

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

Danışman
Prof. Dr. ERDİNÇ ÖZTÜRK

MODERN PSİKOTRAVMATOLOJİ VE DİSSOANALİZ PERSPEKTİFİNDEN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI BİLDİREN EVLİ ÇİFTLERİN PSİKOPATOLOJİK
DİNAMİKLERİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. DAN. ÜMMEHAN PEKER

İSTANBUL, 2024

14 Ocak 2025, İstanbul

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
SOSYAL BİLİMLER ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50. maddesi uyarınca İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ümmehan PEKER’in “*Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Perspektifinden Çocukluk Çağı Travması Bildiren Evli Çiftlerin Psikopatolojik Dinamikleri*” adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır. Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Erdiñ ÖZTÜRK
Jüri Başkanı/Danışman

Prof. Dr. Neylan ZİYALAR
Üye

Doç. Dr. Orhan DESTANOĞLU
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gökem DERİN
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Şahin ÖZDEN
Üye

BEYAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Tez Yazım Kılavuzu kurallarına uygun olarak hazırladığım “*Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Perspektifinden Çocukluk Çağı Travması Bildiren Evli Çiftlerin Psikopatolojik Dinamikleri*” başlıklı yüksek lisans tez çalışmamda;

- Tez içinde sunduğum verileri ve bilgileri hem akademik hem de etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, istatistiksel değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım akademik yayınların tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan özgün sonuçlarda hiçbir değişiklik yapmadığımı,
- Yazım aşamasında patent ile telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını; her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ve beyan ederim.

Ocak 2025, İstanbul

ÜMMEHAN PEKER

**MODERN PSİKOTRAVMATOLOJİ VE DİSSOANALİZ PERSPEKTİFİNDEN
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI BİLDİREN EVLİ ÇİFTLERİN PSİKOPATOLOJİK
DİNAMİKLERİ**

Ümmehan PEKER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

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

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Erdiç ÖZTÜRK

ÖZET

Psikiyatri, klinik psikoloji, adli bilimler, psikolojik danışmanlık ve rehberlik başta olmak üzere birçok disiplin tarafından çalışılan çocukluk çağı travmaları, aile psikopatolojisi ve dissosiyatif yaşantılar, günümüzde sıkça çalışılan ve oldukça önemli olan temel bilimsel konulardandır. Bu çalışmanın amacı, evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Yüksek lisans tez çalışmamızın örneklemini İstanbul'da yaşayan ve en az 1 yıllık evliliği bulunan 102 evli çift olmak üzere toplam 204 yetişkin oluşturmaktadır. Çalışmamızda Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri olmak üzere beş adet veri toplama aracı katılımcılara yüz yüze ve çevrim içi olarak uygulanmıştır. Bu çalışmada, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları varyansının %3,35'ini açıklamakta, bağımlı değişkeni olan benlik algısında değişim ise çocukluk çağı travmaları ($\beta = -.12$) ve

kendine zarar verme davranışları ($\beta = ,07$) tarafından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordanmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ve kendine zarar verme davranışları birlikte benlik algısında değişim varyansının %4'ünü açıklamaktadır. Çocukluk çağı travmaları ve bununla ilişkili olarak ortaya çıkan savunma mekanizmalarından olan dissosiyatif yaşantıların öneminin fark edilmesi, dissosiyatif yaşantılarla baş etme yöntemi olarak kendine zarar verme davranışının ve tüm bunlarla ilişkili olarak ortaya çıkan travma sonrası büyümenin detaylı bir şekilde araştırılması öncül bir öneme sahiptir. Özellikle aile kurumunun kuşaklararası travma geçişi açısından temel bir etiyolojik faktör olduğu göz önünde bulundurularak evli çiftlerle yürütülen çalışmamızın modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı açısından travmatik yaşantıların önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesine hizmet edecek bilimsel araştırmaların yapılmasına olanak sağlaması öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Modern psikotravmatoloji; dissoanaliz; çocukluk çağı travmaları; evlilik; evli çiftler; aile psikolojisi; aile psikopatolojisi; kendine zarar verme davranışı; travma sonrası büyüme; dissosiyatif yaşantılar

**THE PSYCHOPATHOLOGICAL DYNAMICS OF MARRIED COUPLES
REPORTING CHILDHOOD TRAUMA THROUGH THE
PERSPECTIVE OF MODERN PSYCHOTRAUMATOLOGY AND DISSOANALYSIS
THEORY**

Ümmehan PEKER

İstanbul University-Cerrahpaşa

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

Master's Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ABSTRACT

Childhood traumas and dissociative experiences, which have been studied by many disciplines including psychiatry, clinical psychology, forensic sciences, psychological counseling and guidance, are among the most frequently examined and important basic scientific topics today. The aim of this study was to examine the relationship between childhood traumas, family psychopathology and dissociative experiences, self-injurious behaviors and posttraumatic growth in married couples. Total 204 adults, including 102 married couples who have been married for at least 1 year, living in Istanbul comprised the sample of our master's thesis study. In this study, five data collection tools including Personal Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Self-Injurious Behavior Assessment Inventory and Posttraumatic Growth Inventory were administered to the participants face-to-face and online. This study has found statistically significant relationships between the Childhood Trauma Questionnaire and the Dissociative Experiences Scale, the Self-Injurious Behavior Assessment Inventory and the Posttraumatic Growth Inventory. Childhood

traumas explained 3.35% of the variance of self-injurious behaviors, and the effects of childhood traumas ($\beta = -.12$) and self-injurious behaviors ($\beta = .07$) were statistically significantly predicted by these variables. Childhood traumas and self-injurious behaviors together explained 4% of the dependent variance of change in self-perception. Recognizing the importance of childhood traumas and dissociative experiences, which are one of the defense mechanisms that emerge in relation to childhood traumas, self-injurious behavior as a method of coping with dissociative experiences, and a detailed investigation of posttraumatic growth that emerges in relation to all these are of primary importance. Considering that the family institution is a basic etiological factor in terms of intergenerational transmission of trauma, our study conducted with married couples is expected to enable scientific research that will serve to develop strategies for the prevention of traumatic experiences in terms of modern psychotraumatology principles and dissoanalysis theory.

Keywords: Modern psychotraumatology; dissoanalysis; childhood trauma; marriage; married couples; family psychology; family paschopathology; self-harming behavior; post-traumatic growth; dissociative experiences

ÖNSÖZ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır. “*Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon*” ve “*dissoanaliz kuramı*” ekseninde yürütülen yüksek lisans tezimiz, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün başkanlığını yaptığı “*Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi*”nde gerçekleştirilmiştir.

