düşük; Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%78.9) kız çocuklarının sayısı psikiyatri kliniği grubundaki (%48) ve travmatik yaşantıya maruz kalmamış gruptaki (%51) kız çocukların sayısından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum kız cinsiyetinde olmanın cinsel istismar açısından önemli bir risk faktörü olmasıyla açıklanabilir (Fang ve ark., 2015; Finkelhor, 1994). Literatürde yapılan pek çok çalışmada da cinsel istismar mağduru çocukların cinsiyetlere göre dağılımlarına bakıldığında kız çocukların oranının her çalışmada erkek çocuklara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Metin, Toros ve Kuygun Karcı (2021) yapmış olduğu çalışmada istismar mağduru çocukların %78.1'inin kız, %21.9'unun erkek cinsiyette olduğu, başka bir çalışmada da çocukların %72.7'sinin kız ve %27.3'ünün erkek olduğu bulunmuştur (Büber & Oksal, 2022). Yapılan bir diğer çalışmada da cinsel istismar mağduru çocukların cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında %78.3'ünün kız, %21.7'sinin erkek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yektaş, Tufan, Büken, Çetin & Yazici, 2018). Uslu (2022) da yaptığı çalışmada cinsel istismar mağduru çocukların %86.6'sının kız çocuğu olduğunu belirtmektedir. Yurt dışında yapılan diğer çalışmalara göre de kız çocuklar erkek çocuklara oranla 2-5 kat daha fazla istismara maruz kalmaktadır (Finkelhor, 1994;

Hayez, 2004). Buna göre yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Gruplara göre çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, gelir düzeyleri ve maddi yardım alma durumları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo III). Çocuk İzlem Merkezi ve psikiyatri kliniği grubundaki ebeveynlerin eğitimleri birbirlerine benzerlik gösterirken çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubu diğer iki gruptan farklılaşmaktadır. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%54.2) ve psikiyatri kliniği grubunda (%37) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre (%13.5) anlamlı düzeyde yüksek; üniversite mezunu ebeveynlerin sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%60.6) psikiyatri kliniği grubundakinden (%25) ve Çocuk İzlem Merkezi grubundakinden (%13.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hiç çalışmamış ebeveyn sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%42.2) ve psikiyatri kliniği grubunda (%48) birbirine denk ancak çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakinden (%16.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sosyoekonomik durum incelendiğinde, 3000TL altında geliri olan kişilerin dağılımına bakıldığında Çocuk İzlem Merkezi grubundaki (%58.7) ebeveynlerin psikiyatri kliniği grubundakilerden (%11) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%26) anlamlı düzeyde daha düşük gelire sahip olduğu bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda hiç maddi yardım alan ebeveyn bulunmadığı; Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%8.3) ve psikiyatri kliniği grubunda (%13) maddi yardım alanların sayıları arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir. Anlamlı farklılık çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundan hiç maddi yardım alan olmamasından kaynaklanmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda cinsel istismara maruz kalan çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik verilerine bakıldığında; bir çalışmada ebeveynlerin ağırlıklı olarak ilkokul ve altı eğitim

düzeyine sahip olduğu (anne; %81.8, baba; %72.8) ve ailelerin büyük çoğunluğunda tek ebeveynin çalışmakta olduğu (çalışan anne; %15.5, çalışan baba; %89.3) (Metin, Toros & Kuygun Karcı, 2021), bir diğer çalışmada anne eğitim düzeyinin ortalama (yıl) 6.2±3.7, baba eğitim düzeyinin ortalama (yıl) 6.8±3.3 olduğu, annelerin %44.4'ünün, babaların hepsinin çalıştığı (Şimşek, Fettahoğlu & Özatalay, 2011), Sarıcan ve Karakaya (2019)'nın yapmış olduğu çalışmada da cinsel istismar mağduru çocukların annelerinin çoğunluğunun (%66) ev hanımı olduğu, annelerin %88'inin ortaokul ve altı eğitim düzeyine dahil olduğu, babaların büyük çoğunluğunun çalıştığı (%94), babaların da %66'sının ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Butler (2013) yaptığı çalışmada ailenin sosyoekonomik refahı ve annenin eğitim düzeyi arttıkça cinsel istismar riskinin azaldığını ortaya koymaktadır. Priebe ve Svedin (2009) de yapmış olduğu çalışmada ailenin düşük sosyoekonomik düzeyinde olmasının cinsel istismar açısından önemli bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çocuğu psikiyatrik tanı almış ebeveynlerle yapılan çalışmalara bakıldığında da; bir çalışmada annelerin %63.93'ünün ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, annelerin %77.05'inin ev hanımı olduğu, babaların %68.85'inin lise ve üstü eğitim almış olduğu, babaların %90.16'sının çalışıyor olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Öç, Şişmanlar, Ağaoğlu, Tural, Önder & Karakaya, 2006). Bir diğer çalışmada annelerin %69.8'inin ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %71.2'sinin ev hanımı olduğu, babaların %33.4'ünün ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, babaların büyük çoğunluğunun da çalışıyor olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sökmen, 2018). Yapılan başka bir çalışmada annelerin %86.9'u ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %79.6'sının ev hanımı olduğu, babaların %71.7'sinin ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, babaların %60.4'ünün çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır (Sarı, 2018). Türkiye'de yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında çocuklarda psikopatolojinin varlığının anne-babanın eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur, herhangi bir psikopatolojiye sahip olan çocukların ebeveynlerinin eğitim

düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ercan ve ark., 2019). Ayrıca yapılan pek çok çalışmada ailenin sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocukların okul başarısıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir (Azina & Halimah, 2012; Fergusson, McLeod & Horwood, 2013). Bizim çalışmamızda da özellikle Çocuk İzlem Merkezi grubu ve psikiyatri kliniği grubundaki ebeveynlerin eğitim düzeyinin çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre daha düşük olduğu görülmektedir ki bu sonuç literatürle uyumludur. Bu durum ebeveynlerin düşük eğitim düzeyine sahip olmasının hem cinsel istismar açısından hem de çocuklarda psikopatoloji gelişimi açısından önemli risk faktörü olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ve psikiyatri kliniği grubundaki annelerin büyük bir çoğunluğunun ev hanımı olduğu, hayatında hiç çalışmamış ebeveyn oranının iki grupta da çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna oranla fazla olduğu görülmektedir ve literatürdeki diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Bu durum annenin çalışma hayatında aktif olmasının ailenin sosyoekonomik düzeyinin artmasını sağlaması ve annenin çocuk yetiştirme stillerinin gelişimini sağlaması gibi faktörlerle açıklanabilir.

Katılımcıların bulundukları gruplara göre çocuklarının ve kendilerinin yaş ortalamaları, standart sapmaları ve ortalamalar arasındaki farklara ilişkin tek yönlü varyans analizi bulguları (Bkz. Tablo IV): Gruplara göre katılımcıların çocuklarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalamaları 11.81; çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalamaları 12.69; çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunun çocuklarının yaş ortalaması 11.46 bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda cinsel istismar mağduru çocukların yaş ortalamaları sırasıyla; 12.6±3.6 yıl (Yektaş, Tufan, Büken, Çetin & Yazici, 2018), 13.2±2.9 yıl (Şimşek, Fettahoğlu & Özatalay, 2011), 12.87±3.59 yıl (Metin, Toros & Kuygun Karcı, 2021), 13.2±3.6 yıl (Işık, Aktepe,

Şimşek, Akyıldız & Yıldız, 2019), 11.39±3.77 yıl (Büber & Oksal, 2022), 12.1 yıl (Akbaş ve ark., 2009) olarak bulunmuştur. Yapılan popülasyon temelli bir başka çalışmada da kadınların cinsel istismara maruz kalma yaşının 11 yaş civarı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Speizer, Goodwin, Whittle, Clyde & Rogers, 2008). Yapılan çalışmalardaki cinsel istismar mağduru çocukların yaş ortalamalarıyla bizim çalışmamızdaki çocukların yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve bulgumuzun literatürle uyumlu olduğu görülmüştür, bu durum çocukların yaşı arttıkça cinsel istismar açısından riskin de artmasıyla açıklanabilir.

Çocuk psikiyatrisine tedavi için başvuran çocuklarla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında yaş ortalamaları sırasıyla; 12.66 yıl (Sarı, 2018), 14.94 yıl (Zorlu, 2021), 11.02±2.21 yıl (İmren, Arman, Gümüştaş, Yulaf & Çakıcı, 2013), 11.53 yıl (Avşar, 2018) olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalardaki bu bulgularla bizim çalışmamızdaki yaş ortalamalarının benzer olduğu ve bizim bulgularımızın da literatürle paralel nitelikte olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çocuk psikiyatrisi kliniğine yapılan başvuruların yaş arttıkça ergenlik problemlerinin de ortaya çıkmasıyla birlikte artması beklenmektedir. Gruplara göre katılımcı ebeveynlerin yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin yaş ortalamaları (ort=39.82) çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin yaş ortalamalarından (ort=37.98) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin yaş ortalamalarından (ort=37.97) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda çocuğu psikiyatrik tanı almış ebeveynlerin yaş ortalamalarına bakıldığında sırasıyla; 40,9±5,8 yıl (Dikeç, Bilaç & Uzunoğlu, 2020), 38.2 yıl (Toros, Tot, Bozlu, Okyay & Çamdeviren, 2003), 37.37±6.18 yıl (Güçlü, Kamberyan, Kutlar & Yaman, 2002), 38.1 yıl (Sökmen, 2018), 37.90±6.14 yıl (Güçlü & Erkıran, 2004) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin bulunduğu çalışmalarda yaş ortalamaları; 40.6 yıl (Işık, Aktepe, Şimşek, Akyıldız & Yıldız, 2019), 40.7 yıl (Şimşek,

Fettahoğlu & Özatalay, 2011), 39.9 yıl (Şahbudak, 2018) olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalardaki ebeveyn yaş ortalamaları bizim çalışmamızdaki yaş ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışmamıza dahil edilme kriterlerinde ebeveyn yaşının 45 yaşa kadar sınırlandırılmasından dolayı olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların kendi ebeveynlerinin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeler ile dağılımlar arasındaki farklara bakıldığında (Bkz. Tablo V) ebeveynlerin annelerinin mesleklerine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ebeveynlerin annelerinin eğitim düzeyine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur Annesi okuryazar olmayanların sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%30.3) ve psikiyatri kliniği grubunda (%27) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilere göre (%6.7) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Annesi ortaokul ve üstü eğitime sahip olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%29.7) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%9.2) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%13) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin babalarının mesleklerine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Babası işçi olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%6.7) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%16.5) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%21) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Babası emekli olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%72.1) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%46.8) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%55) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babası diğer mesleklerden olanların sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%26.6) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%12.5) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin babalarının eğitim düzeyine göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Babası okuryazar olmayanların sayısı psikiyatri kliniği grubunda (%9) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn

grubundakilerin sayısından (%1.9) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babası ilkokul mezunu olanların sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%57.8) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin sayısından (%36.5) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babası lise mezunu olanların sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda (%27.9) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%9.2) ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%15) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer eğitim düzeylerinin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgulara bakıldığında Çocuk İzlem Merkezi ve psikiyatri kliniği grubundaki katılımcıların kendi ebeveynlerinin de eğitim düzeylerinin çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatüre bakıldığında yapılan pek çok çalışmada ailenin sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyinin bir sonraki neslin okul başarısıyla ve eğitim hayatını sürdürmesiyle doğrudan ilişkili olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir (Aslanargun, Bozkurt & Sarıoğlu, 2016; Azina & Halimah, 2012; Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, 2013; Ural & Çınar, 2014). Bizim çalışmamızın sonuçları da literatürü destekler niteliktedir. Çalışmamıza katılan ebeveynlerden Çocuk İzlem Merkezi ve psikiyatri kliniği grubunda bulunan ebeveynlerin ve onların kendi ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerden ve onların kendi ebeveynlerinden daha düşük olması çocuk yetiştirme stillerinin nesilden nesile aktarımıyla açıklanabilir. deMause'a göre çocuk yetiştirme stilleri zamanın gelişmelerinden ve teknolojiden bağımsız bir şekilde yüzyıllar içerisinde ağır bir gelişim göstererek süregeldiğinden dolayı toplumların çocuklarına doğru ve empati odaklı yaklaşımının gelişimi de yavaş bir seyir göstermektedir. Bu nedenle toplumda çocukların travmatizasyonu devam etmektedir (deMause, 1997; 1998a).

Ebeveynlerin klinik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeler ve dağılımlar arasındaki farklara dair bulgulara bakıldığında; ebeveynlerin sigara kullanımı bakımından

gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur, Çocuk İzlem Merkezi grubunda sigara kullananların sayısı (%67) psikiyatri kliniği grubundakilerden (%36) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%43.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin ruhsal hastalık bulunması bakımından gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur, psikiyatri kliniği grubunda ruhsal hastalığı bulunan ebeveyn sayısı (%17) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%7.3) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%4.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin intihar girişimi bulunması bakımından gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur, Çocuk İzlem Merkezi grubunda bir kez intihar girişiminde bulunanların sayısı (%4.6) ve psikiyatri kliniği grubunda bir kez intihar girişiminde bulunanların sayısı (%7) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%0) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; Metin (2010)'in yapmış olduğu çalışmada cinsel istismar mağduru olguların çoğunun (%90.8) annesinde ve babasında (%83.9) ruhsal hastalık olmadığı, annelerin ve babaların çoğunluğunda kronik fiziksel hastalığın da bulunmadığı, baba iş durumu, baba kronik fiziksel hastalık ve ruhsal bozukluk değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ballı'nın (2010) yaptığı çalışmada olguların annelerinin ve babalarının %2.3'ünde ruhsal hastalık tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada da cinsel istismara maruz kalan çocuklar ve kontrol grubu arasında annede ve babada ruhsal ve kronik fiziksel hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Keleş, 2022). Zengin'in (2014) cinsel istismara maruz kalan çocuklara dair yapmış olduğu çalışmasında annelerin sigara (%38.8) kullandıkları, babaların ise neredeyse yarısının sigara (%49.3) ve daha küçük bir kısmının da alkol ve uyuşturucu madde kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ebeveynlerin alkol kullanımının cinsel istismar açısından bir risk faktörü olduğu ortaya konmaktadır (Nelson ve ark., 2002). Bir

diğer çalışmada da annede ruhsal hastalık olmasının cinsel istismar açısından risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fleming, Mullen & Bammer, 1997).

DEHB tanısı almış çocuklarla ilgili yapılan bir çalışmada annelerin %56.7'sinin psikiyatrik bir öyküsü ve ilaç kullanımı olduğu ve vaka grubundaki annelerin %20'sinin soy geçmişinde psikiyatrik öykü mevcut olduğu, kontrol grubundaki çocukların annelerinin %10'unda psikiyatrik bir öykü ve ilaç kullanımı olduğu, %13.3'ünün ise soy geçmişinde psikiyatrik bir öykü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. DEHB tanısı alan çocukların babalarına bakıldığında ise kontrol grubuyla önemli bir farka ulaşılamamıştır. Vaka grubundaki babaların %13.3'ünün soy geçmişinde psikiyatrik öykü mevcutken kontrol grubunda ise %6.7 birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bir öykünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Vaka grubundaki annelerin özgeçmişine bakıldığında %6.7'sinin geçmişinde özkıyım girişimi ve %3.3'ünde alkol bağımlılığı öyküsü bulunmaktayken kontrol grubunda ise %3.3'ünün geçmişinde özkıyım girişimi bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubundaki annelerde alkol-madde kullanımı yoktur. Babalara bakıldığında DEHB grubundaki ve kontrol grubundaki babaların özkıyım girişiminin olmadığı, DEHB grubunun babalarının %20'sinde, kontrol grubunun ise %10'unda alkol bağımlılığı öyküsünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şen-Kaya, 2014). Yapılan başka çalışmalarda da çocuğu DEHB tanısı almış ebeveynlerde kontrol gruplarına oranla daha yüksek düzeyde psikopatoloji tespit edilmiştir (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1991; Chronis, Lahey, Pelham Jr, Kipp, Baumann & Lee, 2003). Öç ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, anne babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların % 62.3'ünde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı varken, sağlıklı anne babaya sahip kontrol grubunda bu oran % 34.3 olarak bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerle kontrol grubunun karşılaştırılmasında psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında kontrol grubuna oranla daha fazla psikopatoloji

tespit edilmiştir (Canino, Bird, Rubio-Stipec, Bravo & Alegria, 1990). Bir çocuk ergen ruh sağlığı kliniğine başvuran ergenlerle yapılan çalışmada ergenlerin annelerinin psikiyatrik hastalık durumu değerlendirildiğinde; annesinde psikiyatrik hastalık olan ergenlerin olmayanlara göre anksiyete duyarlılığı fiziksel kaygılar alt ölçeği puanı ve anksiyete duyarlılığı toplam puanı daha yüksektir. Ergenlerin babalarının psikiyatrik hastalık durumu değerlendirildiğinde babalara dair gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Erten-Almak, 2021). Bir diğer çalışmada da annelerin %39.3'ünün sigara, %10.1'inin nadiren alkol kullandığı, %32.6'sının daha önceden psikiyatrik tedavi gördüğü, babaların %65.2'sinin sigara, %34.8'inin alkol kullandığı, %13'ünün psikiyatrik tedavi gördüğü sonucuna ulaşılmıştır (Bataş-Bilgeç, 2012). Genel olarak literatürdeki çalışmalardan elde edilen sonuçlarla bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçların birbirini destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

5.3. Çocuk İzlem Merkezi ve Çocuk Psikiyatri Grubuna Özgü Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çocuk İzlem Merkezi grubunda cinsel istismarın özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelere bakıldığında (Bkz. Tablo X), çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocuklarının yaşadığı istismar tipi dağılımları, %9.2 penetrasyon, %60.6 dokunma, %0.9 erken evlilik, %12.8 reşit olmayanla cinsel ilişki, %16.5 teşhir ve sözel istismara maruz kalma olarak belirlenmiştir. Çocukların istismara maruz kalma sayıları incelendiğinde, %67'sinin bir kez ve %33'ünün birden fazla kez istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. İstismarcıların cinsiyetleri incelendiğinde, %99.1'inin erkek, %0.9'unun kadın olduğu, istismarcıların mağdura yakınlık derecelerine bakıldığında, %78'inin (%31.2'sinin bir tanıdık, %18.3'ünün arkadaş-sevgili, %2.8'inin öz baba, %1.8'inin üvey baba, %0.9'unun gayri resmi eş, %17.5'inin akraba, %4.6'sının kamu çalışanı, %0.9'unun üvey anne) çocuğun tanıdığı kişiler olduğu ve %22'sinin ise yabancı kişiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Alanyazında yapılan daha önceki çalışmalara bakıldığında; bir çalışmada yapılan incelemeye göre kız çocukları, erkek çocuklardan daha fazla cinsel istismara maruz kalmıştır. 1740 vakanın %20.34'ünde fail yabancı, %79.66'sında tanıdıktır. Cinsel istismar, vakaların %40.5'inde birden fazla kez tekrarlanmıştır (Güneş-Aslan, 2020). Bir diğer çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocukların %86.6'sının kız olduğu, faillerin hepsinin erkek olduğu, vakaların %10.6'sında failin yabancı olduğu, vakaların %50.7'sinde istismarın birden fazla kez yaşandığı, en çok penetrasyon içeren (%52.8) istismara maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Uslu, 2022). Erdoğan ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada cinsel istismarcıların %78'inin mağdurun tanıdığı kişiler olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada yine faillerin %76'sının mağdurun tanıdığı kişiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Goldman & Goldman, 1998).

Yapılan bir diğer çalışmada da faillerin %70.1'i mağdurun tanıdığı kişiler olduğu, mağdurların %85.4'ünün kız, %14.6'sının erkek olduğu bulunmuştur (Topal, Balcı & Erbaş, 2018). Bir başka çalışmada da mağdurların %80.8'inin kız olduğu, faillerin hepsinin erkek olduğu ve %88.2'sinin mağdurların tanıdığı kişiler olduğu, mağdurların yaklaşık yarısının penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Aydin, Akbas, Turla, Dundar, Yuce & Karabekiroglu, 2015). Aktepe ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada mağdurların % 78.7'si kız çocuk olduğu, en sık saptanan cinsel istismar tipinin cinsel penetrasyon (% 47.5) olduğu, faillerin % 66.3 mağdurun tanıdığı kişiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir çalışmada da 101 çocuk cinsel istismarı vakasının kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildiğinde mağdurların çoğunluğunun (%66.3) bir tanıdık tarafından istismara uğradığı, vakaların %48.5'inde penetrasyon olduğu bildirilmiştir (Bahali, Akçan, Tahiroglu & Avci, 2010). Urazel ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında mağdurların %79.3'ünün kız olduğu, %46.7'inde dokunma olduğu, faillerin %71.9'unun mağdurun tanıdığı kişiler olduğu, olguların %77'sinin bir defa, %23'ünün birden çok kez cinsel

istismara maruz kalmış olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. İspanya'da yapılan bir çalışmada cinsel istismar vakalarında failin büyük bir çoğunlukla mağdurun tanıdığı biri olduğu, en sık rastlanan cinsel istismar türünün penetrasyon içermeyen dokunma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ferragut, Ortiz-Tallo, & Blanca, 2022). Bizim çalışmamızda da mağdur cinsiyeti ve istismarcıların mağdurlara yakınlık derecesi konusunda literatürü destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır. Literatüre bakıldığında mağdurların en sık karşılaştığı cinsel istismar türü olarak bazı çalışmalarda penetrasyon belirtilirken bazı çalışmalarda ise penetrasyon içermeyen dokunma olduğu ifade edilmektedir ve bu konuda literatürde genel bir kanı olmadığı görülmüştür (Aktepe ve ark., 2013; Bahali, Akçan, Tahiroglu & Avci, 2010; Ferragut, Ortiz-Tallo, & Blanca, 2022; Urazel ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda da en sık karşılaşılan istismar türü olarak penetrasyon içermeyen dokunma tespit edilmiştir. Yapılan çalışmaların geniş bir meta-analizi yapılarak daha net sonuçlara ulaşılmasının mümkün olacağı düşünülmüştür.

Psikiyatri Kliniği grubunun özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelerine bakıldığında (Bkz. Tablo XI), çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocuklarının psikiyatrik tanıları, %19 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), %18 Depresyon, %17 Gelişim Bozuklukları, %11 Kaygı Bozuklukları, %12 Otizm, %8 Davranış Bozuklukları, %8 Öğrenme Güçlüğü, %4 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), %1 Konuşma Bozuklukları, %1 Yeme Bozukluğu, %1 Duygudurum Bozuklukları olarak belirlenmiştir. Çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocuklarının tedavi süreleri incelendiğinde, %39'unun 0-6 aydır, %15'inin 7-12 aydır, %10'unun 1-3 yıldır, %36'sının 3 yıl ve daha fazla süredir tedavi gördükleri bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada anne babalarında ruhsal bozukluk olan çocuklarda en sık konulan tanının DEHB olduğu belirtilmiştir (Öç ve ark., 2006). Başka bir çalışmada da en sık saptanan tanılar DEHB, özgül fobi, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, uyum bozukluğu ve enürezis olarak sıralanmıştır

(Görmez, Örengül, Baljinnyam & Aliyeva, 2017). Kuygun-Karcı ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan başka bir çalışmada da DEHB, davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve depresyon en sık saptanan tanılar olmuştur. Sökmen (2018) tarafından yapılan çalışmada DEHB (%14.9), mental retardasyon (%11.5), depresif bozukluk (%8), iletişim bozuklukları (%6.7) ve anksiyete bozuklukları (%6.2) en sık tespit edilen tanılar olarak belirtilmiştir. Ercan ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada da Türkiye'de çocuk psikiyatrisi alanında en yaygın görülen tanının DEHB olduğu, onu anksiyete bozukluklarının izlediği sonucuna ulaşılmıştır. Kore'de yapılan bir çalışmada erkeklerde sırasıyla 4-15 ve 16 yaş üstü gruplarda DEHB ve anksiyete bozuklukları en yaygın bozukluklar olarak saptanırken kız çocuklarda 4-6 yaş grubunda en sık duygusal bozukluklar ve davranışsal bozukluklar, sırasıyla 7-12 ve 12 yaş üstü gruplarda ise DEHB ve anksiyete bozukluklarının baskın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hwangbo, Chang, Hong, Cho & Bahn, 2016). Bizim çalışmamızda da katılımcıların çocuklarında en sık görülen tanı DEHB olarak tespit edilmiştir ve bu bulgunun literatürle örtüştüğü görülmüştür.

5.4. Katılımcıların Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stillerinin ve Aile İçi İlişkilerinin Diğer Değişkenler Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı travmaları ve travma yaşantılarının tekli ya da çoklu oluşuna ilişkin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo XXIX). Çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travma yaşantısı dağılımları (%100) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakinden (%95.2) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu, Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin dağılımlarının diğer iki gruba yakın olduğu gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında katılımcıların %98.1'nin çocukluk çağı travmasının olduğu bulunmuştur. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çocukluk çağında fiziksel istismar yaşantısı oranları (%22) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerinkinden

(%7.7) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı dağılımları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin %13.8'i, psikiyatri grubunda %9'u, çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda ise %6.7'si cinsel istismar bildirmiştir. Genel olarak incelendiğinde katılımcıların %22'sinde çocukluk çağı duygusal istismar yaşantısının ve %97.1'inde çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantısının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre çocukluk çağı duygusal ihmal yaşantısı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çocukluk çağında duygusal ihmal yaşantısı oranları (%50.5) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerinkinden (%29.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların %40.6'sının çocukluk çağında duygusal ihmal yaşantılarının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gruplarına göre travma yaşantılarının tekli ya da çoklu oluşuna ilişkin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çoklu travma yaşantısı dağılımları (%60.7) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerinkinden (%44.2) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu psikiyatri kliğinde takibi yapılan ebeveynlerde ise bu oran (%50) her iki gruba yakın gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların %51.8'inin çocukluk çağında çoklu travma yaşantılarının olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızla metodolojik açıdan benzerlik gösteren diğer çalışmalara bakıldığında; Yücel (2020) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların, %77.5'inde çoklu travma yaşantısı olduğu, tek travma bildiren katılımcıların %22.5 olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca çalışmada en çok görülen travma türü duygusal ihmal (%78.9) olmuştur ve bunu fiziksel ihmal (%14.5), duygusal istismar (%3.9) ve cinsel istismar (%2.6) takip etmiştir. Öztürk (2003), kuşaklararası travma geçişi ekseninde yapmış olduğu dissosiyatif bozukluk tanısı olan 24 kişi ve 50 yakını ile 50 kişilik çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn

grubundan oluşan toplam 124 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, dissosiyatif bozukluk tanısı olan kişilerin ailelerinde çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundan daha yüksek oranda çocukluk çağı travması yaşantısı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bunun yanı sıra 50 kişiden oluşan dissosiyatif bozukluk vakalarının aile grubunun %42'sinde duygusal ihmal, %38'inde fiziksel istismar, %38'inde fiziksel ihmal, %28'inde duygusal istismar ve %8'inde cinsel istismar yaşantısı olduğu ortaya konmuştur. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlarda da tüm gruplarda en yüksek oranda çocukluk çağı travması türü olarak duygusal ihmal yaşantısı olduğu ve katılımcıların büyük bir bölümünde özellikle Çocuk İzlem Merkezi grubunda ve çocuk psikiyatri grubunda ebeveynlerde çoklu travmatik yaşantıların olduğu ortaya konmaktadır, bu bulguların literatürle örtüştüğü görünmektedir. Fakat daha önce üç grupla yapılmış böyle bir çalışma yapılmadığından bulgular tam olarak kıyaslanamamaktadır. Bu anlamda çalışmamızın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerinin gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo VII). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda demokratik stilde ebeveyne sahip ebeveynlerin sayısı (%23.1) Çocuk İzlem Merkezi grubundakiler (%13.8) ile denk ve psikiyatri kliniği grubundakilerden (%10) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatri grubunda baskıcı stilde ebeveyne sahip ebeveynlerin sayısı (%21) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%12.8) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%10.6) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatri kliniği grubunda ilgisiz stilde ebeveyne sahip ebeveynlerin sayısı (%7) Çocuk İzlem Merkezi grubundakiler (%5.5) ile denk ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%1) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre *"çocukluk çağı travmaları toplam puan"* sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo XXIV). Ebeveynlerinin baskıcı

olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı travmaları sıra ortalamaları (sort=218.49) ebeveynlerinin demokratik (sort=126.97), mükemmeliyetçi (sort=142.21) ve koruyucu (sort=143.24) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların çocukluk çağı sıra ortalamaları (sort=262.14) ebeveynlerinin demokratik (sort=126.97), mükemmeliyetçi (sort=142.21) ve koruyucu (sort=143.24) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre *"çocukluk çağı duygusal ihmal"* sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı (sort=215.47) ve ilgisiz (sort=265.61) olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları ebeveynlerinin demokratik (sort=129.89) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=265.61) ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=215.47) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=215.47) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi (sort=136.86) ve koruyucu (sort=143.57) olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamaları (sort=265.61) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi (sort=136.86) ve koruyucu (sort=143.57) olduğunu bildiren katılımcıların duygusal ihmal sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre *"çocukluk çağı duygusal istismar"* sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=208.77) ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=141.53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren

katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=229.75) ebeveynlerinin demokratik (sort=141.53), mükemmeliyetçi (sort=145.79) ve koruyucu (sort=143.85) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamaları (sort=208.77) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi (sort=145.79) ve koruyucu (sort=143.85) olduğunu bildiren katılımcıların duygusal istismar sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre *"çocukluk çağı fiziksel istismar"* sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=190.28) ebeveynlerinin demokratik (sort=147.89), mükemmeliyetçi (sort=148.05) ve koruyucu (sort=148.64) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların fiziksel istismar sıra ortalamaları (sort=202.29) ebeveynlerinin demokratik (sort=147.89), mükemmeliyetçi (sort=148.05) ve koruyucu (sort=148.64) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre *"çocukluk çağı cinsel istismar"* sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı olduğunu bildiren katılımcıların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=186.33) ebeveynlerinin demokratik (sort=153.97), mükemmeliyetçi (sort=148.74) ve koruyucu (sort=150.08) olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (z=-2.642; p=.008). Ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu bildiren katılımcıların cinsel istismar sıra ortalamaları (sort=174.07) ebeveynlerinin koruyucu olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=150.08) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bu doktora tez çalışmasıyla benzer doğada yapılan araştırmalara bakıldığında; Özgen (2017) tarafından yapılan çalışmada ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanının,

baskıcı tutum ve ilgisiz tutum ile pozitif yönlü, demokratik tutum ve koruyucu tutum ile negatif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarına bakıldığında ebeveynlerin çocukluk çağında yaşantıladığı duygusal istismarın ve duygusal ihmalin artmasının baskıcı ve ilgisiz tutum düzeyini arttırdığı, demokratik tutum düzeyini ise azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel istismar arttıkça koruyucu tutum düzeyi azalırken baskıcı tutum ve ilgisiz tutum düzeyinin arttığı, fiziksel ihmal düzeyinin, baskıcı tutum ve ilgisiz tutum ile pozitif yönlü, demokratik tutum ve koruyucu tutum ile negatif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Cinsel istismarın da, baskıcı tutum ve ilgisiz tutum düzeyi ile pozitif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada baskıcı, mükemmeliyetçi ve ilgisiz anne-baba tutumları ile duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları arasında pozitif yönde olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir (Soyumtürk, 2021). Birlik (2019) yaptığı çalışmada anne-babasının tutumu baskıcı ve otoriter olan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar yaşantı düzeyinin yüksek olduğunu, çocukluk çağı travmaları ile demokratik ebeveyn tutumu arasında negatif bir ilişki olduğunu, ilgisiz ve baskıcı tutum ile çocukluk dönemi örselenme yaşantıları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bunun yanı sıra çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ölçeğinin tüm boyutları ile baskıcı tutum arasında pozitif bir ilişki olduğunu, çocukluk çağı travması olan ebeveynlerin de kendi çocuklarına karşı daha baskıcı ve otoriter olduğunu ortaya koymaktadır.

Sayılgan (2022) yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin demokratik tutumuyla fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal arasında negatif, baskıcı tutum ile fiziksel istismar ve duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bir diğer çalışmada da çocukluk döneminde evde fiziksel istismara maruz kaldığını veya şiddete tanık olduğunu bildiren ebeveynler çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna göre daha fazla istismarcı veya ihmalkar ebeveynlik

yaptıklarını bildirmektedir (Greene, Haisley, Wallace & Ford, 2020). Başka bir çalışmada kendi ebeveynleri tarafından şiddete maruz kalan ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının daha örseleyici olduğu, çocuklarına duygusal ihmal ve istismarda bulunma sıklığının bu grupta yüksek olduğu gösterilerek çocuk yetiştirme stillerinin ve travmanın nesiller arası geçişi olduğu üzerinde durulmuştur (Dinleyici & Dağlı, 2016). Bir diğer çalışmada da çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik yaşamında ebeveynlik davranışlarını yordadığı, ebeveynlik davranışının etkilerinin nesiller boyunca devam edebileceği noktaları üzerinde durulmuştur (Lomanowska, Boivin, Hertzman & Fleming, 2017). Bizim çalışmamızdan elde edilen bulguların literatürü destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bu bulguların, daha önce de değinildiği gibi çocukluk çağı travmalarının çocuk yetiştirme stilleriyle gelecek nesillere geçişinin nasıl sağlandığının anlaşılabilmesi açısından büyük bir önem teşkil ettiği düşünülmüştür. deMause (1997/1998a) bir toplumun gelişmişlik düzeyinin çocuklarını ne kadar travmatize ettiğiyle doğru orantılı olduğunu söylerken Öztürk (2018a) de bireylerin ve toplumların travmaları tarafından yönetildiğini, travmatizasyonun da gelecek nesillere empatiden uzak, şiddet temelli yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle geçişinin sağlandığını belirtmektedir.

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre depresyon sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur, ebeveynlerinin baskıcı (sort=157.13) ve ilgisiz (sort=200.04) olduğunu bildiren katılımcıların depresyon sıra ortalamaları ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=139.90) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin baskıcı (sort=157.13) ve ilgisiz (sort=200.04) olduğunu bildiren katılımcıların depresyon sıra ortalamaları ebeveynlerinin mükemmeliyetçi olduğunu bildiren katılımcıların sıra ortalamalarından (sort=130.05) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ebeveynlik stilleri, özellikle ilgisiz ve korumacı ebeveynlik stili ile çocukluk çağı travmaları ve bunların

etkileşiminin, ruminasyon ve depresyon gelişimine neden olabildiği sonucuna ulaşılmıştır (Bahari, Akbarian Firoozabadi & Mohammadkhani, 2019). Bir başka çalışmada baskıcı ebeveynlik tarzının depresyon ile anlamlı pozitif korelasyona sahip olduğu ortaya konmuştur (Sharma, Sharma & Yadava, 2011). Bir diğer çalışmada da ebeveynlerin ilgisiz ve baskıcı ebeveynlik tarzları ile depresyon arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ebrahimi, Amiri, Mohamadlou, & Rezapur, 2017). Çalışmamızdan elde edilen sonuçların literatürle paralellik gösterdiği görülmektedir. Baskıcı ve ilgisiz ebeveyne sahip olan çocukların kendilerini, duygularını ve düşüncelerini ifade etmeleri daha güç olmaktadır, bu nedenle bireyin kişiliğinin geliştiği çocukluk döneminde içe dönme, yalnızlaşma ve değersizlik gibi hisler bireyin kendine dair olumsuz şemalar geliştirmesine sebep olabilmektedir. Olumsuz şemaların da bireyleri depresyona daha yatkın hale getirdiği bilinmektedir (Arkar, 1992; Beck, 1967; Gökçe, Önal-Sönmez, Yusufoğlu, Yulaf & Adak, 2017; Özdel, 2015).

Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerine göre adil dünya inancı ve kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur, ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=188.38) ebeveynlerinin koruyucu (sort=155.54), baskıcı (sort=133.25) ve ilgisiz (sort=117.04) olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerinin demokratik olduğunu bildiren katılımcıların kişisel adil dünya inancı sıra ortalamaları (sort=186.96) ebeveynlerinin mükemmeliyetçi (sort=176.24), baskıcı (sort=134.74), koruyucu (sort=155.84) ve ilgisiz (sort=111.54) olduğunu bildiren katılımcıların ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada adil dünya inancı ve anne-baba tutumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; anne-babaları demokratik tutumu benimsemiş olan kişilerin dünyanın genel olarak adil bir yer olduğuna daha çok inanma eğiliminde oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Erdem-Çevikbaş, 2018). 6 farklı okuldan olmak üzere toplamda 539

lise öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada, öğrencilerin algıladıkları duygusal istismar düzeyi ile adil dünya inançları arasındaki ilişkiye bakılmış ve "*Psikolojik İstismar Ölçeği"* puan ortalamaları ile "*Adil Dünya İnanç Ölçeği"* puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve buna göre öğrencilerin algıladıkları duygusal istismar düzeyi arttıkça, adil dünya inançlarının zayıfladığı sonucuna ulaşılmıştır (Arslan & Kanak, 2022). Yapılan başka bir çalışmada da aile içerisinde kendisine adil davranılan ergenlerde kişisel adil dünya inancının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dalbert & Stoeber, 2006). Dalbert ve Radant (2004) otoriterden çok demokratik ailenin bir özelliği olan *"kural yönelimli aile"* yapısına sahip ailelerde yetişen kişilerin adil dünya inançlarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlarda da demokratik aile yapısına sahip kişilerde adil dünya inancı ve kişisel adil dünya inancının daha yüksek olduğu ve yapılan çalışmalarla paralellik gösteren nitelikte bir sonuç olduğu görülmektedir. Alanyazında sonuçlarımızın kıyaslanabileceği ebeveynlik stilleri ve adil dünya inancıyla ilgili çok fazla çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu anlamda çalışmamızdan elde edilen sonuçların alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. İleride yapılacak geniş boylamsal çalışmalardan daha net sonuçlara ulaşılabileceği kanaatine varılmıştır.

Ebeveynlerin eşle akrabalık ve evlilik şekliyle ilgili durumlarına göre gruplara dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo VIII). Buna göre eşiyle akrabalığı bulunan Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin sayısı (%11.9) ve psikiyatri kliniği grubundakilerin sayısı (%9) çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%1) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk İzlem Merkezi grubunda (%33) ve psikiyatri kliniği grubunda (%37) görücü usulü ile evlenenlerin sayısı çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%17.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda severek evlenenlerin sayısı (%73.1) Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerden (%49.5) ve psikiyatri

kliniği grubundakilerden (%53) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk İzlem Merkezi grubunda kaçarak evlenenlerin sayısı (%14.7) psikiyatri kliniği grubundakilerden (%5) ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden (%3.8) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ÇİM'de yapılan bir çalışmada; anne ve baba arasında herhangi bir akrabalık bağının olup olmadığı sorgulandığında katılımcıların %8'i arasında akrabalık bağı olduğu, evlilik şekline bakıldığında %48'inin görücü usulü, %38'inin severek, %12'isinin ise kaçarak evlilik yaptığı bulunmuştur. (Temeloğlu, Turan & Sarıcan, 2015). Yapılan bir diğer çalışmada da ÇİM'e gelen çocukların ebeveynlerinin %52.6'sının görücü usulü evlilik yaptığı sonucuna ulaşılmıştır (Kurşun, 2021). Yanar (2017) yapmış olduğu çalışmada ÇİM'e gelen çocukların ebeveynlerinin %10.4'ünün birbirleri ile akraba oldukları, anne ve babaların %33.1'inin görücü usulü, %54'ünün severek anlaşarak ve % 11'inin kaçarak evlilik yapmış oldukları sonuçlarına ulaşmıştır. Çocuk psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada flört ederek evlenen ebeveynlerin sayısının çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda çalışma grubuna göre daha fazla olduğu, çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin çalışma grubundaki ebeveynlere göre eşlerini duygusal olarak daha yakın hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız, 2005). Normal popülasyonda yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %14.6'sı görücü usulü ile %85.4'ü ise severek evlenmiştir. Görücü usulü evlenenlerin severek evlenenlerden daha yüksek otoriter ve aşırı koruyucu tutumlar gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre ebeveyn tutumlarının, onların evlenme şekline göre farklılaştığı ifade edilmektedir (Deniz, 2020). Yaşar (2009) da yaptığı çalışmada flört ederek evlenen ebeveynlerin, görücü usulü ile evlenen ebeveynlerden evlilik uyumunun daha yüksek olduğunu, otoriter ve aşırı koruyucu ebeveyn tutumlarında görücü usulü evlenenlerin, severek evlenenlerden daha yüksek puan aldığını belirtmiştir. Literatüre bakıldığında ebeveynlerin evlilik şekli ve akrabalık bağının olup olmadığına dair çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır, olan çalışmalardan elde edilen

sonuçların bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik gösterdiği görülmüştür. Bu durumda daha net verilere ulaşabilmek için yapılacak çalışmaların artmasının gerekli olduğu düşünülmüştür. Bizim çalışmamızın bu anlamda alanyazına katkı sağladığı düşünülmüştür.