Tez sürecimde bana rehberlik eden, akademik rehberliğini her zaman hissettiğim, mesleki tecrübesi, etik değerleri, dürüst ve saygıdeğer kişiliği ile bana yol gösterici ve örnek olan tez danışmanım İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı ve Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi Başkanı Sayın Prof. Dr. Erdinç Öztürk hocama, hayatıma ve çalışmalarına yaptığı bütün bilimsel katkılar, destekleyici ve teşvik edici yaklaşımı için saygı, minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreç boyunca bilgi birikimini ve tecrübesini tüm destek mekanizmalarıyla aktaran, süreç boyunca hiç çekinmeden öğrenme sürecimde merak ettiklerimi ve ihtiyaç duyduklarımı sorabildiğim ve sabırla beni cevaplayan Dr. Öğr. Üyesi Görkem Derin'e çok teşekkür ederim.

Bu yola birlikte çıktığım, birbirimizi sürekli olarak desteklediğimiz, birbirimizi teşvik ederek tez sürecini bana kolaylaştıran yol arkadaşım Vildan Akşen'e çok teşekkür ederim.

Desteklerini her konuda hayatımda hissettiğim, varlıklarıyla hayatıma anlam katan çok sevgili dostum Merve Gündüz Soytürk'e ve dostlarım Mervegül Maden ve Emine Öztürk'e sevgilerimi sunar, teşekkür ederim.

Hayatımda oldukları için çok şanslı olduğum kıymetli arkadaşlarım Hatice Kübra Aras Türkcan, Büşra Dağdevir Bembeyaz, Elif Özen ve Emine Kurt'a, iş arkadaşlığına boyut atlatan

ve işyeri olmaktan çıkaran sevgili arkadaşlarım Elif Demir Yıldırım, Hatice Kübra Saçık ve Mine Gönül'e teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca ellerinden geldiği kadar tüm imkanlarıyla beni destekleyen, koşulsuz sevgilerini tüm kalbimle hissettiğim, benim ailem oldukları için her zaman şükrettiğim çok sevgili annem Ayşe Peker ve babam Mustafa Peker'e, sevgili kardeşlerim Nagihan Peker ve aynı zamanda ev arkadaşım, yoldaşım olan Yunus Emre Peker'e, tüm hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen teyzelerim, rahmetli Emine Cankurt'a ve Gülsen Alım'a, benim için yeri çok ayrı olan sevgili kuzenim Hülya Alım'a, en içten sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Ümmehan PEKER

Ocak, 2025

İÇİNDEKİLER

BEYAN	II
ÖZET	III
ÖNSÖZ.....	VII
İÇİNDEKİLER.....	IX
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	XII
KISALTMALAR	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. Aile ve Evlilik Kavramları	11
2.2. Çocuk Yetiştirme Tutumları.....	13
2.2.1. Aşırı Koruyucu Tutum	16
2.2.2. Otoriter Tutum.....	17
2.2.3. Tutarsız Tutum	18
2.2.4. Çocuk Odaklı Tutum	20
2.2.5. Destekleyici ve Kabul Edici Tutum	21
2.3. Dissoanalitik Ekol Açısından Aile ve Evlilik Kavramı	22
2.3.1. Görünürde Normal Aile ve Disfonksiyonel Nesiller.....	23
2.3.2. Disfonksiyonel Aile Modelleri	25
2.3.3. Disfonksiyonel Ailelerde Deneyimlenen İletişim Şekilleri	31
2.4. Psikotravmatoloji	38
2.4.1. Psikotravmatolojinin Tarihçesi	40

2.4.2. Modern Psikotravmatoloji: Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları	44
2.4.3. Dissoanaliz Kuramı: Psikotoplumsal Terapi	47
2.4.4. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçiş Kuramı	50
2.4.5. Çocukluk Çağı İstismarı ve İhmali.....	51
2.5. Dissosiyasyon.....	60
2.5.1. Dissosiyasyon Kavramı	60
2.5.2. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar	63
2.5.3. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi	68
2.5.4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi	69
2.5.5. Dissosiyatif Bozuklukları Açıklayan Teoriler.....	71
2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı	75
2.6.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Türleri	77
2.6.2. Kendine Zarar Verme Davranışları ve Çocukluk Çağı Travmaları	78
2.6.3. Kendine Zarar Verme Davranışları ve Dissosiyasyon	80
2.6.4. Kendine Zarar Verme Davranışları ve Adli Bilimler	81
2.7. Travma Sonrası Büyüme	82
2.7.1. Travma Sonrası Büyümeye İlişkin Modeller	84
2.7.2. Travma Sonrası Büyüme Davranışı ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	85
2.7.3. Travma Sonrası Büyüme ve Dissosiyasyon	87
2.7.4. Travma Sonrası Büyümenin Uzun Dönemli Psikolojik Yansımaları	88
3. GEREÇ VE YÖNTEM	91
3.1. Araştırmanın Deseni.....	91
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	91
3.3. Veri Toplama Araçları.....	92
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	92
3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	93

3.3.3.Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği.....	93
3.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri.....	94
3.3.5.Travma Sonrası Büyüme Envanteri	94
3.4. İstatistiksel Analiz	95
4. BULGULAR	96
5. TARTIŞMA	114
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	128
7. KAYNAKLAR.....	135
8. EKLER	166
8.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	166
8.2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	168
8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ.....	172
8.4. DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ.....	173
8.5. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ....	178
8.6. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ	181
9. ÖZGEÇMİŞ	182

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I. Katılımcı Sayısı ve Yaş Ortalamaları	96
Tablo II. Katılımcıların Demografik Özellikleri	96
Tablo III. Katılımcıların Psikolojik Destek ve Psikiyatrik Tanı Durumları.....	97
Tablo IV. Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Frekansları	98
Tablo V. Katılımcıların Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyutu Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları	100
Tablo VI. Katılımcıların Cinsiyete Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları	101
Tablo VII. Katılımcıların Cinsiyete Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Toplam Puanlarının Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları	102
Tablo VIII. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları Toplam Puanları ve Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri Toplam Puanlarının Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları	103
Tablo IX. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kesme Puanlarına Göre Frekansları.....	104
Tablo X. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Alt Boyutları, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar.....	106
Tablo XI. Katılımcıların Cinsiyete göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	106

Tablo XII. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmalin Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri üzerindeki etkisi	107
Tablo XIII. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklemeler t Testi Sonuçları.....	108
Tablo XIV. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklemeler t Testi Sonuçları.....	109
Tablo XV. Katılımcıların Cinsiyetine göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	110
Tablo XVI. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Travma Sonrası Büyüme arasındaki İlişkide Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Etkisinin Hayes'in 4. Modeli ile Analizi.....	111
Tablo XVII. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Travma Sonrası Büyüme arasındaki ilişkide Dissosiyatif Yaşantıların etkisinin Hayes'in 4. Modeli ile Analizi.....	112
Tablo XVIII. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının, Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.....	113