Ebeveynlerin gruplara göre eşle, çocukla ilişki ve aile vakit geçirme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo IX). Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin eşle ilişki ortalamaları (ort=3.35) Çocuk İzlem Merkezi (ort=2.98) ve psikiyatri kliniği (ort=2.77) grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin çocukla ilişki ortalamaları (ort=3.64) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=3.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin çocukla ilişki ortalamaları (ort=3.57) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=3.24) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin aile ile vakit geçirme ortalamaları (ort=3.12) psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından (ort=2.77) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulgularına göre (Bkz. Tablo XXI): Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve fiziksel istismar puanları ile eşle, anneyle, babayla ilişki düzeyleri ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin depresyon

puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmamıza metodolojik açıdan benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; bir çalışmada cinsel istismara uğramış kişilerin aile içi ilişkileri incelendiğinde; %56.3'ünde ebeveynlerinin sürekli kavga ettiğini belirtmişlerdir (Çetin & Altıner, 2019). Bir diğer çalışmada da cinsel istismara maruziyet ile çocukların aileleriyle geçirdikleri zamanın arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakılmış ve aileleriyle hiçbir şey yapmayan çocukların cinsel istismara maruz kalma oranının %52.7 ile aileleriyle vakit geçiren çocuklara oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Büber, 2019). Yapılan çalışmalara bakıldığında; aile içi zayıf ilişkilerin çocuk cinsel istismarı açısından önemli risk faktörlerinden biri olduğu ortaya konmaktadır ki bizim çalışmamızda çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları arttıkça aile içi ilişkilerin ve ailede birlikte vakit geçirmenin azaldığı sonucu literatür tarafından desteklenir niteliktedir. (Büber, 2019; Çetin & Altıner, 2019; Finkelhor & Baron 1986b; Türkmen, Sevinç, Kırlı, Erkul & Kandemir, 2017). Fakat bizim çalışmamızdaki bir diğer sonuç Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin çocukla ilişki ortalamalarının çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubuna yakın olması ve psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmasıdır ve bu sonuç literatürle uyumlu görülmemektedir (Çetin & Altıner, 2019; Finkelhor & Baron 1986b). Bu durumun Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin adli bir işlem içerisinde olmaları sebebiyle daha gergin ve anksiyöz olmaları, bu nedenle kendilerini olduğundan daha iyi gösterme eğilimi içinde olmalarıyla açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulgularına göre (Bkz. Tablo XXII): Çocukları

psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travma puanları ile eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları ile eşle, anneyle ve babayla ilişki düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile çocukla, anneyle ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile eşle, çocukla, anneyle ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar puanları ile çocukla ilişki düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin depresyon puanları ile çocukla ve anneyle ilişki düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin adil dünya inancı ve kişisel adil dünya inancı puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin aile içi ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları arasındaki Pearson korelasyon analizi bulgularına göre (Bkz. Tablo XXIII): Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travma puanları ile eşle, anneyle, babayla ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı

duygusal ihmal ve duygusal istismar yaşantıları arttıkça anneyle, babayla ilişkileri ve aile ile vakit geçirme süreleri azaltmaktadır. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile eşle, çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı cinsel istismar puanları ile eşle, babayla ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin depresyon puanları ile çocukla, anneyle ilişki düzeyleri ve aile ile vakit geçirme süreleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı puanları ile aile ile vakit geçirme süreleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile çocukla, anneyle ve babayla ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Deniz (2020) tarafından yapılan bir çalışmada evlilik uyumu, ebeveynlerin demokratik tutumuyla pozitif, otoriter tutumu ve ilgisiz tutumuyla negatif ilişkili bulunmuştur. Bu sonuca göre ebeveynlerin evlilik yaşamlarının, çocuk yetiştirme tutumlarını etkilediği ifade edilmektedir. Çocuğu psikiyatrik tanı almış ebeveynlerle ilgili çalışmalara bakıldığında; DEHB tanısı almış çocukların aileleriyle sağlıklı kontrol grubundan oluşan bir grup aile arasında aile işlevselliği açısından herhangi bir fark olup olmadığı araştırılmıştır, bu araştırma sonucunda DEHB tanılı çocukların ailelerinde daha yüksek oranda "sağlıksız işlev" puanı tespit edilmiştir (İmren, Arman, Gümüştaş, Yulaf & Çakıcı, 2013). Bir diğer çalışmada da DEHB'li çocukların ailelerinde kontrol grubu ailelerine göre daha yüksek oranda aile içi çatışma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pressman ve ark., 2006). Çocuk psikiyatri kliniğinde yapılan başka bir çalışmada kontrol grubundaki ebeveynlerin çalışma grubundaki ebeveynlere göre eşlerini duygusal olarak daha yakın hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız, 2005).

Lök, Başoğul ve Öncel (2016) yapmış oldukları çalışmada olumsuz aile içi ilişkilerin çocuklarda ve yetişkinlerde depresyon, anksiyete vb. gibi pek çok ruhsal bozuklukla olan ilgisine vurgu yapmaktadır. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçların da literatürle paralellik gösterir nitelikte olduğu görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada aile ortamının kişisel adil dünya inancını etkilediği ve bunun da adaletle ilgili alana özgü inançları etkilediği ortaya konmuştur (Dalbert & Stoeber, 2006). Aile içi ilişkilerin adil dünya inancı üzerindeki etkisine dair literatürde yapılmış bir çalışmaya rastlanamadığından diğer çalışmalarla kıyaslama yapılamamıştır. Aile içi ilişkilerin çocukluk çağı travmaları açısından önemli risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ekolojik yaklaşıma göre ailenin yapısı, ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri, kişilik yapıları ve çocukla olan etkileşimleri mikrosistem içerisinde incelenmektedir (Bronfenbrenner, 1979). Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının çözüm yerlerinden biri de ailenin içi olacağından dolayı aile içi ilişkiler istismarın belirleyicisi veya önleyicisi olarak büyük bir önem arz etmektedir. deMause (1997/1998a)'un psikotarihsel yaklaşımı içerisinde de çocukluk çağı travmalarının anlaşılabilmesi için ailelerin, toplumların çocuk yetiştirme stilleri ve aile içi ilişkiler önemli bir yer tutmaktadır. Öztürk, yapmış olduğu pek çok çalışmada aile içi ilişkilerin ruhsal bozukluklarla olan ilintisine dikkat çekmekle birlikte özellikle disfonksiyonel (görünürde normal) aile dinamiklerinin dissosiyojen etkisine, ebeveynlerin özellikle de bizim gibi toplumlarda birincil bakım veren olarak görülen annelerin ve toplumun çocuk yetiştirme stilleriyle bireyleri travmatize ederek ruh sağlıkları üzerindeki etkisine de değinmektedir (Öztürk, 2018a; 2021a; 2022c). Disfonksiyonel aile dinamikleri, çocukları hem aile içinde travmatize etmekte hem de aile dışından gelen travmalara karşı doğru bir şekilde koruyamamaktadırlar ki bizim çalışmamızda da hem çocukları cinsel istismar bildiren ebeveynlerde hem de çocukları psikiyatrik tanı alanlar ebeveynlerde aile içi ilişkilerin normal popülasyona göre daha kötü düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve bu sonucun literatürle

paralellik gösterdiği görülmektedir (Öztürk, 2021a). Daha önce de değinildiği üzere deMause (1997/1998a)'un çocuk yetiştirme stillerinin sonuncu evresi olarak tanımladığı yardım edici/destekleyici evredeki ebeveynlik stilinin şiddetten uzak empati odaklı yaklaşımı toplumun geneline hakim olmaya başladıkça ve ebeveynler çocuklarını "zehir konteynırı" olarak kullanmaktan vazgeçtikçe, aile içi ilişkiler düzelecek ve bunun neticesinde çocukluk çağı ruhsal travmaları da azalarak yetişkinlikteki çoğu psikopatoloji ortadan kalkabilecektir. Öztürk (2020a) deMause'un destekleyici ebeveynlik stilini doğru bulmakla birlikte eksik gördüğü noktalara dikkat çekerek kendisinin önermiş olduğu "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili*"ni çocuk gelişimi ve aynı zamanda da toplum gelişimi açısından daha işlevsel görmektedir. Bu ebeveynlik stilinde hem gelenekten ve atalardan gelen doğru bilgilerin kullanılmaya devam edildiği ve gelecek nesillere aktarıldığı hem de yeniliğe açık, çocukların gelişim dönemlerinde ihtiyaçlarını sezerek onlara bu süreçte rehberlik edebilecek empatik bir yaklaşımın birlikte sürdürülebildiği görülmektedir.

Yapılan çalışmada elde edilen önemli bulguların yanı sıra bazı sınırlılıklar da söz konusu olmuştur. Sınırlılıkların başında Covid-19 pandemisi nedeniyle hastanelere ve ÇİM'e uzun süre vaka alınamaması sebebiyle örnekleme ulaşmanın ve verilerin toplanmasının uzun sürmesi gelmektedir. Bunun bir diğer etkisi de; örneğin veriler toplanırken kişilerin gelir durumlarına yönelik sorulardaki ücret aralıkları ülkedeki ekonomik koşullar sebebiyle değişime uğramış fakat bu sorular revize edilememiştir. Çalışmamızın bir diğer sınırlılığı da katılımcı ebeveynlerin büyük çoğunluğunun annelerden oluşmasıdır. Bu durum da sonuçların tüm topluma genellenebilmesini kısıtlamaktadır. Çocuğun bakımının genellikle anneler tarafından yürütüldüğü toplumumuzda çocukları doktora, okula, ÇİM'e ya da benzeri herhangi bir kuruma da yine daha çok annelerin götürdüğü, çocuklarla annelerin daha çok ilgilendiği görülmektedir. Bu durum babaların genellikle çalışıyor olmasıyla açıklansa da aslında maksimal oranda anneler çalışıyor dahi olsa çocuğun bakımından asıl sorumlu olan

kişinin anne olduğu, babanın ise anneye destekçi konumunda olduğu bakış açısının hakim olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Çalışmaların topluma genellenebilmesi için annelerle babaların sayısının eşit olduğu çalışmaların yapılmasının gerekli olduğu ve bunun babaların da çocukların bakımına anneler kadar dahil olmasıyla mümkün olabileceği kanaatine varılmıştır. Aile içi ilişkilerin ve katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerinin daha net ölçülebilmesi için sosyodemografik form içerisinde oluşturulan soruların yanı sıra ölçek kullanılmasının istatistiksel analiz açısından daha verimli olacağı düşünülmüştür. Çalışmada çok fazla değişkenin ölçüldüğü birden fazla grup olması sebebiyle bazı değişkenlerin ölçüldüğü durumlarda gruplardaki kişi sayıları arasında ciddi farklar olduğu için nonparametrik testler uygulanması gerekmiştir (örn. Katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerinin üç grup için karşılaştırmasının yapılması istendiğinde demokratik, baskıcı, ilgisiz, mükemmeliyetçi ve koruyucu gibi alt başlıklara düşen kişi sayıları arasında önemli farklılıklar oluşmuştur).

Dünyanın bütün toplumlarında aileler kuşaklararası gelişim ya da kuşaklararası fosilleşim odağında benimsedikleri doğru ya da yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile kuşaklararası dissosiyasyon ve kuşaklararası şiddet geçişlerinin sonlandırılmasında veya sürdürülmesinde etken ajan olarak fonksiyon gösterirler ki bu çalışma maksimal oranda travmatik yaşantıları bulunan üç grup ebeveynin evlatlarında kendi disfonksiyonel ilişki paternlerinin hüküm sürdüğünü nicel olarak net bir şekilde ortaya koymuştur. Bu bağlamda çocukluk çağı travmalarını hem kısa hem de uzun dönemli etkin önleme stratejileri adına Öztürk'ün *"Dissoanalitik Psikotarih"* yaklaşımı ön plana çıkmaktadır. Kuşkusuzdur ki çocuklarına değer veren, karşılıklı iletişim kuran, doğal ve rehber ebeveynlik stilini benimseyen ve pozitif çocuk algıları bulunan toplumlar adına normal hatta entegre bir yeni neslin varlık göstermesi oldukça imkanlıdır (Öztürk, 2020b; 2021a; 2022c).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yeniden vurgulanmak istenildiği üzere *"Çocuk İzlem Merkezinde Adli Görüşmesi Yapılan Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Ebeveynlerinin, Psikiyatri Kliniğinde Takibi Yapılan Çocukların Ebeveynlerinin ve Çocuğu Travmatik Yaşantıya Maruz Kalmamış Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Depresyon Düzeyleri, Dissosiyatif Yaşantıları ve Adil Dünya İnançları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi"* hedeflenmiştir. Çalışmamızın temel amacı; Çocuk İzlem Merkezinde cinsel istismar mağduru olarak ifadesi alınan, psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocuğu olan üç grup ebeveynin çocukluk çağı travmaları ile depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inancı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

1. Çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalamaları çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ortalamalarıyla istatiksel açıdan farklı olmamakla birlikte çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından ise anlamlı düzeyde yüksektir.

2. Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin DES toplam puan ortalamaları, psikiyatri kliniği grubundakilere ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilere göre istatiksel açıdan daha yüksektir.

3. Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin Beck depresyon puan ortalamaları psikiyatri kliniği grubundakilerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.

4. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundaki ebeveynlerin adil dünya inancı puan ortalamaları psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından ve kişisel adil dünya inancı puan ortalamaları Çocuk İzlem Merkezi grubundakilerin

ortalamalarından ve psikiyatri kliniği grubundakilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.

5. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerle farklılaşmamaktadır.
6. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.
7. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamaları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin duygusal ihmal ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.
8. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
9. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.
10. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları, DES ortalaması 30'un altında

olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.

11. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği toplam puanları DES ortalaması 30'un altında olan çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerle, çocuğunun psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerle ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerle farklılaşmamaktadır.
12. DES ortalaması 30 ve üzeri olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin Adil Dünya İnancı Ölçeği puanları, DES ortalaması 30'un altında olan çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerle farklılaşmamaktadır.
13. Çocukları cinsel istismara maruz kalmış ebeveynlerin, çocukları psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ebeveynlerin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantıların ve adil dünya inançlarının depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı yordayıcılığı vardır.
14. Dissosiyasyonun, çocuğu psikiyatrik tanı almış ebeveyn grubunda ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda çocukluk çağı travmaları ve depresyon arasında anlamlı kısmi aracılık etkisinin olduğu, fakat Çocuk İzlem Merkezi grubundaki kısmi aracılık etkisinin anlamlı olmadığı ortaya konmuştur.
15. Çocuk İzlem Merkezi grubundaki ebeveynlerin %99.1'inin, çocuğu psikiyatri kliğinde takibi yapılan ebeveynlerin %100'ünün ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin ise %95.2'sinin en az bir çocukluk çağı travması bulunmaktadır. En az bir çocukluk çağı travması bulunma oranı tüm katılımcılar arasında %98.1'dir.

16. Çocukları Çocuk İzlem Merkezine gelen ebeveynlerin çoklu travma yaşantısı dağılımları çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu psikiyatri kliğinde takibi yapılan ebeveynlerde ise bu oran her iki gruba yakın gözlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların %51.8'inin çocukluk çağında çoklu travma yaşantılarının olduğu bulunmuştur.

17. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubunda demokratik stilde anne-babaya sahip ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi grubundakiler ile denk ve psikiyatri kliniği grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatri grubunda baskıcı stilde anne-babaya sahip ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatri kliniği grubunda ilgisiz stilde anne-babaya sahip ebeveynlerin sayısı Çocuk İzlem Merkezi ile denk ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveyn grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksektir.

18. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ve depresyon puanları ile aile içi ilişki düzeyleri ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları ile aile içi ilişkiler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çocukları cinsel istismara uğramış ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile çocukla, anneyle, babayla ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

19. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin çocukluk çağı travma puanları ve depresyon puanları ile aile içi ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları ile aile içi ilişkiler ve aile ile vakit geçirme süreleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çocukları psikiyatri kliniği tarafından takibi yapılan ebeveynlerin adil dünya inancı ve kişisel adil dünya inancı puanları ile eşle ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

20. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travma puanları ve depresyon puanları ile aile içi ilişki düzeyleri arasında ve aile ile vakit geçirme süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin dissosiyatif yaşantı puanları ile aile ile vakit geçirme süreleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin adil dünya inancı puanları ile aile içi ilişki düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Öztürk (2022a)'ün geliştirmiş olduğu dissoanaliz kuramına göre; travmatik olaylara maruz kalmış bireylerin ve toplumların dissoanalizleri yapılamadıkça toplumlar, şiddet perspektifli borderline öğelerinden kurtulamamakla birlikte gelişimsel ve bütünleşik bir varlanışa da yönelemezler. Öztürk (2022a)'e göre esas amacı gelişim odaklı, entegratif bireyler ve toplumlar yaratmak olan "*dissoanaliz kuramı*", "*psikotoplumsal terapi"*nin kendisidir. Dissoanaliz kuramı, bireysel ve toplumsal travmaların olabilecek en kısa süre içerisinde hem tedavi edilmesi hem de sonlandırılması adına önleme stratejilerine odaklanan psikotoplumsal kuramların geliştirilmesini ve erken yaşlardan başlayarak kronikleşen çocukluk çağı travmalarıyla karakterize dissosiyatif bozukluklara yönelik psikotravmatoloji ve psikotarih bakış açısına sahip klinik kökenli modern psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılmasını, bu bireysel ve toplumsal travmaların altında yatan temel dissosiyojenik bileşenlerin doğal dengeleri gözetilerek bütüncül bir yönelimle bertaraf edilmesini içermektedir. Geçmişten günümüze nesiller boyunca geçiş göstererek varlanışını sürdüren çocukluk çağı travmalarının bireylerdeki ve toplumlardaki ruhsal izlerinin dissoanalizi, dünyada mevcut olan psikopatolojinin, şiddet yöneliminin, savaşların, terörizmin ve

vandallığın daha iyi anlaşılmasını ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ısrarla kullanılarak çocukların ve toplumların travmatize ve dissosiye edilmeye devam edilmesinin hem fark edilmesini hem de kökeninin anlaşılmasını sağlayan bir yöntem olması adına büyük önem arz etmektedir (Öztürk, 2020a; 2021b; 2022a). Bu perspektifte, Çocuk İzlem Merkezinde cinsel istismar mağduru olarak ifadesi alınan, psikiyatri kliniğinde takibi yapılan ve herhangi bir travmatik yaşantı bildirmeyen çocuğu bulunan üç grup ebeveynin çocukluk çağı travmaları ile depresyon, dissosiyasyon ve adil dünya inancı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği doktora tezi çalışmamızdaki bulgularımızla ilişkili olarak gelecek çalışmalar için psikotoplumsal açıdan yapılandırılan öneriler aşağıda belirtilmiştir:

1. Çocuğu cinsel istismara maruz kalan ebeveynlerle ilgili araştırmaların cinsel istismar eyleminin hemen sonrasında yapılmasından ziyade evlatlarının tedavisinin yürütüleceği dönemde gerçekleştirilmesinin, veri toplama sürecinin daha sağlıklı yürütülebilmesi adına önemli olduğu düşünülmektedir. Çocuk İzlem Merkezleri'nin sadece çocukların ifadelerinin alındığı ve adli işlemlerinin yürütüldüğü birimler olmasından ziyade çocukların psikososyal açıdan destekleneceği ve psikiyatrik tedavilerinin yürütüleceği resmi kurumlar olarak da işlev görmesi, cinsel istismar bildiren çocukların tekrarlı ifade vermesinin önüne geçerek *"ikincil travmatizasyon"* deneyimlemelerine engel olabilecektir.

2. Doktora tez çalışmamıza dahil edilen katılımcıların önemli bir bölümünü anneler oluşturmaktadır. Cinsiyet farkından kaynaklı ortaya çıkabilecek farklılıkların ortadan kaldırılması adına ileriki yapılacak bilimsel çalışmaların eşit sayıda anne-baba ile gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Travma ile ilişkili aile psikopatolojilerinin hem ebeveynler -özellikle anneler- hem de çocuklar adına *"kuşaklararası dissosiyasyon geçişi"* ve *"kuşaklararası travma geçişi"* açısından değerlendirilmesi, var olan psikiyatrik hastalıkların daha kısa dönemde tedavi edilmesini imkanlı kılacaktır.

3. Aile dinamiklerinin ve katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme stillerinin daha net değerlendirilebilmesi adına kişisel bilgi forumda yer alan soruların yanı sıra Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış ya da Türkçe geliştirilmiş özgün nitelikteki ölçeklerin kullanılmasının önemli bir gereklilik olduğu düşünülmektedir. Kişisel bilgi formundan alınan yanıtların ilgili ölçeklerden elde edilen sonuçlarla karşılaştırılması, bu kapsamda gerçekleştirilecek çalışmaların metodolojik açıdan daha güçlü olmasına katkı sağlayacaktır. Ancak demografik bilgi formumuzda yer alan sorular, özellikle disfonksiyonel aile dinamikleri ve çocuk yetiştirme stilleriyle ilişkili ayrıntılı ve spesifik önemli bazı verilerin alınmasını sağlamıştır.

4. Doktora tez çalışmamızdaki üç grupta en az bir çocukluk çağı travması bildirme oranı tüm katılımcılar arasında %98.1'dir. Bu sonuç, çocukluk çağı travmalarının toplumu maksimal oranda etkileyen ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu net bir şekilde ortaya koymaktadır. Çocukluk çağı travmalarının, yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile yakın ilişki dinamikleri ve fonksiyon geçişleri bulunmaktadır. Dissoanalitik ve psikotarihsel yaklaşıma göre, çocukluk çağı travmalarının yaygınlığının azaltılması hatta sonlandırılması adına ebeveynler, her türlü travmatik yaşantıların temel psikotoplumsal sonuçları hakkında bilinçlendirilmelidir. Sağlıklı nesiller ve entegre uluslar yaratabilmek üzere kitlesel bazda Öztürk'ün *"Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"* benimsenerek hem pozitif çocuk algıları yaratılmalı hem de psikotoplumsal açıdan etkin kısa ve uzun dönemli çocukluk çağı travmaları önleme stratejileri geliştirilmelidir. Ayrıca anne-baba okullarında, ebeveyn olmaya karar veren çiftlere empati odaklı doğru çocuk yetiştirme stilleri, çocukla etkili iletişim, çocuk gelişimi ve çocukları travmatik yaşantılardan korumaya yönelik temel nitelikteki eğitimler yapılandırılmış modüller halinde psikotravmatologlar, klinik psikologlar, travma terapistleri, psikotarihçiler ve dissoanalistler tarafından verilmelidir.

5. Çocukluk çağı travmaları bildiren ebeveynler ve anne-baba adaylarına yönelik olumsuz yaşam olaylarını nötralize edebilmeleri için aile sağlığı merkezlerinde psikolojik danışmanlık hizmetleri ivedilikle yürütülmelidir. Bu doğrultuda öncelikle her aile sağlığı merkezinde optimal oranda özellikle *"klinik psikolog istihdamı"* sağlanmalıdır ki dissosiyatif reaksiyonlarla karakterize olan aile psikopatolojilerine yönelik müdahalelerin erken dönemde çözümlenebilmesi adına dissoanalistlerin ve travma terapistlerinin görev almaları öncül bir önem arz etmektedir.

6. Çocukluk çağı travmalarının tespit edilmesi sürecinde okullarda görev alan psikolojik danışmanlara önemli görevler düşmektedir. Cinsel istismar mağduru çocukların adli sisteme bildirimlerinin ivedilikle gerçekleştirilmesi ve sonraki süreçte hem çocuklara hem de ebeveynlere yönelik psikolojik desteğin verilerek gerekli takiplerin yapılması, okul psikolojik danışmanlarının ana sorumlulukları arasındadır. Okul psikolojik danışmanları ayrıca ebeveynlere çocukluk çağı travmalarını önleme stratejileri eğitimleri vermelidir ki, bu eğitimlerin içerisinde de *"Çocuk İzlem Merkezi" ve "cinsel istismar"* odaklı temel konular mutlaka yer almalıdır. Çocukluk çağı travmaları ile mücadele doğrultusunda okul psikolojik danışmanı -özellikle klinik psikolog ve gelişim psikoloğu- istihdamının artırılması ve psikolojik danışmanlara çocuk istismarının hem adli hem de klinik yönleri ekseninde belli aralıklarla düzenli eğitimlerin travma terapistleri tarafından verilmesi oldukça elzemdir.

7. Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik dönemindeki negatif ruhsal yansımaları arasında; dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ön plana çıkmaktadır. Travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların tedavi sürecinin modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon ekseninde yapılandırılması, vakaların en kısa sürede ruhsal sağlıklarına kavuşabilmeleri ve entegre olabilmeleri adına temel öneme sahiptir. Bu doğrultuda

Öztürk tarafından geliştirilen (2021b) Travma Merkezli Alyans Model Terapi ile Ross ve Halpern (2009)'in Travma Model Terapi'si kullanılabilecek kısa dönemli etkin ve fonksiyonel terapi modelleri arasında yer almaktadır.

8. Adliye ya da Çocuk İzlem Merkezleri gibi hukuki işlemlerin gerçekleştirildiği merkezlerde çalışan ruh sağlığı uzmanları tarafından savcılara, hakimlere ve kolluk kuvvetlerine travmatik yaşantıların bireyler üzerindeki ruhsal etkilerine ve yansımalarına yönelik kapsamlı ve detaylı bir eğitim verilmesi gerekmektedir. Adli sistem içerisinde sıkça işbirliği kuran adli psikolog ve sosyal hizmet uzmanları ile avukatlar, savcılar ve hakimlerin hukuksal metinlerde hem ortak bir dil geliştirebilmeleri hem de ruh sağlığı ile ilgili uzmanlık gerektiren alanlarıyla ilişkili temel düzeyde bilgi sahibi olabilmeleri adına eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

9. Çocukluk çağı travmalarının önlenmesine ilişkin olarak lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarına "*çocuk hakları*" dersinin eklenmesi ve velilere yönelik belirli aralıklarla okullarda *"çocuk ve ergen psikolojisi"* eğitimi verilmelidir. Ayrıca, hukuk, adli bilimler ve tıp lisans ve lisansüstü eğitimlerinde psikotravmatoloji, travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar, aile psikopatolojisi ve psikotarih dersleri yer almalıdır. Ruh ve toplum sağlığı uzmanları tarafından travmatik yaşantıların nötralize edilmesi ile ilgili seminerlerin, konferansların ve etkinliklerin yaygınlaştırılması çocukluk çağı travmalarını önleme adına en önemli ilk adımlar olacaktır.

10. Bireysel ve toplumsal travmaların mümkün olan en kısa sürede hem tedavi edilmesi hem de sonlandırılması adına önleme stratejileri odaklı psikotoplumsal kuramların geliştirilmesi ve erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarıyla en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar konusunda psikotravmatoloji ve psikotarih perspektifli klinik kökenli modern psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılması ile bu bireysel ve toplumsal travmaların altında yatan ana dissosiyojenik bileşenlerin holistik

bir yönelimle nötralize edilmesi şeklinde tanımlanan "*dissoanaliz*"in ulusal ve uluslararası eksende etkin bir şekilde uygulanması, başta çocukluk çağı travmaları olmak üzere tüm örseleyici olayların sonlanmasını imkanlı kılacaktır. Dissoanalitik ekol perspektifinden gerçekleştirilecek bilimsel çalışmaların, travmatik yaşantıların nötralizasyonu ve önlenmesi adına öncül bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Modern psikotravmatoloji modaliteleri perspektifinden yapılandırılan dissoanaliz kuramı bağlamında gelişim odaklı, empatik ve yaratıcı bireyler ile kitlelerin, psikotoplumsal bilinç alyansını deneyimleyebilmeleri ve travmatik yaşantılarını nötralize edebilmeleri koşuluyla uzun soluklu, orijinal ve sağlıklı bir *"kuşaklararası varlanış"* gösterebilecekleri düşünülmektedir (Öztürk, 2022a).

11. Bireyden topluma genişleyen psikotoplumsal şiddet döngülerinde *"kuşaklararası travma geçişi"* ile "*kuşaklararası psikopatoloji aktarımı"* fenomenlerinin yakın ilişki dinamikleri ve fonksiyon geçişleri bulunmaktadır. Şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri bir gelişimsel travma olarak varlık göstermekte hatta çocukluk çağı travmalarının hem tekrarlı olarak yaşantılanmasına hem de reviktimizasyon süreçlerinin eyleme vurulmasına neden olmaktadır. Dissoanalitik psikotarih ve modern psikotravmatoloji kuramlarına göre aynı kuşak ebeveynler ya da çağdaş ebeveynler maksimal oranlarda birbirine benzer çocuk yetiştirme stillerini benimsediklerinden hatta şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini uyguladıklarından dolayı aynı dönemdeki ebeveynlerin hem kendilerinde hem de çocuklarında hem birbirine identik çocukluk çağı travmaları hem de birbirine benzer psikopatolojiler görülmektedir. Bu nedenle dissoanalitik kurama göre etkin ve fonksiyonel hem kısa hem de uzun dönemli çocukluk çağı travmalarını önleme politikalarının geliştirilmesi sürecinde *"kuşaklararası travma geçişi"* ve *"kuşaklararası psikopatoloji aktarımı"*nın temel alınması öncül bir gerekliliktir.

7. KAYNAKLAR

Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders, 4*(1), 1-10.

Abrams, M. S. (1999). Intergenerational transmission of trauma: Recent contributions from the literature of family systems approaches to treatment. *American Journal of Psychotherapy*, *53*(2), 225-231.

Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avcı, A., & İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *22*(4), 591-614.

Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse & Neglect*, *30*(10), 1093-1103.

Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Cmaj*, *186*(9), E324-E332.

Akbaş, S., Turla, A., Karabekiroğlu, K., Şenses, A., Karakurt, M. N., Taşdemir, G. N., & Böke, Ö. (2009). Adli makamlarca çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların, istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. *Adli Bilimler Dergisi, 8(1),* 24-32.

Akcan, G., Şarlak, D, & Çeçen-Eroğlu, A.R. (2021). Psikopatolojinin gelişiminde bireysel ve ailesel etkenler. Öztürk, E. (ed.). *Aile Psikopatolojisi* içinde (s.67-74). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Akdeniz, F., & Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *7*(Supp: 2), 70-74.

Aker, T. A., Aydın, N., Beşiroğlu, L. & Çelik, F. (2014). Van-Erciş 2011 depremleri TPD etkinlik ve deneyimleri. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Çalışma Birimleri Dizisi*; *17*, 1-2

Aktepe, E., Işık, A., Kocaman, O. & Eroğlu, F. Ö. (2013). Bir üniversite hastanesinde değerlendirilen cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin demografik ve klinik özellikleri. *New/Yeni Symposium Journal, 51(2),* 115-120.

Altınköprü, T. (2003). E*ğitim açısından çocuk psikolojisi çocuğun başarısı nasıl sağlanır?.* 1. Baskı. İstanbul: Hayat. s. 11-12.

Altintas, M., Sarlak, D., Ozturk, E., & Celbis, O. (2021). Evaluation of childhood traumas, depressive symptoms, and dissociative experiences in tinnitus cases. *Medeniyet Medical Journal*, *36*(4), 302-309.

Alves, H. V., Pereira, C. R., Sutton, R. M., & Correia, I. (2019). The world may not be just for you but you'd better not say it: On the social value of expressing personal belief in a just world. *European Journal of Social Psychology*, *49*(2), 270-285.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı*, (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Anber, T., Akar, T., & Altun, F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, *2*(2), 28-32.

Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology, 106* (Suppl), 71–74.

Ariès, P. (1962). *Centuries of childhood. (* R. Baldick, trans.). New York, NY: Alfred A. Knopf., 329-333.

Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, *5*(1-3), 37-40.

Arslan, G., & Balkıs, M. (2016). Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*, *6*(1), 8-22.

Arslan, F. & Erkol, Z. Z.(2021). Türkiye'de çocuk izlem merkezleri ve üniversite çocuk koruma uygulama ve araştırma merkezleri. Cantürk, G. (ed.). *Çocuk İstismarı ve İhmali* içinde (s.85-92). 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*.

Aslanargun, E., Bozkurt, S., & Sarıoğlu, S. (2016). Sosyo ekonomik değişkenlerin öğrencilerin akademik başarısı üzerine etkileri. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *9*(27/3), 201-234.

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

Avşar, Y. E. (2018). *Bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatri polikliniğine konsülte edilen hastaların sosyodemografik özellikleri, konsültasyon istem nedenleri ve konulan psikiyatrik tanıların değerlendirilmesi.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.

Aydemir, Ö. & Köroğlu, E. (Ed.). (2009). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler.* 7. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 21-23.

Aydemir, İ.,& Yurtkulu, F.(2012). Çocuğa yönelik cinsel istismarla mücadelede çocuk izlem merkezi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2).* 151-165.

Aydın, B.(2020). *Çocuk ve ergen psikolojisi*. 7. Baskı. İstanbul: Nobel. 130-132.

Aydin, B., Akbas, S., Turla, A., Dundar, C., Yuce, M., & Karabekiroglu, K. (2015). Child sexual abuse in Turkey: An analysis of 1002 cases. *Journal of Forensic Sciences*, *60*(1), 61-65.

Ayraler Taner, H., Çetin, F. H., Işık, Y., & İşeri, E. (2015). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *16*(4).

Ayres, T. C. (2021). Childhood trauma, problematic drug use and coping. *Deviant Behavior*, *42*(5), 578-599.

Azina, I. N., & Halimah, A. (2012). Student factors and mathematics achievement: Evidence from TIMSS 2007. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, *8*(4), 249-255.

Bağ, Ö., & Alşen, S. (2016). Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: çocuk izlem merkezleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 6(1),* 9-14.

Bağçeli Kahraman, P. & Çubukçu, A. (2019). Okul öncesi dönem çocuklarının annelerinin istismar düzeyleri, ebeveyn tutumları ve çocuklarının davranış problemleri arasındaki ilişki. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 10(17),* 1304-1331.

Bahali, K., Akçan, R., Tahiroglu, A. Y., & Avci, A. (2010). Child sexual abuse: Seven years in practice. *Journal of Forensic Sciences*, *55*(3), 633-636.

Bahari, A., Akbarian Firoozabadi, M., & Mohammadkhani, S. (2019). The mediating role of rumination on parenting style, childhood trauma and adulthood depression. *Practice in Clinical Psychology*, *7*(3), 197-206.

Baker, D.A. (1986). *Father-daughter incest: A study of the father.* (PhD thesis). California School of Professional Psychology, San Diego.

Baker, A. J., LeBlanc, S., Adebayo, T., & Mathews, B. (2021). Training for mandated reporters of child abuse and neglect: Content analysis of state-sponsored curricula. *Child Abuse & Neglect, 113*, 104932.

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

Balkan, D., & Sahin, N. (2016). Ensest sonrası ortaya çıkan aşırı yeme nöbetleri: Bir olgu sunumu/Binge eating attacks appearing after incest: a case report. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17*, 80-83.

Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology, 2*, 21-41.

Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 63*, 575-582.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother–child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(2), 233-255.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173-1175.

Barut, B. (2018). *Cinsel istismar mağduru kız çocukların umutsuzluk düzeyi ile saldırgan tutumları arasındaki ilişki (Güneydoğu Anadolu Bölgesi örneği)* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, *383*(9926), 1412-1421.

Başbakanlık 4.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 2012/20 No'lu Genelgesi. Erişim adresi: http://www.hsyk.gov.tr/Mevzuat/Duyurular/cocukizlemmerk-basb genelge pdf Erişim Tarihi: 14.01.2021

Bataş Bilgeç, S. (2012). *6-12 yaş arası dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinin baş etme tutumları, depresyon, anksiyete düzeyleri ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu açısından incelenmesi*.(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Baykuzu, G. (2016). *Üniversite öğrencilerinde travmatik yaşantılar, travma sonrası stres belirtileri, yasal yollara başvuru tercihleri ve adil dünya inancı arasındaki ilişki.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bayrakçı, M. (2007). Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *0*(14), 198-210.

Bayraktar, S. (2011). *Trafik kazası geçirmiş kişilerde travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi*.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Bayraktar, S. (2015). *İnsanlığın kanayan yarası çocuk istismarı ve ihmali*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. s.45-50.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4(6),* 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Becker-Lausen, E., Sanders, B., & Chinsky, J. M. (1995). Mediation of abusive childhood experiences: Depression, dissociation, and negative life outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*(4), 560-573.

Bednarek, S., Absil, G., Vandoorne, C., Lachaussée, S., & Vanmeerbeek, M. (2009). Enfants négligés: ils naissent, ils vivent, mais surtout ils survivent. *La Presse Médicale, 38*(3), 377-383.

Bègue, L.(2016). Un déterminant du phénomène de «victimisation secondaire»: la croyance en un monde juste. Ribeyre, C.(ed.*), La victime de l'infraction pénale inside* (149-155). Dalloz.

Bègue, L., & Bastounis, M. (2003). Two spheres of belief in justice: Extensive support for the bidimensional model of belief in a just world. *Journal of Personality, 71*(3), 435-463.

Bègue, L., & Muller, D. (2006). Belief in a just world as moderator of hostile attributional bias. *British Journal Of Social Psychology, 45*(1), 117-126.

Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review, 75*(2), 81-95.

Belli, H., Ural, C., Sagaltici, E., Solmaz, M., & Akbudak, M. (2021). Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in patients with major depression: is dissociative depression real?. *Psychiatry and Behavioral Sciences, 10*(4), 178-184.

Belsky, J. (1981). Early human experience: a family perspective. *Developmental Psychology*, *17*(1), 3-5.

Belsky, J., Hertzog, C., & Rovine, M. (1986). Causal analyses off multiple determinants of parenting: Empirical and methodological advances. *Advances in Developmental Psychology*. p.153-202

Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting, in Carlson, V. et Cicchetti, D., (eds)., In C*hild maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect (p.* 153-202.). Cambridge University Press, Cambridge,

Berber, G., Arslan, M. M., Karanfil, R., & Çekin, N. (2008). Diyarbakır'da kafa travmalarına bağlı çocuk ölümleri. *Türkiye Klinikleri J Foren Med*, *5*, 19-23.

Bernstein E. M. & Putnam, F. W. (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis, 174*, 727–735.

Bertalanffy, L. V. (1968). General systems theory: Foundation, development, applications. *New York: Brazillier*.

Bertule, M., Sebre, S. B., & Kolesovs, A. (2021). Childhood abuse experiences, depression and dissociation symptoms in relation to suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *22*(5), 598-614.

Beter, Ö. (2010). *Türkiye ve İngiltere'de çocuk koruma sistemleri*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Bezo, B., & Maggi, S. (2015). Living in "survival mode:" Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932–1933 in Ukraine. *Social Science & Medicine*, *134*, 87-94.

Bilginer, S. Ç., & Çalışkan, D. (2018). Çocuğu istismardan korumada yeni bir yaklaşım: Çocuk izlem merkezleri. Karaman-Kepenekçi, Y. & Taşkın, P. (eds.). *Prof. Dr. Emine Akyüz'e Armağan Akademisyenlikte 50 Yıl* içinde (s.119-127). Ankara: Pegem.

Birlik, E. (2019). *Ebeveynlerin çocukluk çağı örselenme yaşantıları ve çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Blackburn, I. M., & Cottraux, J. (2022). *Psychothérapie cognitive de la dépression*. 4. édition. Elsevier Health Sciences, France. 1-2.

Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal Of Psycho- Analysis, 77*, 935- 961.

Bliss, E. L. (1986). *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. Oxford University Press, USA.

Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgraduate Medical Journal*, *78*(926), 732-735.

Bob, P., Susta, M., Pavlat, J., Hynek, K., & Raboch, J. (2005). Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuroendocrinology Letters*, *26*(4), 321-326.

Bou Khalil, R., & Richa, S. (2014). When affective disorders were considered to emanate from the heart: the ebers papyrus. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 275-275.

Bouchard, C., Gauthier, M. C., Massé, R., & Tourigny, M. (1994). Les mauvais traitements envers les enfants. *Traité Des Problèmes Sociaux*, chapitre 17, pp. 363-380. Québec: Institut Québécois de Recherche Sur La Culture.

Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal Abnormal Psychology, 93,* 106-114.

Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. London. *Tavistock Publications.*

Boyd, J. H. & Weissman, MM (1981). Epidemiology of affective disorders: A re-examination of future directions. *Archives of General Psychiatry, 38,* 1039-1046.

Boyer, S. M., Caplan, J. E., & Edwards, L. K. (2022). Trauma-Related dissociation and the dissociative disorders: Neglected symptoms with severe public health consequences. *Delaware Journal of Public Health, 8*(2), 78-84.

Bozbeyoğlu, Ç.A., Koyuncu, E., Kardam, E. & Sungur, A. (2010). Ailenin karanlık yüzü: Türkiye'de ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 13(1),* 366-451.

Boztaş, M. H., & Arısoy, Ö. (2010). Tıbbi hastalıklarda depresyon: Tanısal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*(3), 318-332.

Brand, B., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology and treatment. *Psychiatric Times*, *27*(10), 62-69.

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., ... & Putnam, F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *5*(4), 301.

Brokke, S. S., Bertelsen, T. B., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2022). The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 1-8.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development, *American Psychologist, 32*, 513-531.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development,* Harvard University Press, Cambridge.

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

Büber, Ö., & Oksal, H. (2022). Sakarya'da 3-18 yaş cinsel istismar vakalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Sağlık Dergisi*, *2*(1), 44-58.

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

Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı.* 14. Baskı, Ankara; PEGEM Akademi.

Caffey, J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentogenol, 56*, 163-174.

Caffey, J. (1974). The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*, *54*(4), 396-403.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillian, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *The Journal of Social Psychology*, *138*(6), 789-791.

Canino, G. J., Bird, H. R., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., & Alegria, M. (1990). Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(3), 398-406.

Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R. & Cantón, J. (2012). The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. *European Journal of Developmental Psychology, 9(6),* 665–680.

Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (p. 15-31). New York, NY, US: Guilford Press.

Carty, H. M. (1993). Fractures caused by child abuse. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, *75*(6), 849-857.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, *301*(5631), 386-389.

Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, *20*(3), 191-203.

Chess, S., & Hassibi, M. (2013). *Principles and practice of child psychiatry*. New York: Springer Science & Business Media. p.3-7.

Choi, J. Y. (2017). Posttraumatic stress symptoms and dissociation between childhood trauma and two different types of psychosis-like experience. *Child Abuse & Neglect*, *72*, 404-410.

Christian, C. W., & Block, R. (2009). Committee on child abuse, et al. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*, *123*, 1409-1411.

Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham Jr, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(12), 1424-1432.

Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *1981*(11), 31-55.

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

Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parental practices. *Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 71-97.

Coons, P. M. (1988). Psychophysiologic aspects of multiple personality disorder: A review. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. 47-53

Coppen, A. (2000). Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 52-56.

Cox, M. J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, *48*(1), 243-267.

Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill- Palmer Quarterly, 27,* 201-208.

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J.R.P., Thomas, S.D., Wells, D.L. & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34(11),* 813-822.

Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: Brother–sister incest does not differ from father–daughter and stepfather–stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, *26*(9), 957-973.

Çağlar, E. & Türk, T.(2019). İstismara maruz kalan çocuklarla adli görüşme: NICHD Protokolü Önerisi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, (38), 393-412.

Çam, Ş. (2003). Çocuk pornografisi tartışmalarına ilişkin sorular. *İletişim Araştırmaları*. 1(2), 55-86.

Çeçen, A. R. (2007). Çocuk cinsel istismarı: Sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *1*, 1-17.

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

Çelik, F. G. H., & Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, *8*(4), 695-711.

Çetin, K., & Altıner, H. (2019). Cinsel istismara uğramış çocukların sosyodemografik değerlendirilmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Dergisi*, *1*(2), 135-147.

Çevik, A.(1999). Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası.* (1), 11-14.

Çocuk Koruma Kanunu, (2005). Kanun Numarası: 5395 Kabul Tarihi: 3/7/2005. Resmî Gazete, 15, 25876.

Çolak, B., Koç, G., İlhan, R. S., & Öncü, B. (2021). Relationship of adolescents' just world beliefs with childhood trauma and attachment styles. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, *28*(2), 159-165.

Dağlı, T. (2015). Çocuğun cinsel istismarı. T. Dağlı.(Ed.). *Çocuğa yönelik şiddet ve çocuğun korunması (ss. 41-51).* İstanbul: Çocuk Koruma Merkezlerini Destekleme Derneği Yayını.

Dağlı E.T & İnanıcı, M.A. (2011). Hastane Temelli çocuk koruma merkezleri için başvuru kitabı: İhmal ve istismara uğrayan çocuğa bütüncül yaklaşım. Ankara: Fersa Ofset. s. 208-214.