KISALTMALAR

APA: American Psychological Association

CİS: Cinsel İstismar

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DİS: Duygusal İstismar

DİH: Duygusal İhmal

DKB: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

FİH: Fiziksel İhmal

FİS: Fiziksel İstismar

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının ve şımartılma ya da şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin, öznelere yetişkin bir birey olduklarında sahip oldukları hayata olan uzun dönem etkilerinin ve psikopatolojik dinamiklerinin incelenmesi psikiyatri, psikoloji; özellikle adli ve klinik psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik bilimlerinin temel çalışma alanlarını oluşturmaktadır (Öztürk, 2020a). Psikotravmatoloji alanında gerçekleştirilen bilimsel araştırmalar, bireylerin travmatik yaşantılara yönelik geliştirdikleri psikolojik ve fiziksel tepkilerin incelenmesi, örseleyici yaşam deneyimlerinin yol açtığı olumsuz etkilere karşı tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve bu tür olayların önlenmesine yönelik stratejilerin yapılandırılması üzerine odaklanmaktadır. Genel olarak disfonksiyonel aile modellerinde ortaya çıkan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının yetişkinler üzerindeki negatif ruhsal yansımaları, bireylerin aile, iş ve sosyal yaşantılarını kesintiye uğratmaktadır (Öztürk, 2024a; Öztürk & Derin, 2020). Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları ile toplumsal travmaların kısa ve uzun dönemli ruhsal sonuçlarıyla ilişkili dissosiyatif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu temel alınarak geliştirilen “*modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon çalışmaları*”, travmatik yaşantıların hem insan hem de toplum üzerinde oluşturduğu dissosiyojen tepkilere, bu travmatik olayların psikoterapilerine ve önleme yöntemlerine odaklanan klinik kökenli temel bir alandır (Öztürk, 2022a; Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021).

Modern psikotravmatoloji perspektifinden dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyatif bozukluklar, istismar edilen bireyin çevresine karşı bölünerek ve çoğullaşarak özne olabilmesi ile karakterizedir (Öztürk, 2022b). Uluslararası ve ulusal bilimsel platformlarda Öztürk tarafından yapılandırılan modern psikotravmatoloji ilkelerinden köken alan “*Dissoanaliz Kuramı*”, bireysel ve toplumsal travmaların en kısa sürede tedavi edilmesini ve bu travmaların önlenmesi odaklı psikotoplumsal kuramların geliştirilmesini, çocukluk çağı travmalarıyla yakın

ilişki içerisinde olan dissosiyatif bozukluklar konusunda psikotravmatoloji ve psikotarih yönelimli psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılmasını sağlayarak, gelişime açık ve entegre olmuş bireylerin yer aldığı toplumların oluşturulmasını hedeflemektedir. Dissoanaliz kuramına göre aile, çocukluk çağı travmalarının disfonksiyonel ebeveynlik pratikleri içerisinde yaşantılandığı toplumsal açıdan en önemli kurumların başında gelmektedir (Öztürk, 2022b; 2022c). Bu çalışmamız aile, aile psikolojisi ve aile psikopatolojisi ile ilişkili olup klinik adli psikoloji bilim alanına güncel bilimsel katkılar sağlamaktadır.

Modern psikotravmatoloji ve dissoanalitik ekolün öncü isimlerinden 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 en küçük ve en eksiksiz bütünüün ta kendisi olarak”* tanımlamaktadır. Aile toplumsal hayatın en temel çekirdek birimi olup evlilik, iki yetişkin bireyin hukuksal bağlamda kurdukları psikolojik, sosyolojik ve biyolojik bir yapı olmakla birlikte bireylerin evlilik birliği ile kurdukları aile, ilişkisel karşılıklılık aracılığıyla barınma, korunma, güven, sevgi paylaşımı, ait olma, kendini gerçekleştirme, çocukların bakımını ve eğitimini sağlama gibi ihtiyaçları ve etkileşimsel dinamikleri yaşantıladıkları bir ortamdır (Tan, 1976). Aile içindeki bireylerin yerine getirmesi gereken araçsal ve duygusal roller sağlıklı aile işleyişinin sürdürülmesinde önemli bir işleve sahiptir. Araçsal roller, fiziksel kaynakların (örneğin; yiyecek, giyim ve barınak) sağlanması, karar verme ve aile yönetimi ile ilgili, duygusal roller ise aile üyelerine duygusal destek ve cesaret sağlamak ile eşleniktir; sağlıklı aile işleyişi için her iki rol kümesinin de mevcut olması gerekir. Evlilik ilişkisi ebeveynlerin birbiriyle olan uyumuna bağlıdır ve her iki tarafın da ihtiyaçlarının karşılandığı bir yapı olması gerekmektedir (Peterson, 2009). Sağlıklı bir aile ortamında güven hissi duyulur, duygusal paylaşım ve anlatımlara izin verilir, hatalarda affedici tutum takınılır, mükemmeliyetçilik beklentisi yoktur, kurallar açık ve tutarlı, sınırlar ise nettir (Ubaidi, 2017). Sağlıklı gelişim

ortamı olmayan ailelerde patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma ile ilgili psikopatolojiler görülmektedir (Öztürk, 2020a).

Aile içerisinde çocukluk çağı travmalarını deneyimleyen çocuklar, kendini savunmasız hissedebilmekte, dissosiyasyon olmakta ve travmatik açmazlara hapsolmaktadır (Öztürk, 2024b). Bu açmazların kökeninde genellikle ihmal ve istismar gibi temel travmatik deneyimler yer almakta olup, her iki durum da çocuğun fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimini derinden etkileyen unsurlardır. Çocukluk çağı travmaları arasında yer alan ihmal, genel olarak çocuğun duygusal ve fiziksel temel ihtiyaçlarının karşılanmaması şeklinde tanımlanmakta iken, istismar ise fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak ele alınmaktadır. Fiziksel istismar çocuğun yaralanması ya da şiddet görmesiyle; duygusal istismar çocuğa haksız sözlü müdahaleler ya da aşağılayıcı ifadelerde bulunulmasıyla, cinsel istismar ise çocuğa karşı yöneltilen cinsel eylemlerle karakterizedir (Yücel & Öztürk, 2021).

İstismar ve ihmale ek olarak duygusal istismar ve ihmal kapsamında değerlendirilen dissosiyasyon disfonksiyonel iletişim şekilleri ile karakterize olan görünürde normal aile modelleri, birçok istismar stilini kendi içerisinde barındırmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021; 2022a). Toplumların temel yapı taşı olan aile içerisindeki bireylerin çocukluk döneminde bakım verenleri tarafından ebeveynlik pratikleri içerisinde ortaya çıkan çocukluk çağı travmaları bireyde psikopatolojilerin ve önemli iletişim sorunlarının gelişmesine neden olmaktadır; bakım verenin ebeveynlik pratikleri ve maruz bıraktığı travmatik yaşantılar çocuğun savunma sistemlerini vurarak hatta kimlik oluşumuna zarar vererek onların ruhsal entegrasyonlarında kesintilere yol açabilmektedir. Kronik olumsuz yaşam deneyimleri, maksimal oranda insana özgü kavramlar olan kimlik, bilinç ve belleği vurmaktadır (Öztürk, 2020b).