Dalbert, C. (1999). The world is more just for me than generally: About the personal belief in a just world scale's validity. *Social Justice Research*, *12*(2), 79-98.

Dalbert, C., & Radant, M. (2004). Parenting and young adolescents' belief in a just world. (eds. Dalbert, C & Sallay, H.). In *The Justice Motive in Adolescence and Young Adulthood* (pp. 26-40). New York: Routledge.

Dalbert, C., & Stoeber, J. (2006). The personal belief in a just world and domain-specific beliefs about justice at school and in the family: A longitudinal study with adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, *30*(3), 200-207.

Danese, A. (2020). Annual research review: Rethinking childhood trauma-new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(3), 236-250.

Danış, M.Z., Aygün, M., Karasu, M., & Danış, Y. (2019). Çocuk izlem merkezleri ve sosyal hizmet. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7(89)*, 518-528.

Danieli, Y. (Ed.). (1998). *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. Springer Science & Business Media. p. 669-680.

Davison, G. & Neale, J. (2004). *Anormal psikolojisi*. İ. Dağ (Çev. Ed.), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

de Becker, E., & Maertens, M. A. (2015, November). Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *In Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* (Vol. 173, No. 9, pp. 805-814). Elsevier Masson.

de Becker, E. (2020). La destructivité liée à l'abus sexuel sur l'enfant. *La Psychiatrie de L'enfant, Vol. 63(1),* 3-21.

De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 23*(2), 185-222.

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

Delgado, P. L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(6), 7-11.

deMause, L. (1991). The universality of incest. *The Journal of Psychohistory.*

deMause L.(1997) The psychogenic theory of history. *J Psychohistory*; 25:112-183.

deMause, L. (1998a). The history of child abuse. *The journal of Psychohistory, 25(3),* 216-236.

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

Demir, M. (2008). *Çocuk ve ergenlerin cinsel istismarı sonrasında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu özelliklerinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.

Demirbaş, E. (2017). *Bakırköy kadın ve kız çocuk cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlüler ile suça karışmamış kadınların gözünden ailelerini algılama şekilleri.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD, İstanbul.

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

Deniz, B. (2020). *Ebeveynlerin çocukluk yaşantılarının aile uyumu, evlilik yaşamı ve çocuk yetiştirme tutumları ile ilişkisinin incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, İstanbul.

Derebağçe, G. E., & Özerk, H. (2021). Türkiye'de 1995-2020 yılları arasında çocuk istismarını önleme programlarına ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların incelenmesi ve değerlendirilmesi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, *4*(7), 651–670.

Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., & Şafak Öztürk, C. (2018). Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 29*(4), 269-278.

Dereobalı, N., Karadağ, S. Ç., & Sönmez, S. (2013). Okulöncesi eğitim öğretmenlerinin çocuk istismari ihmali şiddet ve eğitimcilerin rolü konusundaki görüşleri. *Ege Eğitim Dergisi, 14*(1), 50-66.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018a). Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda (borderline) kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3*(3), 29-42.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018b). Psikotarih temelli çocuk yetiştirme stillerinin kuşaklararası travma geçişi açısından incelenmesi. Celbiş, O. (Ed.) *Turaz Akademi, 1*, 16-29.

Derin, G., & Öztürk, E. (2020). Ruhsal travmanın aktarımında psikotarihsel dinamikler. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 5*(1), 22-32.

Derin, G., & Öztürk, E. (2021). Klinik adli psikoloji: Klinik psikoloji temelli adli psikolojik değerlendirme. *VII. TURKCESS Uluslararası Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi*, K.K.T.C.

DeVylder J. (2012). An ecological systems perspective on the clinical high risk state preceding schizophrenia onset. *Social Work in Mental Health, 10(6),* 478-495

Dietrich, K. N., Starr, R. H., & Weisfeld, G. E. (1983). Infant maltreatment: Caretaker-infant interaction and developmental consequences at different levels of parenting failure. *Pediatrics, 72*(4), 532-540.

Dikeç, G., Bilaç, Ö., & Uzunoğlu, G. (2020). Kim daha çok damgalıyor? Ruhsal bozukluğu olan ergenler mi yoksa ebeveynleri mi?. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital, 10*(1). 8-14.

Dinleyici, M., & Dağlı, F. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü/Emotional abuse, neglect and the role of pediatrician. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *38*(2), 18-27.

Dirican, R. (2018). Tarihi süreçte çocukluk ve çocuk hakları. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, *2*(2), 51-62.

Disbrow, M. A., Doerr, H. & Caulfield, C. (1977). Measuring the components of parents' potential for child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 1*. 279-296.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (Eds.). (2011). *Risk factors in depression*. Elsevier. 19.

Do Carmo Cintra De Almeida-Prado, M. (2020). La famille perverse et l'inceste: Du filicide au matricide psychique. *Le Divan Familial*, 44(1),211-221.

Doğan, O. B. (2011). *Depresif bozuklukların epidemiyolojisi*. 1. Baskı. Sivas: Esform Ofset, 267-283.

Dönmez, Y.E., Soylu, N., Özel Özcan, Ö., Yüksel, T., Çalışkan Demir, A., Çon Bayhan,P. & Miniksar, D.Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *J Turgut Ozal Med Cent*; *21(1):*44-48.

Dubé, J., & Provost, M. (1991). Le rôle de la relation conjugale dans l'abus et la négligence d'enfants: vers une étude écologique. *Santé Mentale au Québec, 16*(1), 213-233.

Ebrahimi, L., Amiri, M., Mohamadlou, M., & Rezapur, R. (2017). Attachment styles, parenting styles, and depression. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*(5), 1064-1068.

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

Egeland, B., & Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect*, *20*(11), 1123-1132.

Eker, T., & Erdener, E. (2011). Tecavüze iliskin kültürel mitler ve mitlerin kabul edilmesine etki eden faktörler. *Türk Psikoloji Yazilari*, *14*(28), 60-63.

Erbay, L. G., Celbiş, O., Oruç, M., & Karlıdağ, R. (2020). Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı'na gelen tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi yöntemi ile incelenmesi. *Journal Of Forensic Medicine*, *34*, 1.

Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardıc, U., Yuce, D., Karacetın, G., Tufan, A. E., ... & Tekden, M. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: A cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*, *73*(2), 132-140.

Erdem Çevikbaş, P. (2018). *Ortaokul ve lise öğrencilerinin adil dünya inançlarının denetim odağı ve anne baba tutumu açısından gelişimsel olarak incelenmesi.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Erdoğan, A. (2010). Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *2*(2), 132-160.

Erdoğan, A., Tufan, E., Karaman, M.G., Atabek, M. S., Koparan, C., Özdemir, E., ….. & Ankarali, H. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *12(1)*, 55.

Erhat, A. (1996). *Mitoloji Sözlüğü*. 6. Basım. İstanbul: Remzi. 68-70.

Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment:*

Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect (pp. 647–684). Cambridge University Press.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society. 2d ed., rev. and enl*. New York, Norton.

Erim, O.S., Erdoğan, B. & Doğangün, B.(2022). Psikotravmatolojinin duayeni Pierre Janet ve psikolojik analiz yöntemi. E. Öztürk, (Ed.) *Psikotravmatoloji* içinde (s.95-101). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Erkut, Z., Balci, S., & Yildiz, S. (2017). Tarihsel süreç içinde çocuk. *Çocuk ve Medeniyet*, *2*(3), 17-28.

Ersan, E., & Abay, E. (2001). Depresyonun genetik nedenleri. *Duygudurum Dizisi*, *6*, 277-282.

Erten Almak, T. (2021). *Çocuk psikiyatrisi kliniğine ayaktan tedavi için başvuran 12-18 yaş ergenlerde anksiyete duyarlılığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa.

Erten, E., Uney, A. F. K., & Fıstıkcı, N. (2015). Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *7*(2), 157-165.

Ertur, E., & Yaycı, N. (2011). Erkek mağdur açısından ensest. *Adli Tıp Dergisi*, *25*(3), 199-214.

Evans, C. B., & Burton, D. L. (2013). Five types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *6*(4), 231-245.

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.

Fang, X., Fry, D. A., Brown, D. S., Mercy, J. A., Dunne, M. P., Butchart, A. R., ... & Swales, D. M. (2015). The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse & Neglect*, *42*, 146-162.

Farrell, H. M. (2011). Dissociative identity disorder: Medicolegal challenges. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *39*(3), 402-406.

Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(3), 489-498.

Ferguson, K. S., & Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse & Neglect*, *21*(10), 941-952.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), 607-619.

Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H. & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37(9),* 664–674.

Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., & Blanca, M. J. (2022). Prevalence of child sexual abuse in Spain: A representative sample study. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(21-22), NP19358-NP19377.

Fırat, S. İltaş, Y., & Işık Yılmaz, Ş. B. (2017). *Ruhsal ve hukuki yönleriyle çocuk istismarı.* Ankara: Akademisyen Kitabevi. s.10-15.

Figueroa, E. F., Silk, K. R., Huth, A., & Lohr, N. E. (1997). History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, *38*(1), 23-30.

Finkelhor, D., Gelles, R. J., Hotaling, G. T., & Strauss, M. A. (Eds.). (1983). *The dark side of families: Current family violence research*. Sage, Beverly Hills, 17-28.

Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse. Ullman, H. & Hilweg, W. (Eds.) *Childhood and trauma separation, abuse, war(p. 101).* England: Ashgate.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal Of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530-541.

Finkelhor, D., & Baron, L. (1986a). High-risk children. *A sourcebook On Child Sexual Abuse*. Sage: Newbury Park. p. 60-88.

Finkelhor, D., & Baron, L. (1986b). Risk factors for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *1*(1), 43-71.

Fleming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect*, *21*(1), 49-58.

Flint, J., & Kendler, K. S. (2014). The genetics of major depression. *Neuron*, *81*(3), 484-503.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 623-629.

Fox, H. A. (2002). The natural course of depression: Kraepelin and beyond. *Harvard Review of Psychiatry*, *10*(4), 249-253.

Franzke, I., Wabnitz, P., & Catani, C. (2015). Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(3), 286-302.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard edition*, *14*(239), 1957-1961.

Freyd, J.J. (1994). Betrayal trauma: traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior, 4(4),* 307-329.

Friedl, M. C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *157*(6), 1012-1013.

Furnham, A. (2003). Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and İndividual Differences*, *34*(5), 795-817.

Furnham, A. & Procter, E. (1989). Belief in a just world: Review and critique of the individual difference literature. *British Journal of Social Psychology, 28,* 365–384.

Gachet, P. F. (1864). *Étude sur la mélancolie*. Nom de L'éditeur Inconnu. p.12-22.

Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family*, 721-735.

Garbarino, J. & Sherman, D. (1980). High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Development, 51,* 188-198.

Garcia Eslava, J. S., Alvarez, M. J., Roura-Poch, P., Tasa-Vinyals, E., Masramon, H., Gonzalez-Vazquez, A., & Foguet-Boreu, Q. (2020, July). Childhood trauma, schizophrenia and suicidality. In *European Psychıatry* (vol. 63, pp. s527-s528). Edinburgh Bldg, Shaftesbury rd, cb2 8ru Cambridge, England: Cambridge Univ Press.

Gaudin Jr, J. M. (1999). Child Neglect. *Neglected Children: Research, Practice, And Policy,* 89.

Geçtan, E. (1997). *İnsan olmak,* 18.Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi. 87-88

Geçtan, E. (1998). *Psikanaliz ve sonrası* (8. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. s.120-130.

Gelles, R.J. (1987). The family and its role in the abuse of children, *Psychiatrics Annals, 77*,229-232.

George, D. & Mallery, P. (2010) SPSS for windows step by step: A simple guide and reference 17.0 update. 10th Edition, Pearson, Boston.

Giray, F. S. (2009). *Suç işlemiş ve işlememiş ergenlerin adil dünya inancı ve bağışlayıcılık tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüsek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Glaser D.(2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse Negl*.; 26: 697-714.

Glaser, D. (2020). Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. *Child Abuse & Neglect, 108,* 104649.

Goldman, R. J., & Goldman, J. D. (1988). The prevalence and nature of child sexual abuse in Australia. *Australian Journal of Sex, Marriage and Family*, *9*(2), 94-106.

Göğcegöz Gül, I., & Karlıdağ, R. (2012). Dünden bugüne depresyon. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics, 5(2),* 1-6.

Gökçe, S., Önal Sönmez, A., Yusufoğlu, C., Yulaf, Y., & Adak, İ. (2017). Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(3).

Gökler, I. (2008). *Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması* (Yayımlanmamış Doktora Tezi*).* Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *3*, 47-76.

Gökler, R. & Atamtürk, E. (2021). Ebeveynlik rollerindeki değişim. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi, 2(2),* 151-177.

Gölge, Z. B. (2005). Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, *42*(1), 19-28.

Görmez, V., Örengül, A. C., Baljinnyam, S., & Aliyeva, N. (2017). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. *Journal of Mood Disorders*, *7*(1), 41-46.

Grande, T. (2015). Square root transformation in SPSS. Lecture Video in https://www.youtube.com/watch?v=WVgJ77zKRNA&t=63s

Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review, 80,* 101891.

Guthkelch, A. N. (1971). Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J, 2*(5759), 430-431.

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

Güçlü, O., & Erkıran, M. (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüklülük. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 7*(1), 32-41.

Güçlü, O., Kamberyan, K., Kutlar, T., & Yaman, M. (2002). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında iki uçlu duygudurum bozukluğu. *Düşünen Adam, 15*(3), 164-172.

Gül, A., Gül, H., Erberk Özen, N. & Battal, S. (2016). Çocukluk çağı travmaları zemininde depresyon anksiyete ve dissosiasyon semptomları ilişkisinin araştırılması. *Journal of Mood Disorders, 6(3),* 107-115.

Güler, D., & Ulutak, N.(1992). Aile kavramının tarihsel gelişimi ve Türk toplum yaşantısında aile. *Kurgu, 11*(1), 50-75.

Güloğlu, B., Karaırmak, Ö., & Emiral, E. (2016). Çocukluk çağı travmalarının tinsellik ve affetme üzerindeki rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17*(4), 309-316.

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

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

Güneri Yöyen, E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research, 3(1),* 267-282.

Güneş Aslan, G. (2020). Türkiye'de adli değerlendirmeden geçen çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları hakkında bir değerlendirme. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 19*(73), 48-68.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2017). Ulusal hastalık yükü çalışması 2017.

Hafer, C. L., & Begue, L. (2005). Experimental research on just-world theory: problems, developments, and future challenges. *Psychological Bulletin*, *131*(1), 128.

Halbwachs, M. (1992). *On Collective Memory*. Chicago and London: The University of Chicago Press. p. 2-10.

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

Hamet, P. & Tremblay, J. (2005). Genetics and genomics of depression. *Metabolism, 54*(5), 10-15.

Hancı, İ. H., & Eşiyok, B. (2000). Munchausen by Proxy sendromu: Vekaleten hastalık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 9*, 1-4.

Hardt, J., Sidor, A. & Kappis, B. (2008). Childhood adversities and suicide attempts: A retrospective study. *Journal of Family Violence, 23*,8, 713-718

Hayez, J. Y. (2004). Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel. *Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, soigner, prévenir. Paris: John Libbey eurotext*. 47-61.

Héritier, F., Cyrulnik, B., & Naouri, A. (1994). *De l'inceste*. Paris: Odile Jacob. p. 10-25.

Herman, J.L.(2011). Travma ve iyileşme. (T. Tosun, Çev. Ed.). 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1982). Effects of divorce on parents and children. *Nontraditional Families: Parenting And Child Development/Edited By Michael E. Lamb*. 233-288.

Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, *26*(6-7), 679-695.

Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action.* John Wiley & Sons Inc, New York.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji Dergisi, 22*, 118-126.

Hochart, F.(2002). La maltraitance des enfants. *Bull. Acad. Natle Méd*.; 186/ 6, 963-970.

Hoghughi, M. S., & Long, N. (Eds.). (2004). *Handbook of parenting: theory and research for practice*. London: Sage. p. 1-2.

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

Horowitz, B.,& Wolcock, L, (1981). Material deprivation, child maltreatment and agency interventions among poor families in Pelton, L., éd., *The Social Context of Child Abuse and Neglect,* New York : Human Sciences Press. p.137-184.

Houzel, D. (2013). Enjeux de la parentalité et parentalité partielle. *G. Séraphin (sous la direction de), Famille, parenté, parentalité et protection de l'enfance. Quelle parentalité partagée dans le placement*, 65-73.

Högberg, U., Eriksson, G., Högberg, G., & Wahlberg, Å. (2020). Parents' experiences of seeking health care and encountering allegations of shaken baby syndrome: A qualitative study. *PLoS One*, *15*(2), e0228911.

Hulette, A. C., Kaehler, L. A., & Freyd, J. J. (2011). Intergenerational associations between trauma and dissociation. *Journal of Family Violence*, *26*(3), 217-225.

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *102*, 104361.

Hunziker, R. F. (2016). *Bien-être et croyance en un monde juste en ex-Yougoslavie: traces laissées par les guerres et la précarité socio-économique* (Doctoral dissertation, éditeur non identifié). Université de Lausanne, Lausanne.

Hwangbo, R., Chang, H., Hong, M., Cho, S., & Bahn, G. H. (2016). The diagnostic distribution of psychiatric disorders among the population under 19 years old: Based on the national insurance data. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*(2), 139-145.

Işık E., Işık U., & Taner Y.(2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar.* 1. Baskı. Ankara: Rotatıp. s.6-7.

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

Işık, Ü., Aktepe, E., Şimşek, F., Akyıldız, A., & Yıldız, A. (2019). Isparta ilinde bir üniversite hastanesinde değerlendirilen cinsel istismar mağdurlarının sosyodemografik, klinik

ve ailevi özellikleri: 2014–2018 verileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(1), 53-57.

Izdebska, A. (2021). Personality disorders in adult female child sexual abuse survivors: Dimensions of personality pathology and characteristics of abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 36*, 23-24.

İbiloğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *10*(1), 84-98.

İmren, S. G., Arman, A. R., Gümüştaş, F., Yulaf, Y., & Çakıcı, Ö. (2013). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, *38*(1), 22-30.

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

İnan Ünlü, A. (2020). *Ruhsal travma nedeniyle başvuran olgularda travmanın ihanet boyutunun sosyal kognisyon ile ilişkisi.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği, İstanbul.

İnce, T., &Yurdakök, K..(2014). Munchausen by Proxy sendromu; ağır bir çocuk istismarı formu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi/Turkish J Pediatr Dis 2014/ 3*, 165-170.

İşleyen, M. (2020). *Annelerin çocukluk çağı travmaları ve ebeveyn içsel düşünme işlevselliği arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların rolünün incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü Travma Ve Afet Çalışmaları, İstanbul.

Jackson, H.J. & Burgess, P.M.(2004). Personality disorders in the community: Results from Australian national survey of mental health and well-being part III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(10),* 765-766.

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Briggs, A. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1789-1858.

Janet, P.(1907). The major symptoms of hysteria. *Classics of Psychiatry & Behavioral Sciences Library, Division of Gryphon Editions*.

Janoff-Bulman, R. (1999). *Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events.* Coping: The Psychology of What Works, 305-323.

Janoff-Bulman, R., & McPherson Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. J. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* (pp. 91–106). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Jeon, H. J. (2011). Depression and suicide. *Journal of the Korean Medical Association*, *54*(4), 370-375.

Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, *364*(9432), 462-470.

Jung, C. G. (1936). The concept of the collective unconscious. *Collected Works*, *9*(1), 42.

Jung, C. G. (1992). *Analitik psikolojinin temel ilkeleri.* İstanbul: Cem Yayınevi.

Jung, C. G. (2014). *Collected works of CG Jung, volume 9 (Part 1): Archetypes and the collective unconscious* (Vol. 48). Princeton University Press.

Kabasakal, Z. & Arslan, G. (2014). Ergenlikte görülen anti-sosyal davranışlar, psikolojik sağlamlık ve aile sorunları arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi, 2 (3),* 76-90.

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

Kahil, A. & Palabıyıkoğlu, N. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10 (1),* 59-70.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı(2022). https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html. Erişim Tarihi: 15.03.2022

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1991). Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 6. Baskı, *Williams & Wilkins:* USA.

Kara, K., Özsoy, S., Teke, H., Congologlu, M. A., Turker, T., Renklidag, T., & Karapirli, M. (2015). Non-suicidal self-injurious behavior in forensic child and adolescent populations: clinical features and relationship with depression. *Neurosciences Journal, 20*(1), 31-36.

Karabekiroğlu, K., Erdoğan, A., Hergüner, S., Doğangün, B., Elçi, N., & Mihai, A. (2004). Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de çocuk ve ergen psikiyatrisi eğitimi. *Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 11: 54-64.*

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

Karahan, A. B. (2019). Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçu (TCK m. 280). *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, *25*(2), 948-978.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, *45*(2), 65-74.

Karan, A. (2021). *Çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar ile ilişkisi: Zaman perspektifi ve duygu düzenlemenin aracı rolü*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul.

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

Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., & Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *4*(4), 208-219.

Keck, M. E. (2010). *Depression*. Switzerland: Lundbeck (Schweiz) *AG*. 14-15.

Keels, M. (2022). Developmental & Ecological perspective on the ıntergenerational transmission of trauma & Violence. *Daedalus*, *151*(1), 67-83.

Keleş, Ş. (2022). *Cinsel istismara uğrayan ve uğramayan ergenlerde bağlanma stili, ana-baba tutumu, depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi*.(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin.

Kellermann, N. P. F. (2001). Transmission of Holocaust trauma – An integrative view. *Israil Journal of Psychiatry*, *64(3)*, 256-267.

Kellermann, N.P.F. (2009). Holocaust trauma: Psychological effects and treatment. New York: iUniverse. p.1-19.

Kellermann, N. P. (2013). Epigenetic transmission of holocaust trauma: can nightmares be inherited. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, *50*(1), 33-39.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Jama*, *181*(1), 17-24.

Kendall, K. M., Van Assche, E., Andlauer, T. F. M., Choi, K. W., Luykx, J. J., Schulte, E. C., & Lu, Y. (2021). The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine*, 1-14.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, *289*(23), 3095-3105.

Kerimoğlu, E. (1992). Dünyada ve ülkemizde çocuk psikiyatrisinin gelişimi. *Ankara Tıp Mecmuası (The Journal of the Faculty Medecine). Vol. 45*, 75-84.

Kessler, R. C., de Jonge, P., Shahly, V., van Loo, H. M., Wang, P. S.-E., & Wilcox, M. A. (2014). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. The Guilford Press. 7–24.

Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, *27*(12), 1077-1086.

Kılınç, S., & Torun, F. (2011). Adil dünya inancı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(1), 1-14.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, *21*, 125-153.

Kleinke, C. L., & Meyer, C. (1990). Evaluation of rape victim by men and women with high and low belief in a just world. *Psychology of Women Quarterly*, *14*(3), 343-353.

Klein-Parker, F. (1988). Dominant attitudes of adult children of Holocaust survivors toward their parents. In *Human Adaptation To Extreme Stress* (pp. 193-218). Springer, Boston, MA.

Kluft, R.P. (1993). Multiple personality disorder. In D. Spiegel (Ed), *Dissociative disorders: a clinical review (*pp.17-44). Lutherville, MD: Sidran Press.

Koca, M.(2012). Çocuk istismarında ihbar yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, *3*(1), 113-128.

Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Aydın, C., Koturoğlu, G., Aslan, A., ... & Kara, S. (2012). Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Turkish Pediatrics Archive/Turk Pediatri Arsivi*, *47*(3).

Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), 1897-1907.

Korkmaz, İ. (2003). Sosyal öğrenme kuramı. (Ed. Yeşilyaprak, Binnur) *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi.* Ankara: Pegema Yayıncılık.

Korkmazlar Oral, Ü. (1998). Çocuk-ergen ruh sağlığı ekibinde pedagog ve danışmanların rolü. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, *10*(10), 217-220.

Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., & Djassoa, G. (2013). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 48*, 1095- 1103.

Kozcu, Ş. (1991). Çocuk istismarı ve ihmali. *Aile Yazıları*, *5*(3), 380.

Ksiaa, I., Ghachem, M., Besbes, H., Khochtali, S., Chouchane, S., & Khairallah, M. (2020). Swept-source OCT findings in shaken baby syndrome: case report. *BMC Ophthalmology*, *20*(1), 1-4.

Kul, S. (2011). Klinik araştırmalarda örnek genişliği belirleme. *Plevra Bülteni*, *2*, 129-132.

Kumari, V. (2020). Emotional abuse and neglect: time to focus on prevention and mental health consequences. *The British Journal of Psychiatry*, 1-3.

Kundakçı, T. (1998). *DSM IV dissosiyatif bozukluklar için yapılandırılmış görüşme çizelgesinin(SCID-D) geçerlik güvenirliği*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Kurşun, F. (2021). *Cinsel istismara maruz kalan çocukların algıladıkları stres ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin sosyal hizmet açısından incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Kuygun Karcı, C., Gürbüz, A. A., Güzel, E., Sanberk, S., Gamli, İ. S., & Tahiroğlu, A. Y. (2022). Bir çocuk psikiyatri kliniğinin 6 yıllık hasta kayıt verilerinin incelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health, 29*(2), 93-99.

Labbé, J. (2005). Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect, 29*(4), 311-324.

Lacharité, C. (2007). Traumatisme et maltraitance. *La Revue internationale de l'éducation familiale,* (1), 13-28.

Laferrière, D., & Deshaies-Moreault, C.(2018). Les défis de la production d'estimations nationales de la maltraitance des enfants à l'aide de données administratives provenant de différents secteurs de compétence. *Recueil du Symposium de 2018 de Statistique Canada.*

Lange, B. C., Condon, E. M., & Gardner, F. (2020). Parenting among mothers who experienced child sexual abuse: A qualitative systematic review. *Qualitative Health Research*, *30*(1), 146-161.

Lerner, M. J., & Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, *85*(5), 1030-1051.

Lev–Wiesel, R. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*, *6*(1), 75-94.

Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological Psychiatry*, *60*(2), 84-92.

Lewis, A. J. (1934). Melancholia: A historical review: Part I. *Journal of Mental Science*, *80*(328), 1-42.

Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717-730.

Lipsanen, T., Korkeila, J., Peltola, P., Järvinen, J., Langen, K., & Lauerma, H. (2004). Dissociative disorders among psychiatric patients. *European Psychiatry*, *19*(1), 53-55.

Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia–overlapping or independent constructs?. *Psychopathology*, *37*(4), 200-206.

Loewenstein, R. J. (1994). Diagnosis, epidemiology, clinical course, treatment, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD: Report submitted to the Clinton Administration Task Force on Health Care Financing Reform. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *7*(1), 3–11.

Lomanowska, A. M., Boivin, M., Hertzman, C., & Fleming, A. S. (2017). Parenting begets parenting: A neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neuroscience*, *342*, 120-139.

Love, P. (2011). *The emotional incest syndrome: What to do when a parent's love rules your life*. New York: Bantam. p.13-21.

Lök, N., Başoğul, C., & Öncel, S. (2016). Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkileri ve psikososyal desteğin önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *8*(2), 155-161.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences?. *Psychiatric Clinics*, *29*(1), 63-86.

Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(5), 387-394.

Massé, R. (1990). Évaluation critique de la recherche sur l'étiologie de la violence envers les enfants. *Santé Mentale au Québec*, *15*(2), 107-128.

Maldonado, J. R., Butler, L. D., & Spiegel, D. (2002). Treatments for dissociative disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 463–496). Oxford University Press.

Mazzarello, O., Gagné, M. E., & Langevin, R. (2022). Risk factors for sexual revictimization and dating violence in young adults with a history of child sexual abuse. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-13.

McCloskey, L. A., & Bailey, J. A. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, *15*(10), 1019-1035.

McClure, R..J, Davis, P.M., …… & Meadow, S.R. (1996) Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and nonaccidental suffocation. *Arch Dis Child, 75*, 57–61.

McGee, R. A., Wolfe, D. A. & Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology, 9(01),* 131-149.

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

McLennan, H. (1954). Acetylcholine metabolism of normal and axotomized ganglia. *The Journal of Physiology*, *124*(1), 113.

Meadow, R.,(1977). Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet, 1977. 310(8033):* p. 343-344.

Meinck, F., Murray, A. L., Dunne, M. P., Schmidt, P., Nikolaidis, G., Petroulaki, K., ... & Browne, K. (2020). Measuring violence against children: The adequacy of the International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) child abuse screening tool-Child version in 9 Balkan countries. *Child Abuse & Neglect*, *108*, 104636.

Mellier, D., & Gratton, E. (2015). Éditorial. La parentalité, un état des lieux. *Dialogue*, (1), 7-18.

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

Mendoza-Meléndez, M. Á., Cepeda, A., Frankeberger, J., López-Macario, M. & Valdez, A. (2018). History of child sexual abuse among women consuming illicit substances in Mexico City. *Journal Of Substance Use, 23(5),* 520–527.

Metin, Ö. (2010). *Çocuk psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen cinsel istismar olgularının biyopsikososyal özellikleri.*(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin.

Metin, Ö., Toros, F., & Karcı, C. K. (2021). Cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerde cinsiyet ve yaşa ilişkin farklılıklar: Psikopatoloji öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *24*(1). 86-98.

Milner, J. S., Robertson, K. R., & Rogers, D. L. (1990). Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence*, *5*(1), 15-34.

Ministère de la Santé de la France. (2020). *Journée européenne de la dépression : le ministère des Solidarités et de la Santé souhaite renforcer la prévention et le traitement de la*

dépression, ainsi que l'accompagnement des personnes face à cette maladie. Erişim tarihi: 11.09.2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/communique_de_presse__journe_e_europe_enne_de_la_depression.pdf adresinden edinilmiştir.

Mitchell, S. W., & Silas, M. R. (1888). A case of double consciousness. *Transactions of the College of Physicians of Philadelphia*, *10*, 366-389.

Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak: Psikolojiye giriş*. 1. Basım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Morvan, Y., Prieto, A., Briffault, X., Blanchet, A., Dardennes, R., Rouillon, F., & Lamboy, B. (2005). La dépression: prévalence, facteurs associés et consommation de soins. *Baromètre Santé 2005*, 487-506.

Moyano, O., Thiébaut, E., & Claudon, P. (2004). Comparaison des expériences dissociatives à l'adolescence entre un groupe de collégiens et un groupe clinique. In *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique Vol. 162*,7, pp. 533-540. Elsevier Masson.

Mueller, C., Moergeli, H., Assaloni, H., Schneider, R. & Rufer, M. (2007). Dissociative disorders among chronic and severely impaired psychiatric outpatients. *Psychopathology, 40(6),* 470.

Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, *77*, 198-210.

Mumford, E. A., Liu, W., & Taylor, B. G. (2016). Parenting profiles and adolescent dating relationship abuse: Attitudes and experiences. *Journal of Youth and Adolescence*, *45*(5), 959-972.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141-151.

Narang, S., & Clarke, J. (2014). Abusive head trauma: past, present, and future. *Journal of child neurology*, *29*(12), 1747-1756.

Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment*.1-2.

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, *59*(2), 139-145.

NCANDS (2015). *Child Maltreatment*. (Prepared for the U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families).

Erişim adresi: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment Son erişim tarihi: 21.05.2021

NCANDS (2018). *Child Maltreatment*. (Prepared for the U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families).

Erişim adresi: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm2018.pdf

Son erişim tarihi: 21.05.2021

Nichols, P., & Schwartz, R.C. (1997). *Family Therapy: Concepts and Methods*. 2nd Edition. USA: Allyn and Bacon.

Nijenhuis, E., Van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Matthess, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, *6*(3), 125-139.

Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, *54*(5), 49-52.

Noirhomme-Renard, F., Lafalize, A., & Gosset, C. (2018). Les enfants négligés: le regard d'enseignants de classes maternelles et primaires. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *31*(1), 40-45.

Noland, R. W. (2010). Psikotarih: teori ve pratik. *Tarih Okulu Dergisi*, *2010*(VI). 95-123.

Oates, R. K., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D. L., & O'Toole, B. I. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, *22*(11), 1113-1118.

Ohayon, M. M., Priest, R. G., Guilleminault, C., & Caulet, M. (1999). The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biological Psychiatry*, *45*(3), 300-307.

Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, *35*(4), 512-522.

Olick, J. K. (2014). Kolektif bellek: İki farklı kültür. *Moment Dergi, 1(2),* 175-211.

Oral, G. (1999). Adli psikiyatri. İçinde: Z. Sosyal, C. Çakalır, (Ed.), *Adli Tıp, 3*, 1377-1572.

Orhan, G., Ulukol, B., & Canbaz, H.(2019). Çocuk izlem merkezi modeli ve bu modelde gözlenen sorunlar. *Kriz Dergisi*, *27*(3), 178-186.

Otto, K. & Dalbert, C. (2005). Belief in a just world and its function for young prisoners. *Journal of Research in Personality, 39*, 559–573.

Ovayolu, N., Uçan, Ö., & Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *2*(4), 13-22.

Öç, Ö. Y., Şişmanlar, Ş. G., Ağaoğlu, B., Tural, Ü., Önder, E., & Karakaya, I. (2006). Anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri, 9*(1), 123-130.

Öncü, E., Kurt, A., Esenay, F., & Özer, F. (2012). Çalışan çocukların ailede istismarı. *Turkish Journal of Public Health, 10*(3), 128-140.

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

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

Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 8*(2), 10-20.

Özden, M. Ş. (2018). Travma ve dissosiyatif bozukluklar: genel bir bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3*(3), 71-76.

Özen, Y. & Taşdemir, O. (2022). Anormal kavramına ruh sağlığı üzerinden bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(2), 174-184.

Özgen, H. (2017). *Çocukluk çağı ruhsal travmalarının ebeveyn tutumları üzerindeki yordayıcılığı* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

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

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. E. Öztürk (Ed.). *Turkiye Klinikleri Adli Bilimler Özel Sayısı* içinde (24-34). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve dissosiyasyon: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri*. Nobel Tıp Kitabevi. 1.Baskı. İstanbul.

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

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

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

Öztürk. E. (2020b). *Travma ve dissosiyasyon: Psikotravmatoloji temel kitabı*. (2.Baskı). İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 33-70.

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

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

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

Öztürk, E. (2022b). Modern psikotravmatoloji ve dissosiyasyon teorileri. E. Öztürk, (Ed.). *Psikotravmatoloji* içinde (s.41-69). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

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

Öztürk, E. & Çalıcı, C. (2020) Dünyada ve Türkiye'de psikotarihin akademik yansımaları. Öztürk, E., (Ed.). *Psikotarih.* İçinde (s. 86-89). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E., & Derin, G. (2019). Kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası travma aktarımı. In *VI. Turkcess International Education and Social Sciences Congress,* İstanbul, Türkiye (Vol. 30, pp. 55-559).

Öztürk, E., & Derin, G.(2021a). Dissosiyatif bozukluklarda kendine zarar verme davranışları ve intihar eğilimleri: Travma perspektifinden psikoterapötik bir değerlendirme. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 7*(1), 9-31.

Öztürk, E., & Derin, G.(2021b). Travmatizasyon ve revikitimizasyon süreçlerinin psikoterapötik ve psikopatolojik bileşenleri. Celbiş, O. (Ed.). *3. Uluslararası Turaz Adli Bilimler, Adli Tıp ve Patoloji Kongresi* içinde (s. 275-279). Bakü.

Öztürk, E. & Derin, G. (2021c). Aile psikopatolojisinin travmatik ve dissosiyojenik bileşenleri. *VII. TURKCESS Uluslararası Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi* içinde (s.54-60). Kıbrıs.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Derin, G. (2021). Psychotraumatology and dissociation: A theoretical and clinical approach. *Medicine Science, 10*, 246-54.

Öztürk, E., Derin, G., Ateş, A. (2019). Adli psikiyatri ve dissosiyatif bozukluklar. *2. Türk Adli Bilimler Kongresi ve 10. Adli Tıp Çalıştayı,* 11 Nisan, Antalya.

Öztürk, E., & Sar, V. (2006). The "apparently normal" family: a contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice*, *4*(3-4), 287-303.

Öztürk, E., & Şar V. (2016) Formation and functions of alter personalities in dissociative disorder: A theoretical and clinical elaboration. *J Psychol Clin Psychiatry 6(6)*: 7/7.

Özyürek, A., Yavuz, N. F., Begde, Z., & Özkan, İ. (2017). Okul öncesi çocuğa sahip anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının iki farklı bakış açısından incelenmesi. In *ICPESS (International Congress on Politic, Economic and Social Studies) 2(1)*, 26-38.

Papalia, N., Mann, E., & Ogloff, J. R. (2021). Child sexual abuse and risk of revictimization: Impact of child demographics, sexual abuse characteristics, and psychiatric disorders. *Child Maltreatment*, *26*(1), 74-86.

Parke, R. & Collmer, C. (1975). Child abuse: An interdisciplinary analysis. In E. M. Hetherington (Ed.), *Child development research,* Chicago: University of Chicago Press.

Parker, H., & Parker, S. (1986). Father-daughter sexual abuse: An emerging perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*(4), 531-549.

Pasian, M. S., Benitez, P., & Lacharité, C. (2020). Child neglect and poverty: A Brazilian study. *Children and Youth Services Review*, *108*, 104655.

Patterson, G. (1982). *Coercive family process.* Eugene, Oregon; Castalia Publishing Company.

Paykel, E. S. (1991). Depression in women. *The British Journal of Psychiatry*, *158*(S10), 22-29.

Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *9*(1), 49-62.

Pelton, L., (1978). Child abuse and neglect: The myth of classlessness, *American Journal of Orthopsychiatry, 48,* 608-617.

Perry, B. (1999). Memories of fear. *Splintered reflections. Washington, DC: Basic Books*. p.9-38.

URL: http://www.healing-arts.org/tir/perry_memories_of_fear.pdf

Pipe, M. E., Orbach, Y., Lamb, M., Abbott, C. B., & Stewart, H. (2008). Do best practice interviews with child abuse victims influence case processing. *Unpublished report, US Department of Justice*.

Pipe, M.E., Orbach, Y., Lamb, M., Abbott, C.B., Stewart, H. (2013). Do case outcomes change when investigative interviewing practices change? *Psychology, Public Policy, and Law, 19(2),* 179-190.

Pişi, D. (2013). *İstismar ve ihmale uğrayan çocukların psiko-sosyal özellikleri.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Konya.

Polat, O.(2002) *Çocuk ve şiddet*. İstanbul: Der Yayınları. s.85-97

Polat, O. (2004). *Klinik adli tıp*. 1. Baskı. Ankara: Seçkin. s.85-131.

Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı tanımları.* 1. Ankara: Seçkin.

Polat, O. (2018) *Şiddet.* 2. Baskı. Ankara: Seçkin. s.293-295

Polat, O. (2019). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı*. 3.Baskı. Ankara: Seçkin. s. 21-22.

Polat, O.(2020). Fiziksel istismar ve dayak. *O Benim de Çocuğum Dergisi*, s.8-23.

Polvan Ö.(2000). Çocuk ve ergen psikiyatrisi ve disiplininin dünyada ve Türkiye ‘de gelişimi. *İçinde: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı.*1. Baskı. Ankara: Nobel. s.1-4.

Post, R, M., Weiss, S, R. & Gabriele, S. (1992). Transduction of psychosocial stres into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psycihiatry; 149*(8), 999- 1010.

Postman, N. (1985). The disappearance of childhood. *Childhood Education*, *61*(4), 286-293.

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

Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCRACKEN, J. T., ... & Smalley, S. L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(3), 346-354.

Priebe, G., & Svedin, C. G. (2009). Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, *18*(1), 19-39.

Putnam, F. W. (1989). The diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York, NY: Guilford Press. 9-11.

Putnam, F.(1991). Dissociative phenomena. *Am Psychiatr Press Rev, 10,* 145– 160.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.

Putnam, F.W. (2006). Dissociative disorders. In: D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology, Vol. 2,* (p.657-695). New York: Wiley.

Putnam, F. W., Hornstein, N., & Peterson, G. (1996). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders: Gender and age effects. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *5*(2), 351-360.

Quinton, D. & Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links*(Vol. 14). Gower Publishing Company.

Reid, J. B., Taplin, P. S., & Lorber, R. (1981). A social interactional approach to the treatment of abusive families. *Violent behavior: Social learning approaches to prediction, management, and treatment*, 83-101.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M. R. L. N., Robins, L. N., ... & Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*(1), 35-47.

Roccatagliata, G. (1985). The ıdea of melancholia in classical culture. In *Psychiatry The State of the Art* (p. 89-93). Springer, Boston, MA.

Roche, A. J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J., & Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, *29*(4), 325-334.

Roma, P., Pazzelli, F., Pompili, M., Lester, D., Girardi, P., & Ferracuti, S. (2012). Mental illness in homicide-suicide: a review. *Journal of the American Academy of Psychiatry and The Law Online*, *40*(4), 462-468.

Rosenbaum, A., & O'Leary, K. D. (1981). Children: The unintended victims of marital violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *51*(4), 692.

Ross, C.A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America, 14*(3), 503-517.

Ross, C.A., Duffy, C.M. & Ellason, J.W.(2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation, 3(1),* 7-17.

Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. & Hingson, R.W. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: Results from a representative us sample of current or former drinkers. *Pediatrics,122(2),* 298-304.

Rouillon, F. (2005). La dépression, hier, aujourd'hui et demain: évolution historique des concepts. *Therapies*, *60*(5), 425-429.

Rubin, Z., & Peplau, A. (1973). Belief in a just world and reactions to another's lot: A Study of participants in the national draft lottery. *Journal of Social Issues*, *29*(4), 73-93.

Rudnytsky, P. L., & Dupont, J. (2019). Trauma et dissociation. *Le Coq-heron*, (2), 35-46.

Rush, B. (1812). *Medical inquiries and observations, upon the diseases of the mind* (No. 61640-61643). Philadelphia: Kimber & Richardson.

Russell, D. E. (1984). The prevalence and seriousness of incestuous abuse: Stepfathers vs. biological fathers. *Child Abuse & Neglect*, *8*(1), 15-22.

Sadeghfard, A., Bozorgi, A. R., Ahmadi, S., & Shojaei, M. (2016). The history of melancholia disease. *Iranian Journal of Medical Sciences*, *41*(3 Suppl), 75-77.

Sağlam, M., & Aral, N. (2016). Tarihsel süreç içerisinde çocuk ve çocukluk kavramları. *Çocuk ve Medeniyet*, *1*(2), 43-56.

Sakallı-Uğurlu, N., Yalçın, Z. S., & Glick, P. (2007). Ambivalent sexism, belief in a just world, and empathy as predictors of Turkish students' attitudes toward rape victims. *Sex Roles, 57*(11), 889-895.

Saleva, O., Putkonen, H., Kiviruusu, O., & Lönnqvist, J. (2007). Homicide–suicide—an event hard to prevent and separate from homicide or suicide. *Forensic Science International, 166*(2-3), 204-208.

Sanderson, C.(2010) *Anne, baba ve öğretmenler için çocuğun cinsel eğitimi ve tacizden korunma rehberi.*(Hekimoğlu Gül, A., Şar, F., Çev.). 1. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık. s.47-55-273-278.

Santayana, S. G. (1948). The meaning of child psychiatry. *The Journal of Education, 131*(3), 82-84.