Psikotravmatoloji insanların ve toplumların travma kökenli olaylara verdikleri tepkilere, olumsuz yaşam deneyimlerinin psikoterapilerine ve örseleyici olayları önleme yaklaşımlarına odaklanan, psikiyatri, klinik psikoloji, sosyoloji, psikotarih, psikolojik

danışmanlık ve rehberlik disiplinleri ile ilişkili psikolojinin temel bir alanıdır (Öztürk, 2022a). Psikotravmatoloji akut ve kronik travmatik yaşam tecrübelerinin insan psikolojisine olan etkisi ile bireyin yaşam boyu psikopatolojisine olan etkilerini değerlendirerek, tedavisini sağlayan bir bilim dalı olmasının yanı sıra, doğal afetler, istismar türleri, göç, savaş, terör ve insan kaynaklı felaketler sonucu ortaya çıkan konularda çalışmalar ortaya konulmasını da sağlar (Everly, 1993; Öztürk, Erdoğan & Çalıcı, 2019). Ulusal ve uluslararası bilimsel platformlarda Öztürk'ün öncüsü olduğu “*modern psikotravmatoloji*”, olumsuz yaşam deneyimlerinin insan psikolojisi ve ruhsal entegrasyonu üzerindeki kısa ve uzun dönemli etkilerini, yaşam boyu psikopatolojilere dönüşüm ekseninde değerlendirerek travma temelli psikoterapilerle tedavisini gerçekleştiren, “*travmatik stres*” ve “*travmatik dissosiyasyon*” konularını ele alan bilimsel bir alandır (Öztürk, 2020a).

Bir travma terapisti ve bir psikotarihçi olan Öztürk'ün modern psikotravmatoloji çalışmalarından köken alan “*Dissoanaliz Kuramı*”, kimlik kavramının travmatik yaşantılarla eşlenik “*çoklu bilinç sistemi*” ve “*çoklu bellek fenomeni*”ne dair bireysel ve toplumsal her ögeyle en yakın etkileşimsel dinamiğe sahip bir ekseninde yapılandırmaktadır (Öztürk, 2022b). Dissoanaliz, psikotoplumsal bir terapi olup bireysel ve toplumsal her öge ile eşlenik olarak “*uyumsal ve yaratımsal evrilme*” yöneliminde fonksiyon gören yeni bir psikoloji kuramıdır. Dissoanaliz, “*travma ve dissosiyasyon*” alanında hem etkin psikoterapi yöntemlerinin hem de yenilikçi psikotravmatoloji ve psikotarih akımlarının geliştirilmesinde oldukça önemli bilimsel katkılar sağlamaktadır (Öztürk, 2022c). Bir modern psikotravmatoloji kuramı olarak geliştirilen dissoanalizin psikotoplumsal misyonu, ruhsal açıdan entegre bireylerden oluşan ailelerin ve kuşaklararası süreçte hüküm sürmesini sağlamaktır. “*İnsan psikolojisi, direngenlik ve devingenliğiyle mevcuttur!*” mottosunu önemle vurgulayan dissoanalizin temel amacı ise merhametli, adaletli, liyakatli, barışçıl, empatik ve sağduyulu bireylerin oluşturduğu gelişim

odaklı hem ruhsal açıdan normal hem de fonksiyonel bir toplum yaratmak hatta bu toplumun devamlılığını sağlamaktır (Öztürk, 2022a; 2024b).

Ülkemizde binlerce travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluk vakalarının psikoterapisini başarıyla tamamlayan Öztürk'ün yaptığı, dissosiyasyonun sade ve yalın bir tanımı şu şekildedir: *“Dissosiyasyon, bireyin tekil olan bilincinin travmatik olaylar ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri sonrasında ya da hemen esnasında 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 yaşantılarıdır”* (Öztürk, 2021b). Psikotravmatolojik perspektiften dissosiyatif reaksiyonlar, aile üyelerinin ve sosyal çevrede yer alan kişilerin travmatik olaylar karşısında bireyi koruyamadığı hatta reviktimize ettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır (Öztürk & Derin, 2021). Aile psikopatolojisi açısından bireylerin yaşamlarının ilk dönemlerinde karşılaştığı travmalar, sonraki dönemlerde karşılaşacağı travmalardan daha şiddetli olumsuz etkiler bırakabilmekte, öznelere ruhsal entegrasyonlarını kesintiye uğratabilmekte, uyum, savunma ve problem çözme gibi yaşamsal faaliyetlerinde kısa ya da uzun erimlerde işlevsellik kayıplarına yol açabilmektedir (Öztürk, 2003; 2020a).

Kuşaklararası hatta kuşaklararası uzamda psikolojik açıdan entegre bireylerden oluşan bir toplumun hâkim olmasını sağlamayı misyon edinen dissoanaliz, modern psikotravmatoloji ilkeleri kökenli bir teori olup temel amacı, şefkatli, adil, barışçıl, empatik ve yenilikçi bireylerden oluşan, gelişim odaklı, normal ve işlevsel bir toplum yaratmaktır (Öztürk, 2022a). Öztürk'ün Dissoanaliz Kuramına göre, kısa veya uzun vadeli *"işlevsel psikoterapi yaklaşımları"*, *"etkili kriz müdahale programları"* ve *"başarılı travma önleme stratejileri"*, şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ve baskıcı sistemlerin psikokomünal analizi göz önünde bulundurularak geliştirilmekte; modern psikotravmatolojiye maksimal oranda katkıda bulunmaktadır (Öztürk, 2022b). Klinik psikologlar, psikotarihçiler,

psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, psikolojik danışman ve rehberler başta olmak üzere ruh sağlığı ile ilişkili birçok meslek grubu, modern psikotraumatoji temelli klinik ve teorik çalışmalar gerçekleştirmektedirler (Öztürk & Derin, 2020). Öztürk'ün Dissoanaliz Kuramı kısa veya uzun vadeli "*işlevsel psikoterapi yaklaşımları*", "*etkili kriz müdahale programları*" ve "*başarılı travma önleme stratejileri*" ile şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ve baskıcı sistemlerin analizleri yapılarak geliştirilmekte; bu durum ise modern psikotraumatojiye büyük bir katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2022c).

Dissoanalist, psikotraumatoji, psikoterapi ve suisidoloji alanlarında mesleki yetkinliğe sahip, dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere travmaya bağlı psikiyatrik hastalıkların tedavisini üstlenen ve yüksek bir başarı ortalamasıyla en kısa sürede tamamlayan "*travma terapisti*" olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2022b). Psikotraumatologlar ve dissoanalistler, kronik çocukluk çağı travmalarının bireyin ruh sağlığı üzerindeki uzun dönemli olumsuz etkilerini tespit edebilmekte, bu psikolojik etkileri bilimsel yöntemlerle raporlayabilmekte, çocuklara, kadınlara, doğaya ve insanlığa düşman olan hatta çocukluk çağı travmalarından kitlesel şiddet olaylarına kadar uzanan insanlar üzerindeki yıkıcı psikolojik etkileri bireylerin nötralize etmelerini olanaklı kılabilir. Öztürk içinde yaşadıkları aile ve toplumu travmatize, dissosiyatif ve hatta sabote eden "*nekrifisifilist*"leri toplumsal misyonları bulunmayan, lüks marka tutkunu, haz odaklı, düşük entelektüel seviyeli, tatil ve eğlence düşkünü, kendi istismarcıları ile "*dissosiyatif özdeşim*" kurmuş doğa ve gelişim düşmanı özneler olarak tanımlamıştır! (Öztürk, 2022a; 2022b; 2024b).

Dissoanaliz kuramı bağlamında kronik, kompleks ve kümülatif örseleyici yaşantıların, çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif reaksiyonların kendini sürekli olarak tekrarlaması, öznelerin içerisinde yer aldığı aileleri ve ailelerin oluşturduğu toplulukları, toplumları hatta ulusları maksimal oranda etkileyebilmektedir (Öztürk, 2022c). Dissosiyasyon, travmatik yaşantılar esnasında ya da hemen sonrasında bireyin içinde var olduğu, onu köleleştiren ve

“öznelliğini” engelleyen, toplum, aile ve sistemden ayrıştığı, bu istismara karşı verdiği mücadele olup, süreçte parçalanmış çoklu bilişsel sistemin bütünleştirilmesi için gösterilen yoğun çabadır (Öztürk, 2021b). Öztürk dual, kompleks ve çok boyutlu en muazzam savunma sistemi olarak işlev gören dissosiyasyon fenomenini şöyle ifade eder:

“Olumsuz yaşam olaylarına verilen ruhsal tepkiler objektif ve subjektif eylemlerdir; yok farzetmek ya da dissosiyasyon etmek ise tümünden içsel bir devrimdir!” (Öztürk, 2021b; 2024a).

Çocukluk döneminde maruz kalınan kronik travmatik yaşantıların yol açtığı dissosiyatif bozukluklar bireyin kendini yeniden kimliklendirme çabasıdır ve farkında olmadan gerçekleştirilen bu kimliklendirme çabası travmalara karşı bilinçdışı bir savunma sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, 2024a; Öztürk & Derin, 2021). Travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklar, ergenlik ve yetişkinlik döneminde bu örseleyici deneyimlerin psikojen izlerini taşırlar hatta aktarırlar. (Çiydem, Bilgin & Öztürk, 2023). Çocukluk çağı travmalarını üstesinden gelme ve kontrol etme çabası içerisine giren dissosiyasyon bireyler kendine zarar verme davranışı göstermekte, bunu genellikle yaşadığı yoğun kaygıyı ya da anguzu gidermek, hissizliğini ortadan kaldırmak, kendini cezalandırarak rahatlamak, depresif duygulardan kurtulmak ve acı verici duygularından uzaklaşmak için bedenine yaralar vererek yapmaktadırlar (Çiydem, Bilgin & Öztürk, 2023; Öztürk, Derin & Okudan, 2020).

Günümüz toplumunda travmatize özneler, majör oranlarda günlük aktivitelerle aşırı meşgul olma ya da absorpsiyon eğiliminde olarak adeta bir aktüel yaşam dissosiyasyonu deneyimlerler. Bireylerdeki absorpsiyonların ruhsal izleri ve içbilişsel yansımaları hatta kendilerini sabote etmeleri, bireyden aileye geniş perspektifte psikojen bir faaliyet göstermektedir (Öztürk, 2022c). Self-sabotaj ve kendine zarar verme davranışları ile dissosiyatif yaşantılar arasında fonksiyon geçişleri ve yakın ilişki dinamikleri bulunmakta olup, dissosiyatif yaşantılar ayrıca; öfke, saldırganlık, istismarcıya bağlanma, alkol ve madde bağımlılığı ile de yakından ilişkilidir (Öztürk, 2020b). Dissosiyatif yaşantılarla ilişkilendirilen

kendine zarar verme davranışları, bireylerin çocukluk çağı travmalarının bir sonucu olarak deneyimledikleri yoğun ve olumsuz duygu, düşünce ve davranışların etkilerini kontrol altına alma veya bu etkilerle başa çıkma amacı güden bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Bu tür davranışlar, travmatik deneyimlerin bireyin psikolojik işleyişinde yarattığı derin izlere karşı bir tür regülasyon çabası olarak da fonksiyon görmektedir (Polskaya & Melnikova, 2020). Kendine zarar verme davranışının üç temel işlevi olduğu ifade edilmektedir. İlk işlev, yaşanan travmanın gerçek ya da hatırlatıcı temsillerini bedeni üzerinde yeniden canlandırılması; ikinci işlev, travma sonrası ortaya çıkan acı verici duyguların (öfke, pişmanlık, kızgınlık ve utanç) ifade edilmesi ve üçüncü işlev ise travmadan sonra zarar gören kontrol duygusunun geri kazanılmaya çalışılmasıdır (Connor, 1996).

Aile içinde anne ve baba arasında meydana gelen şiddet davranışlarına çocuğun tanık olması, bu deneyimin diğer çocukluk dönemine ait travmatik olaylarla benzer psikolojik etkiler yaratabileceği şeklinde değerlendirilmektedir; bu durumun, özellikle çocuklarda saldırganlık eğilimlerinin artması, edilgenlik gibi pasif davranışların ortaya çıkması, çeşitli somatik semptomların gözlenmesi ve kendine zarar verme davranışlarının gelişmesi gibi çok boyutlu olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Eşler arasında birbirine yönelik fiziksel ya da duygusal zarar verme davranışlarının yanı sıra bireylerin kendi kendine zarar verme eğilimlerinin ayrıntılı bir şekilde incelenmesinin, aile içi ilişkilerin psikolojik etkilerini anlamada kritik bir öneme sahip olduğu ifade edilmektedir (Cummings, Keller & Davies, 2005). Travmatik olaylar insan yaşamında sıklıkla meydana gelmektedir ancak ruhsal etkileri her birey üzerinde farklılık gösterebilmektedir (Yücel & Öztürk, 2021). Beklenmedik travmatik bir olaydan sonra meydana gelen olumlu değişimler, “*travma sonrası büyüme*” olarak ifade edilmektedir (Tedeschi ve ark., 1998). Travma sonrası büyümenin ortaya çıkması için gerçekleşen olayın bireyin hayatında bir krize yol açması ve dünyaya bakışını temelden sarsması gerekmektedir (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 2004a).