Sarı, U. (2018). *Kocaeli Üniversitesi çocuk ergen psikiyatrisine başvuran sağlık tedbirli hastaların sosyo-demografik risk faktörlerinin ve ruhsal tanılarının incelenmesi.*(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli.

Sarıcan, A. & Karakaya, I. (2019). Cinsel istismar mağduru 9-15 yaş arası çocuklarda algılanan sosyal desteğin travmatik strese etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences, 16*(1), 14-27.

Sargın, N. & Akdan, M. F. (2016). Sonsuz acı: Psikolojik travma. İçinde, N. Sargın, S. Avşaroğlu & A. Ünal(Eds.), *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar,* (s.5-16). Konya: Çizgi Kitabevi

Saunders, B., McClure, S., & Murphy, S. (1986). Final report: Profile of incest perpetrators indicating treatability—part 1. *Charleston, SC: Crime Victims Research and Treatment Centre*.

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

Sayılgan, Y. G. (2022). *Annelerin çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyleri ile çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkide çocukluk çağındaki örselenmenin aracı rolünün incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Aydın Ünversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Schlesinger, L. B. (2000). Familicide, depression and catathymic process. *Journal of Forensic Science, 45*(1), 200-203.

Schreier, H. (2002). Munchausen by proxy defined. *Pediatrics*, *110*(5), 985-988.

Schultz, D.P. & Schultz S.E. (2007). *Modern psikoloji tarihi. (*Çev. Aslay, Y.).İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I., & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO.

Seven, R.(2018). Antikçağ mitolojisinde melankoli. *Iğdır Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı: 11*. 40-44.

Shadrina, M., Bondarenko, E. A., & Slominsky, P. A. (2018). Genetics factors in major depression disease. *Frontiers in Psychiatry*, *9*: *334*, 1-18.

Sharma, M., Sharma, N., & Yadava, A. (2011). Parental styles and depression among adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*.

Shore, P. A., Silver, S. L., & Brodie, B. B. (1955). Interaction of serotonin and lysergic acid diethylamide (LSD) in the central nervous system. *Experientia*, *11*(7), 272-273.

Simeon, D., & Loewenstein, R. J. (2009). Dissociative disorders. *Clinical Psychiatry Essentials*, 239.

Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., ... & Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *26*(11), 1027-1032.

Smith, S., & Chesin, M. (2022). Belief in a just world mediates the relationship between childhood abuse and self-esteem in emerging adults. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 1-18.

Sofuoğlu, Z., Cankardas Nalbantcilar, S., Oral, R., & Ince, B. (2018). Case-based surveillance study in judicial districts in Turkey: Child sexual abuse sample from four provinces. *Child & Family Social Work*, *23*(4), 566-573.

Soysal, H. (2012). Adli psikiyatri: Güncellenmiş basım. İstanbul: Özgür Yayınları. s.81-85.

Soyumtürk, İ. (2021). *Yetişkin bireylerde algılanan ebeveyn tutumu ile çocukluk çağı travmalarının duygusal yeme üzerine etkisinin incelemesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul.

Sökmen, F. (2018). *Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları ve sosyodemografik özellikler.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir.

Speizer, I. S., Goodwin, M., Whittle, L., Clyde, M., & Rogers, J. (2008). Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect*, *32*(4), 455-462.

Spiegel, D. (1997). Trauma, dissociation, and memory. In R. Yehuda & A. C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder* (pp. 225–237). New York Academy of Sciences.

Spinetta, J.J. & Rigler, D.(1972). The child-abusing parent: A psychological review, *Psychological Bulletin, 77*, 296-304.

Starr, R.H., (1982). A research-based approach to the prediction of child abuse in Starr, R.H., éd., *Child Abuse Prediction: Policy Implications*, Ballinger, Cambridge, 105-134.

Starr, R.H., (1988). Physical abuse of children in Hasselt, V.B., Morrison, R.L., Bellack, A.S. et Hersen, M., eds., *Handbook of Family Violence*, *Plenum Press*, New York, 119-155.

Steinberg, L., Catalano, R. & Dooley, D., (1981). Economic antecedents of child abuse and neglect, *Child Development, 52,* 975-985.

Steinmetz, S. K. (1977). The use of force for resolving family conflict: The training ground for abuse. *Family Coordinator*, 19-26.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(3), 345-355.

Strömwall, L. A., Alfredsson, H., & Landström, S. (2013). Blame attributions and rape: Effects of belief in a just world and relationship level. *Legal and Criminological Psychology*, *18*(2), 254-261.

Straus, M. A. (1983). Ordinary violence, child abuse, and wife-beating. Finkelhor, D., Gelles, R.J., Hotaling, G.T. & Straus, M.A. (Eds.) Inside t*he dark side of families: Current family violence research* (p. 213-234). London: Sage.

Straus, M.A., Gelles, Rj. & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. New York: Anchor.

Stupnianek, K. (2021). *The belief in a just world in face of injustice: victim, observer, and perpetrator perspectives.* PhD thesis. Universität Koblenz-Landau.

Su, Y., D'Arcy, C., & Meng, X. (2022). Intergenerational effect of maternal childhood maltreatment on next generation's vulnerability to psychopathology: A systematic review with meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(1), 152-162.

Sudak, H. S. (2004). Suicide. Sadock, B.J., Sadock, V.A.(Eds.) Inside *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry,* (p. 2442-2453). Eight Edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins .

Sutton, R. M., & Winnard, E. J. (2007). Looking ahead through lenses of justice: The relevance of just-world beliefs to intentions and confidence in the future. *British Journal of Social Psychology*, *46*(3), 649-666.

Şahbudak, B. (2018). *Aile içi ve aile dışı cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin annelerinin geçmiş travma öyküsü ve bağlanma özelliklerinin birbirleriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması.*(Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Şahin, A., Dalgıç, N., Tekin, A., Kenar, J., & Yükçü, B.(2020). Fekal Kontaminasyon ile ortaya çıkan Munchausen by Proxy sendromu: Bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi. 31*(3), 212-216.

Şahin, M. (2019) Duygudurum bozuklukları. (Çeviri Ed.)Şahin, M. *Anormal Psikolojisi içinde,* 12th ed. Ankara: Nobel. s. 129-171.

Şahin, Ö. (2020). *Babaları tarafından cinsel istismara maruz bırakılan kız çocuk annelerinin öznel yaşantılarının nitel olarak incelenmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Şar, V. (1998). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Köroğlu, E. & Güleç, C.(Eds.). *Psikiyatri Temel Kitabı içinde* (s. 823-833). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şar, V. (2000). Çoğul kişilik kavramı ve dissosiyatif bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası, 4*, 7-11.

Şar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International, Vol.2011,* 1-8.

Şar, V. (2018) Çocukluk ve travma: Psikotarihsel bir bakış. B. Alyanak (Ed.). *Çocuk ve ergenlerde travma ve travmatik durumların etkileri ve çözümleyici yaklaşımlar* içinde (s.12-17). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Şar, V. (2020a). Çözülme bozuklukları (Dissosiyatif bozukluklar). Köroğlu, E.(Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde (s.336-345). 3.baskı, İstanbul: HYB.

Şar, V. (2020b). Childhood trauma and dissociative disorders. In *Childhood Trauma in Mental Disorders* (pp. 333-365). Springer, Cham.

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

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

Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., ... & Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 45-50.

Şar, V., Kundakçı, T., & Kızıltan, E. (1997). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği. 33. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya*, 55-64.

Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., ... & Özdemir, Ö. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(1), 119-136.

Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(3), 216-222.

Şenkal, İ. & Işıklı, S. (2015). Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi, 26(4)*, 261-267.

Şen Kaya, S. (2014). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların tedavi öncesi ve sonrasında; ebeveynlerinde anksiyete, depresyon düzeyleri ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya.

Şimşek, Ş., Fettahoğlu, E. Ç., & Özatalay, E. (2011). Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu. *Dicle Tıp Dergisi*, *38*(3), 318-324.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using Multivariate Statistics (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Tan, M. (1989). Çağlar boyunca çocukluk. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES), 22*(1), 71-88.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica, 35*(2), 82-86.

Tardieu, A. (1852). *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* (Vol. 2). Paris: J.-B. Baillière., 122-126.

Tardieu, A. (1862). *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. Paris: JB Baillière et fils., 91-99.

Tardieu, A. (1868). *Etude médico-légale sur l'infanticide*. Paris: J.-B. Baillière, 1-15.

Tedeschi RG, Calhoun LG.(2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.

Telles-Correia, D., & Marques, J. G. (2015). Melancholia before the twentieth century: fear and sorrow or partial insanity?. *Frontiers in Pychology*, *6*, 81.

Temeloğlu, E., Turan, G., & Sarıcan, A. (2015). Kocaeli bölgesinde kurulan çocuk izlem merkezi'ne başvuran çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (6), 16-27.

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

Tıraşçı, Y. & Gören, S.(2007) Çocuk istismarı ve ihmali, *Dicle Tıp Dergisi, Cilt:34, Sayı: 1*, (70-74).

Tiftik, N. (2012). *Adam öldürme eylemi nedeniyle hüküm giymiş olan kadınlarda, çocukluk örselenme yaşantılarına maruz kalma düzeyi, adil dünya inancı ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi/The relationship among the childhood trauma experiences, the belief in a just world and anger expression styles in women convicted of murder* (Master's Thesis). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tinbergen, N. (1951). *The study of instinct.* Oxford: Oxford University Press. 220-228.

Topal, Y., Balcı, Y., & Erbaş, M. (2018). Muğla'da 18 yaş ve altı cinsel istismar olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, *10*(2), 135-141.

Topdemir, C. (2016). İstismar mağduru çocuğun korunmasında bir uygulama: Çocuk izlem merkezi (ÇİM). *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi, (43),* 1-25.

Toran, M. (2012). Çocukluğun ve erken çocukluk eğitiminin tarihi ve kuramsal temelleri. Avcı, N. & Toran, M. (Eds.). *Okul Öncesi Eğitime Giriş içinde*. 1. Baskı. Ankara: Eğiten Kitap. s. 1-19.

Toros, F., Tot, Ş., Bozlu, M., Okyay, Y., & Çamdeviren, H. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve primer enürezis nokturnalı çocukların annelerindeki psikiyatrik belirtiler ve yetiyitimi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *6*(3), 135-140.

Troisi, A. (2020). Childhood trauma, attachment patterns, and psychopathology: An evolutionary analysis. Spaletta, G., Janiri, D., Piras, F. & Sani, G. (Eds.). In *Childhood Trauma in Mental Disorders* (pp. 125-142). Springer, Cham.

Troyano, V. (2016). *Croyance en un monde juste, travail et santé*. Doctoral Dissertation, Université Lumière Lyon 2, Lyon.

Tsur, N. & Katz, C. (2021). “And then cinderella was lying in my bed”: Dissociation displays in forensic interviews with children following intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*,17-18.

Tufan, A.E. & Sercan, M. (2014). Çocuk ve ergenlerde adli psikiyatri uygulamaları. Uygur, N. (Ed.), *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu,* 2. baskı, Ankara: Bayt Bilimsel Araştırma Basın Yayın ve Tanıtım. s.200-230.

Turgut, R. (2021). *Görünürde normal aile dinamikleri ekseninde travma, dissosiyasyon ve depresyon: Erzurum örneklemi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

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

Tursz, A. (2011). Facteurs de risque de la maltraitance dans l’enfance. *La Revue du Praticien, 61(5),* 658-660.

Tutkun, H., Sar, V., Yargiç, L. I., Özpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, *155*(6), 800-805.

TÜİK (2020). Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri, 2015-2019. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2015-2019-33632 Erişim: 28.11.2022.

Tümer, A., Odabaşı, A., Özdemir, D., Mutlu, E., & Kaynak, A. (2015). Çocuk istismarının ağır bir türü: Bakım verenin yapay bozukluğu’na (Munchausen By Proxy Sendromu) hukuki ve tıbbi bakış. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, (6), 581-608.

Türk Dil Kurumu (2022). www.tdk.gov.tr. Erişim Tarihi: 12.05.2022.

Türkkan, T., Odacı, H., & Bülbül, K. (2021). Çocuk istismarı ve ihmalini anlamak: Ekolojik bir yaklaşım. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *32*(2), 709-728.

Türkmen, S. N., Sevinç, İ., Kırlı, Ö., Erkul, I., & Kandemir, T. (2017). Cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının profilleri. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, *7*(3), 197-202.

Türkmen, Z., Ziyalar, N., Tari, I., Mercan, S., Kayiran, S. M., Sener, D., ... & Akçakaya, N. (2012). Toxicological evaluation of two children diagnosed as Munchausen syndrome by proxy. *The Turkish Journal of Pediatrics*, *54*(3), 283.

Tyler, S., Allison, K., & Winsler, A. (2006, February). Child neglect: Developmental consequences, intervention, and policy implications. In *Child and Youth Care Forum, 35(1);* 1-20. Springer US.

Uğur, S. (2018). Geçmişten günümüze şekillenen çocukluk algısı ve çocuk yetiştirme pratikleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *1*(45), 227-247.

UNICEF. (2004). Çocuk haklarına dair sözleşme. Unicef, Türkiye.

Erişim adresi: https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme. Erişim tarihi. 20.07.2021

UNICEF. (2010). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması- Özet Raporu 2010. 32-35.

Erişim adresi: https://www.unicef.org/turkey/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010

Erişim tarihi: 20.07.2021

UNICEF. (2012). *Child maltreatment, prevalence, incidence and consequences in the East Asia and Pacific Region.* New York: UNICEF.

Erişim adresi: https://www.unicef.org/eap/media/2916/file/maltreatment.pdf Erişim tarihi: 18.04.2022

UNICEF. (2015). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children.* New York: UNICEF.

Erişim adresi: https://data.unicef.org/resources/hidden-in-plain-sight-a-statistical-analysis-of-violence-against-children/ Erişim tarihi: 27.07.2022

UNICEF. (2016). *Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi: Bu konuda harekete geçilmesine ve kanıt toplanmasına yönelik bir kılavuz*. New York: Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.

Erişim adresi:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y Erişim tarihi: 15.02.2022

UNICEF (2017) *Annual Results Report 2017: Child Protection.* New York, UNICEF.

Erişim adresi: https://www.unicef.org/reports/2017-annual-results-reports Erişim tarihi: 28.03.2022

Ural, A. & Çınar, F. N. (2014). Anne ve babanın eğitim düzeyinin öğrencinin matematik başarısına etkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *3*(4), 42-57.

Urazel, B., Fidan, S. T., Gündüz, T., Şenlikli, M., & Asfuroğlu, B. Ö. (2017). Çocuk ve ergen cinsel istismarlarının değerlendirilmesi. Assessment of sexual abused child and adolescent. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *39*(2), 18-25.

Uslu, N. (2022). A retrospective investigation of child sexual abuse cases. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *3*(2), 196-209.

Uzun Çiçek, A. (2021). Çocuk istismarı ve ihmali. Ataseven, H. & Altun, A. (eds.). *Güncel Pratik Tıp El Kitabı-2*, içinde (s.163-178). Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlük Matbaası.

Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G. D., Kalaça, S., & Sözmen, K. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 69-107.

Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub. p. 1-3.

Van der Kolk, B. A. (2005). This issue: Child abuse & Victimization. *Psychiatric Annuals, 35(5),* 374-378.

Van der Kolk, B. A. (2018). *Beden kayıt tutar travmanın iyileşmesinde beyin zihin ve beden.* Çev. Meral, N.C. Ankara: Nobel Yaşam. s.140-143.

Vanier, A. (2010). L'objet de la dépression. *La Clinique Lacanienne,* (1), 23-32.

Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, *48*(15), 2467-2476.

Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E. & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and ptsd symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse and Neglect, 31(1),* 71-84

Wainwright, N. W. J., & Surtees, P. G. (2002). Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *Journal of Affective Disorders*, *72*(1), 33-44.

Wagner, W. G. (1991). Depression in mothers of sexually abused vs. mothers of nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, *15*(1-2), 99-104.

Weathers, F.W., & Keane, T.M.(2008). Trauma, definition. In: Reyes G, Elhai J.D, Ford J. D, (eds). *The encyclopedia of psychological trauma*. Hoboken, NJ: Wiley. pp. 657–660.

Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 816-828.

Weissman, D. G., Lambert, H. K., Rodman, A. M., Peverill, M., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2020). Reduced hippocampal and amygdala volume as a mechanism underlying stress sensitization to depression following childhood trauma. *Depression and Anxiety*, *37*(9), 916-925.

Wickie, S. K., & Marwit, S. J. (2001). Assumptive world views and the grief reactions of parents of murdered children. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *42*(2), 101-113.

Widom, C.S.(1989). The cycle of violence. *Science*, *244(4901)*, 160-166.

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, *64*(1), 49-56.

Williams, K., Moehler, E., Kaess, M., Resch, F., & Fuchs, A. (2022). Dissociation links maternal history of childhood abuse to impaired parenting. *Journal of Trauma & Dissociation*, *23*(1), 37-51.

Williams, L. M. & Finkelhor, D., (1990). The characteristics of incestuous fathers, in Marshall, W.L., Laws, D.R., Barbaree, H.E., eds., *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. Plenum Press, New York, 231-256.

Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., ... & Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-

year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, *35*(8), 647-654.

Wolfe, D. A. (1985). Child-abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, *97*(3), 462.

Wolff, K. H., & Durkheim, E. (1960). *Emile Durkheim, 1858-1917: A collection of essays, with translations and a bibliography*. The Ohio State University Press. p.77-96.

World Health Organization, (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention 29–31 March 1999*, WHO, Geneva. World Health Organization: Geneva

World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization: Geneva. Erişim adres: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021 Erişim tarihi: 26.01.2022

World Health Organization (2016). *Child maltreatment*. World Health Organization: Geneva. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment (Son erişim: 05.11.2020).

World Health Organization. (2016). *Preventing depression in the WHO European Region.* Trimbos Institute. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction., WHO Regional Offices for Europe. Erişim adresi: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/325947/New-Preventing-depression.pdf (Son Erişim: 03.01.2021).

World Health Organization(2017a). *Child maltreatment*. World Health Organization: Geneva. Erişim adresi: Child_maltreatment_infographic_EN.pdf (who.int). Son Erişim: 29.11.2020

World Health Organization (2017b). *Depression fact sheet*. World Health Organization: Geneva. Erişim adresi: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ Son erişim tarihi: 03.08.2021

World Health Organization (2021). *Depression fact sheet*. World Health Organization: Geneva. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression Son erişim tarihi: 07.10.2022

Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, M.D, Y., Chen, MD, J., …& Keyes, B. B.(2006). Trauma and dissociation in China. *American Journal of Psychiatry, 163(8),* 1388-1391.

Yalçın, M., & Öztürk, E. (2018). Cinsel saldırı suçu mağduru kadınlara karşı toplumsal tutumlar ile adil dünya inancı ve çelişik duygulu cinsiyetçiliğin ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, *15*(2), 43-51.

Yalçın, Ç. P. S., & Öztürk, E.(2018). Travma Sonrası zamanın donması ve travmanın nesiller arası aktarımı. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *3*(3), 21-28.

Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, *5*(2), 7-13.

Yanar, G. (2017). *Cinsel istismara maruz kalan çocukların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin travmatik strese etkisi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Yancı, F., & Polat, A.Ö.(2019). Tecavüze ilişkin tutumların tecavüz mitleri, adil dünya inancı, cinsiyet rolleri ve demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Kadın Araştırmaları Dergisi, 1(18),* 31-50.

Yargic, L. I., Tutkun, H., & Sar, V. (1995). Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *8(1),* 10-13.

Yaşar, F. (2009). *İlköğretime devam eden öğrencilerin anne-çocuk ilişkisini kabul ve reddedici algılama düzeyinin annenin evlilik doyumu ve evlilik uyumu düzeyiyle ilişkisi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Yaşar, Z. F., & Akduman, G. G. (2007). Çocuk ihmali-istismarı ve adli diş hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, *6*(5), 389-394.

Yates, A.(1997) Sexual abuse of children. In: Wiener JM (eds). *Textbook of Child Adolescent Psychiatry: 2nd Edition.* Washington: American Psychiatric Pres. 699-709

Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, *17*(3), 243-257.

Yektaş, Ç., Tufan, A. E., Büken, B., Çetin, N. Y., & Yazici, M. (2018). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarcıya ilişkin özelliklerin ve psikopataloji ile ilişkili risk etkenlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *19*(5), 501-508.

Yetkin, S., & Özgen, F. (2007). Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, *3*(47), 1-5.

Yıldırım-Doğru, S. S. (2020). *Çocuk hakları ve koruma aile refahı*. 4. Baskı. Ankara: Eğiten Kitap, 90- 94.

Yıldız, S. (2005). *Depresyon ve anksiyete tanısı almış çocuklar ile kontrol grubunun anne-babalarının bağlanma stillerine göre evlilik uyumlarının incelenmesi*. (Yayımlanmamış

Doktora Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa.

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*(Ek 1), 216-226.

Yılmaz, B. (2008). Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması: Ön çalışma. *Türk Psikoloji Yazıları*, *11*(21), 41-51.

Yılmaz-Irmak, T. (2011). Fiziksel istismara uğrayan ergenlerde dayanıklılığın incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, *12*(2), 1-21.

Yörükoğlu, A. (2011). *Çocuk ruh sağlığı*. İstanbul: Özgür. s. 21-22.

Yücel, D. (2020). *Evli çiftlerde çocukluk çağı ruhsal travmaları ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.

Yüksel, F., Keser, N., Kars, G., Yurtkulu, F., Daşkafa, F….. & Arslan, F (2013) Çocuk istismarı ve çocuk izlem merkezleri, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi,12/1*, 18-23.

Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2018). Child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(9), 637-644.

Zengin, B. Y. (2014). *9-17 yaş grubunda cinsel istismar olgularının adli süreçte yaşadıkları örselenmenin değerlendirilmesi ve çözüm önerileri.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

Ziyalar, N. (1998). *Çocukların cinsel istismardan korunması bir eğitim model önerisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Ziyalar N. (2020). Toplumsal tarihte pedagojik yaklaşımlar. E. Öztürk (Ed.). *Psikotarih* içinde (s. 93-100). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Zorlu, Z. (2021). *Bipolar bozukluk tip 1 tanılı ebeveyn çocuklarında psikopatoloji, travma, disosiyasyon sıklığı ve ilişkisi*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Sar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olasi sonuçlari1/Probable results of childhood abuse and neglect. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *2*(2), 69-78.

5237 Sayılı TCK, (2004, 12 Ekim). Resmi Gazete (Sayı: 25611), Tertip: 5, Cilt: 43. Erişimadresi:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5 Erişim tarihi: 14.11.2021.

5237 sayılı TCK, (2004, 12 Ekim). Resmi Gazete(Sayı: 25611), Tertip: 5, Cilt: 43. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm Erişim tarihi: 14.11.2021

8. EKLER

8.1. EK 1: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

T.C İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ BİLİMLER VE ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Bilimler ve Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Ayşegül KURTULUŞ tarafından Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK danışmanlığında yürütülen doktora tez çalışmasıdır.

Çalışmada, çocuğu cinsel istismara uğramış olan ebeveynlerin, çocuğu psikiyatrik tanı almış ve düzenli tedavi gören ebeveynlerin ve ebeveyn bildirimine göre çocuğu herhangi bir travmatik yaşantıya maruz kalmamış olan ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Uygulamada size verilen bilgi formunu ve ölçekleri eksiksiz ve tüm içtenliğinizle cevaplamanız istenmektedir. Çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verdiğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz kesinlikle saklı tutulacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler isim içermeyen bir şekilde kodlanacaktır. Çalışma sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilimsel içerikte bir yayın yapılarak, bilimsel kongre ve yayınlarda paylaşılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için herhangi bir dezavantajınız ve riskiniz bulunmamaktadır.

Uygulama yaklaşık 40 dakika sürmektedir. Uygulamayı reddedebilir ya da istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Bu çalışmaya katılarak yardımcı olduğunuz için çok teşekkür ederiz.

Araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorun olduğunda araştırmacılara aşağıda verilen iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Tel: ..... e-mail: .....

Yukarıdaki metni okudum ve çalışmanın amacını anladım. Bu çalışmayı herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan istediğim zaman bırakabileceğimi anladım. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Adı ve soyadı(Baş Harfleri):

İmza:

Tezi Hazırlayan
Uzm. Psk. Ayşegül KURTULUŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Adli Bilimler ve Adli Tıp Enstitüsü

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Adli Bilimler ve Adli Tıp Enstitüsü

8.2. EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

(Çocuk İzlem Merkezi'ne Gelen Ebeveynler İçin)

1) Yaşınız :

2)Cinsiyetiniz:

3)Çocuğunuzun yaşı:

4)Çocuğunuzun cinsiyeti:

5)Eğitim Durumunuz: ( ) Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul
( ) Ortaokul ( ) Lise ( )Yüksekokul / Üniversite

6)Medeni durumunuz: ( ) Bekar ( ) Eşi vefat etmiş ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Diğer

7)Çalışıyor musunuz? ( )Hayır ( ) Evet

Evet ise ne kadar zamandır? ( )0-4 yıl ( )5-9 yıl ( )10 ve daha fazla

8)Mesleğiniz: ( ) Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( )Diğer

9)Aylık gelir düzeyiniz: ( )2000TL ve altı ( ) 2001 TL- 3000 TL ( ) 3001 TL-4000 TL ( ) 4000 TL ve üstü

10)Herhangi bir kuruluştan maddi yardım alıyor musunuz? ()Hayır () Evet

11)Annenizin mesleği: ( ) Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( )Diğer

12)Annenizin eğitim durumu: ( ) Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite

13)Babanızın mesleği: ( ) Çalışmıyor ( )İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( )Diğer

14)Babanızın eğitim durumu: ( ) Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite

15)Sigara ve/veya alkol de dahil bağımlılık yapan bir madde kullandınız mı?
( ) Hayır ( ) Evet

Evet ise lütfen belirtiniz; ( ) sigara ( ) alkol ( ) uyuşturucu/uyarıcı/uçucu madde
( ) 1 yıl ve daha az ( ) 1-2 yıl ( )2-5 yıl ( ) 5-10 yıl ( )10 yıl ve üstü

16)Fiziksel bir hastalığınız var mı(kalp rahatsızlığı, tansiyon, şeker vs.)? ( )Hayır ( )Evet

Evet ise lütfen tanınızı ve ne zaman ortaya çıktığını belirtiniz:

17)Ruhsal bir hastalığınız var mı(anksiyete, depresyon vs.)? ( )Hayır ( )Evet

Evet ise lütfen tanınızı ne zaman ortaya çıktığını belirtiniz:

18)Ailenizde herhangi bir ciddi fiziksel hastalığı olan biri var mı(kalp rahatsızlığı, tansiyon, şeker vs.)? ( ) Yok ( ) Var

Varsa kim olduğunu, hastalığını ve ne zamandır hasta olduğunu belirtiniz:(Aileden kast edilen çalışmaya katılan ebeveynin annesi, babası, kardeşi, eşi, çocuğudur)

19)Ailenizde ruhsal bir hastalığı olan biri var mı? ( ) Yok ( ) Var

Varsa kim olduğunu, hastalığını ve ne zamandır hasta olduğunu belirtiniz:(Aileden kast edilen çalışmaya katılan ebeveynin annesi, babası, kardeşi, eşi, çocuğudur)

20)İntihar girişiminiz oldu mu? ( )Hayır ( )Evet

Evet ise lütfen belirtiniz; ( )1 kez ( ) 2-4 kez ( ) 5 ve daha fazla ( ) son 1 ay içinde ( ) 2-6 ay içinde ( ) 7-12 ay içinde ( ) 1 yıl ve daha öncesi

21)İntihar düşünceleriniz var mı? ( ) Hayır ( ) Evet

Evet ise lütfen belirtiniz; ( ) Her zaman ( ) Çoğunlukla ( ) Arada sırada ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

22)Eşinizle olan ilişkiniz: ( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

23)Çocuğunuzla ilişkiniz: ( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

24)Annenizle olan ilişkiniz: ( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

25)Babanızla olan ilişkiniz: ( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi

26)Anne-babanızın çocuk yetiştirme stili hangisidir: ( ) Demokratik ( ) Baskıcı ( ) İlgisiz ( ) Mükemmeliyetçi ( ) Koruyucu

27)Aile üyeleri birlikte vakit geçirir mi: ( ) Hiç geçirmez ( ) Nadiren ( ) Arada sırada ( ) Çoğunlukla ( ) Her zaman

28)Eşinizle aranızda akrabalık bağı var mı: ( ) Evet ( ) Hayır

29Eşinizle evlilik şekliniz: ( ) Görücü usulü ( ) Ailenin zorlamasıyla ( )Severek / Flört ederek ( ) Kaçarak ( ) Diğer

30)Çocuğunuza yönelik cinsel istismarın tipi nedir:

Penetrasyon(Oral-anal-genital) ( )

Penetrasyon içermeyen dokunma ( )

Erken evlilik ( )

Reşit olmayanla cinsel ilişki ( )

Diğer (dokunma içermeyen, teşhir, sözel vs) ( )

31)Çocuğunuzun cinsel istismara maruz kalma durumu kaç kere gerçekleşmiştir:

( ) 1 kez ( ) 2 kez ( ) 3 kez ( ) 4 kez ( ) 5 ve daha fazla

32)Çocuğunuza cinsel istismarda bulunan kişinin/kişilerin cinsiyeti: ( ) Kadın ( ) Erkek

33)Çocuğunuza cinsel istismarda bulunan kişi/kişiler: (İstismarcılar birden fazlaysa birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

1.Tanıdık ( )

2.Arkadaş/Sevgili ( )

3.Baba ( )

4. Kardeş ( )

5.Üvey baba ( )

6.Üvey kardeş ( )

7.Resmi eş ( )

8.Gayrıresmi eş ( )

9.2.derece hısım akraba(Amca, dayı, dede, hala, teyze vs.) ( )

10.Diğer hısım akraba ( )

11.Mağdura hizmet veren çalışan ( )

12.Anne

13.Üvey anne ( )

14.Yabancı ( )

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

(Çocuk Psikiyatri Kliniğine Gelen Ebeveynler İçin)

1)Yaşınız :

2)Cinsiyetiniz:

3)Çocuğunuzun yaşı:

4)Çocuğunuzun cinsiyeti:

5)Eğitim Durumunuz: Okur yazar( ) Okur yazar değil ( )

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite ( )

6)Medeni durumunuz: Bekar ( ) Eşi vefat etmiş ( ) Evli ( )

Boşanmış ( ) Diğer ( )

7)Çalışıyor musunuz? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise ne kadar zamandır? 0-4 yıl ( ) 5-9 yıl ( ) 10 ve daha fazla ( )

8)Mesleğiniz: Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( ) Diğer( )

9)Aylık gelir düzeyiniz: 2000TL ve altı( ) 2001 TL- 3000 TL ( )

3001-4000 TL ( ) 4000 TL ve üstü ( )

10)Herhangi bir kuruluştan maddi yardım alıyor musunuz? Hayır( ) Evet( )

11)Annenizin mesleği: Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( ) Diğer()

12)Annenizin eğitim durumu: Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite ( )

13)Babanızın mesleği: Çalışmıyor( ) İşçi( ) Memur( ) Emekli( ) Diğer()

14)Babanızın eğitim durumu Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite ( )

15)Sigara ve/veya alkol de dahil bağımlılık yapan bir madde kullandınız mı?

Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen belirtiniz; sigara( ) alkol( ) uyuşturucu/uyarıcı/uçucu madde( )

1yıl ve daha az( ) 1-2 yıl( ) 2-5 yıl( ) 5-10 yıl ( ) 10 yıl ve üstü( )

16)Fiziksel bir hastalığınız var mı(kalp rahatsızlığı, tansiyon, şeker vs.)?

Hayır ( ) Evet( )

Evet ise lütfen tanınızı ve ne zaman ortaya çıktığını belirtiniz:

17)Ruhsal bir hastalığınız var mı(anksiyete, depresyon vs.)? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen tanınızı ne zaman ortaya çıktığını belirtiniz:

18)Ailenizde herhangi bir ciddi fiziksel hastalığı olan biri var mı(kalp rahatsızlığı, tansiyon, şeker vs.)? Yok ( ) Var( )

Varsa kim olduğunu, hastalığını ve ne zamandır hasta olduğunu belirtiniz:

(Aileden kast edilen çalışmaya katılan ebeveynin annesi, babası, kardeşi, eşi, çocuğudur)

19)Ailenizde ruhsal bir hastalığı olan biri var mı? Yok ( ) Var( )

Varsa kim olduğunu, hastalığını ve ne zamandır hasta olduğunu belirtiniz:

(Aileden kast edilen çalışmaya katılan ebeveynin annesi, babası, kardeşi, eşi, çocuğudur)

20)İntihar girişiminiz oldu mu? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen belirtiniz;

1 kez( ) 2-4 kez ( ) 5 ve daha fazla( )

Son 1 ay içinde( ) 2-6 ay içinde( ) 7-12 ay içinde ( ) 1 yıl ve daha öncesi( )

21)İntihar düşünceleriniz var mı? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen belirtiniz;

( ) Her zaman ( ) Çoğunlukla ( ) Arada sırada ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

22)Eşinizle olan ilişkiniz: Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

23)Çocuğunuzla ilişkiniz: Çok kötü ( ) Kötü( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

24)Annenizle olan ilişkiniz: Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

25)Babanızla olan ilişkiniz: Çok kötü( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

26)Anne-babanızın çocuk yetiştirme stili hangisidir: Demokratik( ) Baskıcı( )

İlgisiz( ) Mükemmeliyetçi( ) Koruyucu( )

27) Aile üyeleri birlikte vakit geçirir mi: Hiç geçirmez( ) Nadiren( )

Arada sırada( ) Çoğunlukla( ) Her zaman( )

28)Eşinizle aranızda akrabalık bağı var mı: Evet ( ) Hayır( )

29)Eşinizle evlilik şekliniz: Görücü usulü( ) Ailenin zorlamasıyla( )

Severek / Flört ederek( ) Kaçarak( ) Diğer( )

30) Çocuğunuzun psikiyatrik tanısı nedir?

31) Çocuğunuz ne kadar süredir psikiyatrik tedavi görüyor:

0-6 ay( ) 7-12 ay( ) 1-3 yıl ( ) 3 yıl ve daha fazla( )

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

(Travma Bildirmeyen Çocukların Ebeveynleri İçin)

1)Yaşınız :

2)Cinsiyetiniz:

3)Çocuğunuzun yaşı:

4)Çocuğunuzun cinsiyeti:

5)Eğitim Durumunuz: Okur yazar( ) Okur yazar değil ( )

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite ( )

6)Medeni durumunuz: Bekar ( ) Eşi vefat etmiş ( ) Evli ( )

Boşanmış ( ) Diğer ( )

7)Çalışıyor musunuz? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise ne kadar zamandır? 0-4 yıl ( ) 5-9 yıl ( ) 10 ve daha fazla ( )

8)Mesleğiniz: Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( ) Diğer( )

9)Aylık gelir düzeyiniz: 2000TL ve altı( ) 2001 TL- 3000 TL ( )

3001-4000 TL ( ) 4000 TL ve üstü ( )

10)Herhangi bir kuruluştan maddi yardım alıyor musunuz? Hayır( ) Evet( )

11)Annenizin mesleği: Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Emekli ( ) Diğer()

12)Annenizin eğitim durumu: Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite ( )

13)Babanızın mesleği: Çalışmıyor( ) İşçi( ) Memur( ) Emekli( ) Diğer()

14)Babanızın eğitim durumu Okur yazar ( ) Okur yazar değil ( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise ( ) Yüksekokul / Üniversite ( )

15)Sigara ve/veya alkol de dahil bağımlılık yapan bir madde kullandınız mı?

Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen belirtiniz; sigara( ) alkol( ) uyuşturucu/uyarıcı/uçucu madde( )

1yıl ve daha az( ) 1-2 yıl( ) 2-5 yıl( ) 5-10 yıl ( ) 10 yıl ve üstü( )

16)Fiziksel bir hastalığınız var mı(kalp rahatsızlığı, tansiyon, şeker vs.)?

Hayır ( ) Evet( )

Evet ise lütfen tanınızı ve ne zaman ortaya çıktığını belirtiniz:

17)Ruhsal bir hastalığınız var mı(anksiyete, depresyon vs.)? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen tanınızı ne zaman ortaya çıktığını belirtiniz:

18)Ailenizde herhangi bir ciddi fiziksel hastalığı olan biri var mı(kalp rahatsızlığı, tansiyon, şeker vs.)? Yok ( ) Var( )

Varsa kim olduğunu, hastalığını ve ne zamandır hasta olduğunu belirtiniz:

(Aileden kast edilen çalışmaya katılan ebeveynin annesi, babası, kardeşi, eşi, çocuğudur)

19)Ailenizde ruhsal bir hastalığı olan biri var mı? Yok ( ) Var( )

Varsa kim olduğunu, hastalığını ve ne zamandır hasta olduğunu belirtiniz:

(Aileden kast edilen çalışmaya katılan ebeveynin annesi, babası, kardeşi, eşi, çocuğudur)

20)İntihar girişiminiz oldu mu? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen belirtiniz;

1 kez( ) 2-4 kez ( ) 5 ve daha fazla( )

Son 1 ay içinde( ) 2-6 ay içinde( ) 7-12 ay içinde ( ) 1 yıl ve daha öncesi( )

21)İntihar düşünceleriniz var mı? Hayır ( ) Evet ( )

Evet ise lütfen belirtiniz;

( ) Her zaman ( ) Çoğunlukla ( ) Arada sırada ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

22)Eşinizle olan ilişkiniz: Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

23)Çocuğunuzla ilişkiniz: Çok kötü ( ) Kötü( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

24)Annenizle olan ilişkiniz: Çok kötü ( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

25)Babanızla olan ilişkiniz: Çok kötü( ) Kötü ( ) Ortalama ( ) İyi ( ) Çok iyi( )

26)Anne-babanızın çocuk yetiştirme stili hangisidir: Demokratik( ) Baskıcı( )

İlgisiz( ) Mükemmeliyetçi( ) Koruyucu( )

27) Aile üyeleri birlikte vakit geçirir mi: Hiç geçirmez( ) Nadiren( )

Arada sırada( ) Çoğunlukla( ) Her zaman( )

28)Eşinizle aranızda akrabalık bağı var mı: Evet ( ) Hayır( )

29)Eşinizle evlilik şekliniz: Görücü usulü( ) Ailenin zorlamasıyla( )

Severek / Flört ederek( ) Kaçarak( ) Diğer( )

8.3. EK 3: ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 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 İLK GENÇLİĞİMDE;						
		Hiçbir Zaman	**Nadiren**	**Zaman Zaman**	**Sıklıkla**	**Çok Sık Olarak**
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım	1	2	3	4	5
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum	1	2	3	4	5
3	Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökük ya da kirli giysiler 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 morart ya da	1	2	3	4	5

	sıyrıklar oluyordu.					
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	Ailemden 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 taktirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22	Beni 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

8.4. EK 4: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.

1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

8.5. EK 5: DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da fim seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8.6. EK 6: ADİL DÜNYA İNANCI ÖLÇEĞİ

ADİL DÜNYA İNANCI ÖLÇEĞİ

Bu anket insanların dünyaya ilişkin algıları konusunda bilimsel veri toplamayı amaçlamaktadır. Veriler sadece bilimsel çalışma için kullanılacaktır. Bunun için isim yazmanıza gerek yoktur. İfadelerin cevabı kişiden kişiye değişebilmektedir. Bu nedenle aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Her ifadeyi **sadece bir defa işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş** bırakmayınız.

		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Biraz katılıyorum Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Tamamen Karşıyım
1	Eninde sonunda başıma gelen her şeyi hak ettiğime inanıyorum.					
2	Bana karşı genellikle adil davranılmıştır.					
3	Çoğunlukla ne hak ettiysem onu bulmuşumdur.					
4	Genel olarak baktığımda yaşadığım olaylar adildir.					
5	Hayatımdaki adaletsizlikler istisnai durumlardır.					
6	Hayatta başıma gelen olayların çok büyük bir kısmının adil olduğuna inanıyorum.					
7	Benimle ilgili verilen önemli kararların çoğunlukla adil olduğunu düşünüyorum.					
8	Dünyanın aslında adil bir yer olduğunu düşünüyorum.					
9	İnsanların eninde sonunda ne hak ederlerse onu bulacaklarına inanıyorum.					
10	Adaletin her zaman adaletsizlikler karşısında galip geleceğinden eminim.					
11	Uzun vadede insanların adaletsizliklerin üstesinden geleceğine inanıyorum.					
12	Hayatın her alanındaki adaletsizliklerin (örneğin iş hayatı, aile hayatı, politik hayat vs.) bir kural olmaktan ziyade birer istisna olduğuna inanıyorum.					
13	İnsanların önemli kararlar verirken adil olmaya gayret ettiklerine inanıyorum.					

8.7 EK 7: ETİK KURUL

ONAYI

8.8 EK 8: KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

9.ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Uzm. Psikolog Ayşegül KURTULUŞ

Eğitimi

2013-2016: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı

2005-2010: Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü

2001-2005: İzmir Bornova Anadolu Lisesi(Fransızca)

Yabancı Diller

İngilizce, Fransızca

Mesleki Deneyimi

Psikolog

Mayıs 2021-……..: Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Ekim 2020- Mayıs 2021: Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi

2013 Mayıs- Ekim 2020: Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi

2011-2013: Kocaeli Körfez Devlet Hastanesi

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikologlar Derneği üyeliği

Aldığı Sertifikalar

WISC-R (Weschler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği)- Türk Psikologlar Derneği, Bursa

Rorschasch Mürekkep Lekesi Testi-Rorschasch ve Projektif Testler Derneği, İstanbul

Çocukla Adli Görüşme Eğitimi Sertifikası, Ankara

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Eğitimi Sertifikası, İzmir

Bilimsel Yayınlar

Temeloğlu, E., Turan, G. & Sarıcan, A. (2015). Kocaeli bölgesinde kurulan çocuk izlem merkezi'ne başvuran çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (6),* 16-27.

Temeloğlu, E., Turan, G. & Sarıcan, A. (2015). Kocaeli bölgesinde kurulan çocuk izlem merkezi'ne başvuran çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri. *Sosyal Hizmet Sempozyumu,* Manisa, 26-28 Kasım 2015. (Poster Sunum)

Nilhan, S. & Sarıcan, A. (2016) Aşamalı kas gevşemesi ile dokun ve nefes al" tekniklerinin lise öğrencilerinin sınav kaygıları üzerindeki etkileri, *19.Ulusal Psikoloji Kongresi,* İzmir, 5-7 Eylül 2016.(Poster Sunum)

Sarıcan, A. (2016). *Cinsel istismar mağduru 9-15 yaş arası çocuklarda algılanan sosyal desteğin travmatik strese etkisi,* (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma Anabilim Dalı, Kocaeli

Sarıcan, A. & Karakaya, I. (2019). Cinsel istismar mağduru 9-15 yaş arası çocuklarda algılanan sosyal desteğin travmatik strese etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences, 16*(1), 14-27.