Bireyin yaşamında hem psikolojik işlevselliği hem de ruhsal entegrasyonu ciddi biçimde kesintiye uğratan örseleyici yaşam olayları, her ne kadar genellikle olumsuz etkiler bıraksa da bu tür deneyimlerin bireyde olumlu psikolojik dönüşümlerin tetiklenmesine olanak sağlayabileceği görülmektedir. Bu bağlamda, travma sonrası büyüme, zorlu yaşam tecrübelerine karşı bireyin direnç ve uyum kapasitesini artıran koruyucu bir faktör olarak değerlendirilebilmektedir. (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarının, bir psikopatoloji olarak insanların hayatında dissosiyatif yaşantılar olarak kendini gösterebildiği bilinmekte olup; kendini savunma mekanizması olarak bilinçdışı bir şekilde ortaya çıkan bu fenomen (Öztürk, 2024a; Öztürk & Derin, 2021) ile örseleyici yaşam deneyimleri sonrası majör oranda koruyucu bir faktör olarak ortaya çıkan travma sonrası büyüme kavramının (Taku ve ark., 2008) benzer süreçlerin sonunda ortaya çıkması, kişinin psikotoplumsal odadaki iyi oluş haline etki etmesi ekseninde ilişkilidir.

Çocukluk çağı travması bildiren kişilerin travma sonrası büyümeye odaklanan çalışmalarda genellikle sosyal destek ilişkisine bakılmış, evli çiftlerin birbirlerine destek olmaları sosyal destek ilişkisi fenomeni kapsamında ele alınmıştır (Yücel & Öztürk, 2021). Kişinin önem verdiği insanlarla iletişim halinde olmasının, özellikle eşlerin birbirine verdiği değer göz önünde bulundurulduğunda kişiler arası empati ve dayanışmanın arttığı ve zor durumda verilen destekle somutlaştığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda sosyal desteğin travma sonrası büyüme üzerinde pozitif bir etkisi bulunmaktadır (Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009). Çocukluk çağı travmaları, psikopatolojik açıdan çocukluktan yetişkinliğe kadar uzun bir dönemde bireylerin ruh sağlıklarını genel olarak negatif yönde etkilemektedir. Yüksek lisans tez çalışmasının temel amacı, evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin modern psikotraumatoji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı açıdan değerlendirilmesidir. Çalışmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda yer almaktadır;

H₁ Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

H₂ Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

H₃ Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

H₄: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30 ve üzeri olan evli çiftlerin, Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri toplam puanı, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30'dan az olan evli çiftlere göre daha yüksektir.

H₅: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30 ve üzeri olan evli çiftlerin, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)'nden aldıkları toplam puan, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30'dan az olan evli çiftlere göre daha düşüktür.

H₆: Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide kendine zarar verme davranışlarının aracılık etkisi vardır.

H₇: Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile ve Evlilik Kavramları

Aile kuşaklararası aktarımda bilgi, tecrübe, merhamet, adalet, sadakat, gelenek ve travmatik tecrübelerle baş etme becerilerinin ebeveynlerden çocuğa geçtiği, toplumun en önemli ve en değerli öznesidir (Öztürk, 2021a). Toplumı oluşturan bireylerin içerisinde bulunduğu en küçük birim olan aile, evlilik birliği ile kurulmaktadır ve evlilik iki kişi arasında süreklilik oluşturacak yaşam ortaklığının kurularak sosyal ve psikolojik bir etkileşim sağlanması yoluyla oluşturulan bir birliktelik şeklinde tanımlanmaktadır (Gürpınar, 2013). Aile, kültürel olarak tanınan biyolojik ve evlilik ilişkilerine dayanan, mutlaka yerel bir çevrede kalmak zorunda olmayan bir sosyal ağıdır (Thornton & Fricke, 1989). Aile ortamı çocuğa dünyaya gelmesinden itibaren yaşamsal faaliyetlerini devam ettirebilmesi için gereken bakım ve desteğin sağlandığı sosyal bir alandır. Anne ve babanın arasındaki olumlu ilişki ve çocuklarına gösterdikleri yakınlık çocuğun hayatında huzur ve güvenin inşa edilmesi için gereklidir (Özmen, 2004).

Aile, çocukların hayatlarındaki ilk deneyimlemelerin ve gelişimlerdeki önemli durumların gerçekleştiği, sosyalleşmeyi ve toplumsal kurallara uygun tutum ve davranışlar göstermeyi öğrendikleri en önemli yerdir (Kara, 2017). Aile, yapıyı oluşturan bireylerin birbirlerine duydukları sevgi, duygusal yakınlık, karşılıklı bağlılık, yoldaşlık, sosyallik, kalıcı ilişki ve tüm diğer ihtiyaçlar açısından bağlı olmalarını sağlayan bir kurumdur (Goldenberg & Goldenberg, 2007). Aile, tüm toplumlarda temel sosyal kurumlardan biridir, ancak ailenin tanımı yerden yere ve zamandan zamana değişir; evli çiftler genellikle ailenin çekirdeğini oluşturur. Tarih boyunca ve çeşitli toplumsal bağlamlarda, aileler, malların üretimi, dağıtımı ile tüketiminden sorumlu olmuş; aynı zamanda yeni nesillerin dünyaya getirilmesi, sosyalleştirilmesi ve mülkiyetin kuşaktan kuşağa aktarılması gibi temel işlevleri üstlenmiştir. Aile yapısı evlilik birliği ile kurulmaktadır ve evlilik iki kişi arasında gerçekleşen, hukuki olarak iki veya daha fazla insan tarafından kabul edilen, toplum tarafından onaylanan, taraflara

çeşitli hak ve yükümlülükler veren, genellikle cinselliği içeren toplumsal bir kurum olup; toplumun yeniden üretimini hedefler, ailenin temeli olarak kabul edilir (Budak, 2005).

Evlilik, iki birey arasında yalnızca üreme birliği oluşturmayı değil, aynı zamanda karşılıklı bağlanmayı, sorumluluk paylaşımını ve toplumsal düzeni desteklemeyi amaçlayan, aile, toplum, dini kurumlar ve hukuk sistemi tarafından resmen tanınan bir yasal sözleşmedir. Bu bağlamda, evlilik; bireylerin birbiriyle, çocuklarıyla, geniş aileleriyle, paylaşılan mülk ve varlıklarıyla ve genel anlamda toplumla olan ilişkilerini yapılandıran bir kurum olarak işlev görür; bunun yanı sıra, sosyal kurumlar ve diğer bireylerin evli çifte karşı geliştirdiği ilişki dinamiklerini de şekillendirir (Waite, 2006). Evlilik iki yabancı bireyin birbirinden farklı değer ve kültürlerinin bir araya gelmesi, yaşam öykülerinin yeni ve özel bir yapı içinde birleşmesi ve uyumlu bir şekilde devam etmesidir (Ateş, 2007). Kalıcılık, ortak üretim, birlikte yaşama ve çocuk yetiştirme birliğinin toplumsal olarak tanınması, evlilik kurumunun en önemli ve fundamental özellikleri arasında yer almaktadır (Waite & Gallagher, 2000).

Sosyal yaşamın temel bir parçası olan evlilik, bireylerin uyum sağlaması gerekli olan bir beraberliğe işaret etmektedir; duygusal, ruhsal, cinsel ve sosyal ilişkileri yönünden evlilik uyumunun sağlanması kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkileyen önemli etmenlerdir (Kalkan, 2002). Türkiye’de evlilik Türk Medeni Kanunu’nun (2001) 185. maddesinde *“Evlenmeyle eşler arasında evlilik birliği kurulmuş olur. Eşler, bu birliğin mutluluğunu elbirliğiyle sağlamak ve çocukların bakımına, eğitim ve gözetimine beraberce özen göstermekle yükümlüdürler. Eşler birlikte yaşamak, birbirine sadık kalmak ve yardımcı olmak zorundadırlar.”* hükmüyle tanımlanmıştır. Evliliğin temel işlevlerinden bir tanesi çocuk sahibi olmak ve büyütmektir. Evlilik kurumu eşlerin ve geniş ailelerinin kaynaklarını çiftin çocuklarına yönlendirerek çocukların refahını artırabilir (Waite, 2006). Dissoanalitik perspektiften aile kuşaklararası gelişim ya da kuşaklararası fosilleşimin kuşatıcı doğal etken ana ajanıdır (Öztürk, 2021a; 2022b).

Aile ilişkilerinin doğasını tam olarak anlayabilmek için, ailedeki tüm bireylerin rolleri ve işlevleri arasındaki karşılıklı bağımlılığı tanımak gerekmektedir (Parke, 2004). Aile üyeleri (anneler, babalar ve çocuklar) birbirlerini hem doğrudan hem de dolaylı olarak psikolojik açıdan etkilerler (Minuchin, 2002). Çocuklar, ebeveynlerden birinin davranışlarını değiştirerek eşler arasındaki etkileşimi dolaylı yoldan etkileyebilirler. Aile üyeleri arasındaki ilişkinin anlaşılması birim olarak ailenin optimal şekilde idrak edilebilmesi için en temel gerekliliklerden biri olup; evlilik ilişkisinin, anne, baba, çocuk ilişkisinden ayrı olarak değerlendirilmesi gerekir (Parke & O'Neil, 1999). Aile, aile içindeki birey veya ikililerden bağımsız bir birim olarak tanınmayı gerektirir (Cook, 2001). Aynı zamanda ebeveynlerin çocuklarını etkileyebilecekleri yolların türlerine ilişkin görüşler tarihsel olarak farklılaşmış olup, sosyalleşme modelleri, en çok ebeveyn-çocuk ilişkisinin doğasına ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme sürecinde uyguladıkları yöntemlerin türlerine odaklanmıştır (Parke, 2004).

2.2. Çocuk Yetiştirme Tutumları

Toplumların çekirdeğini oluşturan en küçük toplumsal birim olan aile, içerisindeki bireylerin birbirlerine karşılıklı hak ve ödevlerle bağlı olduğu, ortak amaçlarla birleşmiş insanlardan oluşan, dahil olduğu toplumun kültürel özelliklerini yansıtan ve bu özelliklerin kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlayan en temel birlikler arasında yer almaktadır (Kulaksızoğlu, 1989). Ebeveynlerin benimsediği çocuk yetiştirme tutumları toplumdan topluma, kültürden kültüre ve dönemden döneme göre farklılık göstermektedir ve bunun yanı sıra toplumun içinde bulunan farklı aile yapılarında da farklı çocuk yetiştirme tutumları görülebilmektedir (Şanlı & Öztürk, 2012). Çocuğun içinde bulunduğu toplumda toplumsal normlara uygun davranıp davranmaması anne ve babanın yani bakımverenlerin çocuğa karşı davranışlarından etkilenmektedir (Rosen, 1964). Çocuk yetiştirme tutumları, çocuğun pozitif doğal ve gelişim yönelimli kişilik yapısı geliştirebilmesinde, sağlıklı olarak yetişebilmesinde, ileride kendisine ve topluma faydalı bir birey olmasına katkı sağlamaktadır (Yavuzer, 2003;

Yörükoğlu, 2004). Anne babanın ya da bakım verenin çocuğa karşı olumlu tutumları çocuğun kendine özgü bir benlik geliştirmesini, yüksek benlik saygısına sahip olmasını, sorumluluk ve özdenetimi gelişmiş bir birey olmasını sağlarken; olumsuz tutumları benlik saygısı, girişkenlik, bağımsızlık ve iç kontrol faktörlerinin düşük olmasını, saldırgan ve güvensiz davranışların yüksek olmasına yol açmaktadır (Gander & Gardiner, 2001; Potts & Mandleco, 2002).

Çocuklar ile onlara bakım veren kişiler arasındaki bağlanma ilişkisi, çocuğun yetişkinlik döneminde romantik partnerleri ya da diğer bireylerle kuracağı bağların niteliğini şekillendiren temel bir belirleyici olarak değerlendirilmektedir. Bowlby'nin bağlanma teorisine göre, çocuk ve bakım veren kişi arasında kurulan bağ, yalnızca çocukluk dönemindeki güvenlik ve duygusal dengeyi değil, aynı zamanda yetişkinlikteki psikososyal gelişimi ve bireyin sosyal işlevselliğini de derinden etkilemektedir. Bu bağ, bireyin duygusal bağlanma kalıplarını ve ilişkisel dinamiklerini ömür boyu şekillendirebilecek bir temel oluşturur (Bowlby, 1973). Bir bebeğin hayatının ilk yıllarında tecrübe ettiği bağlanma ilişkisi çok önemlidir. Bebeklik döneminde güvenli bağlanma gelişmediğinde bireyin hayatı boyunca kuracağı ilişkilerde duygu ve dürtü düzenleme konularında zorluklar ortaya çıkmaktadır (Putnam, 2006). Bağlanma sistemi tehdit tepkilerini düzenleyerek bunların günlük eylem sistemlerine müdahale etmelerini engelleyen ana eylem sistemlerinden biridir. Bağlanma sistemi olumsuz yönde etkilendiğinde, bireylerin önceliği güvenlik ve emniyet gibi temel ihtiyaçlara yönelmekte; böylece keşfetme, öğrenme ve kişilerarası ilişkiler gibi alanlardaki gelişim geri kalmaktadır (Lyons-Ruth, 2003). Çocukluk çağında travma yaşayan yetişkinler, bağlanma sistemlerindeki bu bozulma nedeniyle partnerleriyle sağlıklı ya da güvensiz bağlanma geliştirebilirler (Yumbul ve ark., 2010).

Kendi kendini yönetebilen, yüksek benlik saygısına sahip olan bir çocuğun, donanımlı ve entelektüel bir birey olarak yetişmesi ve gelişmesi, ona sağlanan fırsatlar, bakım verenin yaklaşımıyla yakından ilişkilidir. Bu yaklaşımları “denetleyici”, “destekleyici” ve “pasif” olmak üzere üç grupta ele almak mümkündür (Yavuzer, 2006). “Denetleyici yaklaşım” bakım

verenlerin çocuğun davranışlarını değiştirmek istediği, tehdit ve fiziksel şiddet içerebilen, ebeveynin korku temeli üzerine inşa ettiği bir yaklaşım olmakla birlikte, çocuk bu yaklaşımın sonucunda ya korkutulmuş ya sindirilmiş ya da isyankar bir birey olur. “Destekleyici yaklaşım” bakım verenlerin çocuğa yakın ilgi gösterdiği, sözle ya da dokunarak sevgisini belli ettiği, onunla ortak faaliyetlerde bulunduğu, bu faaliyetlere ilgi ve keyifle karşılık verdiği, sınırlandırmadan özgür bir ortam sağladığı ve çocuğun benliğinin onaylandığı davranışlarla karşılaştığı bir yaklaşımdır. “Pasif yaklaşım” bakım verenin çocuğun yaptıkları karşısında ilgisiz ve kayıtsız kaldığı, uygun olmayan davranışlara göz yumduğu, hoşgörü ile boş vermeyi birbirine karıştırarak kabuğuna çekildiği, çocuğun isteklerinin sınırsız haklarla karşılanarak nerede durması gerektiğinin kesin olarak belirlenmediği bir yaklaşımdır (Gander & Gardiner, 2010; Yavuzer, 2004, 2006) ve ilgisiz, sevgisiz, kontrolsüz bir ortamda yetişen çocuk bencil ve şımarık bir birey olmaktadır (Elmacıoğlu, 1988).

Çocuğa bakım verenler, onun bireyselliğine ve haysiyetine saygı göstererek çocuğun kendisine yönelik saygısının gelişmesini, değerli hissetmesini sağlamakla yükümlüdürler. Aynı zamanda çocuklar, bu hislerle büyüdüğünde bedensel işlevlerini kontrol edebilen, düzenleyebilen, bakış açısını şekillendirebilen bireyler yetişmiş olmaktadır (Herman, 2019). Aksine stres altında, destekleyici sosyal bir ağa sahip olmadan ilgisiz çocuk yetiştirme stillerine sahip olarak çocuk yetiştiren bakım verenler büyük ölçüde onlara karşı duyarsız ve tepkisiz kalabilmektedirler (Rubin & Mills, 1991). Çocuk eğitimi ve ebeveynlik stilleri konusunda ailelerin farklı tutum ve yaklaşımları, bu yaklaşımlara uygun olarak takip ettikleri çeşitli yöntem ve metotlar bulunmakta olup, bu yöntemler genellikle ailenin kültürel değerleri, toplumsal normları ve bireysel deneyimleri doğrultusunda şekillenmektedir (Ertuğrul, 2005). Bakım verenlerin çocuklarına yönelik sergiledikleri tutumlar, literatürde aşırı koruyucu, otoriter, tutarsız, ilgisiz, çocuk odaklı ve destekleyici-kabul edici tutumlar olarak kategorize edilmekte

olup, bu tutumlar bireyin duygusal, sosyal ve bilişsel gelişim süreçlerinde temel belirleyici faktörler arasında yer almaktadır (Çağdaş, 2003; Yavuzer, 2004).

2.2.1. Aşırı Koruyucu Tutum

Ebeveynlerin temel sorumluluklarından biri, çocuklarını dış dünyadan gelebilecek olası tehditlere karşı koruyup aynı zamanda davranışlarını kontrol altında tutmaktır; ancak bu koruma ve kontrol, çocuğun bağımsızlık geliştirme kapasitesini sınırlayarak onun fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan sağlıklı bir şekilde büyümesine ve olgunlaşmasına engel teşkil edecek bir düzeye ulaşmamalıdır (Çağdaş, 2003). Bu tutum; çocuğun kişisel alanına sürekli temas etme, inatçılık veya uyumsuzluk gösteren çocuğun bakımını maksimum özenle üstlenerek onu rahatlatma, çocuğun günlük faaliyetlerini sürekli olarak denetleme ve karşılaştığı sorunları onun yerine çözme gibi davranışları kapsamaktadır (Joseph, 2005). Günlük yaşamın her türlü zorluğundan çocukların korunduğu, kaçırıldığı ve çocuklara her zaman yardım edildiği aşırı koruyucu ebeveyn tutumunda genelde çocuk bağımsız hale gelemez, yeteneğine inanmaz, becerilerinin kapsamının sınırlı olduğunu düşünür ve uyum sağlamada zorluk yaşama kararından dolayı sorumlu tutulamayacağını hisseder. Çok fazla ilgi, aşırı sevgi, şımartılma ve koruma gösteren ebeveynler, çocukların özgüven ve kendini ayarlama tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir ve aşırı koruma/gözetim gösterilen çocuklar kendi sorunlarını çözmekte zorlanırlar (Kartono, 2000).

Aşırı koruyucu yaklaşım çocuğun kendi kendine yeten, bağımsız bir birey olmasını olumsuz yönde etkilemektedir (Yavuzer, 1997). Çocuğun bu tutumlarla özgürlüğü, özerkliği kısıtlanır, çocuk yetişkinliğinde tehlike ve tehdit yaratan durumları anlayamayan, bilemeyen ve öğrenemeyen bir hale gelir (Köknel, 1992). Kendisi adına kararlar alınan çocuklar yetişkin olduklarında da kendisi adına kararlar alınan bireylere dönüşürler, genellikle özgüveni yüksek ve dışa dönük bireyler olamazlar (Söylemez, 2003). Çocuğun yanlış bir şey yapacağından korkarak hareket eden ebeveynler çocuğun üzerine aşırı titreyerek ve onun işlerini üstlenerek

çocuğun bağımsız bir kişilik geliştirmesini güçleştirmektedir ve kendisine yetmesine imkân tanımamaktadırlar (Kaya, 1997). Aşırı koruyucu ebeveyn davranışı; ebeveynlerin çocuklarını günlük hayatta karşılaşılabilecekleri zorluklardan ekstrem boyutta koruyup, kaçınmalarını sağlayarak sürekli olarak ona yardım etmeleri sonucunda, genellikle bağımsız hareket edemeyen, yeteneklerine inanmayan, kapasitesinin sınırlı olduğunu hisseden ve aldığı kararlardan sorumlu tutulamaz hale gelerek uyum sağlamada zorluk yaşayan çocuklar yetişmesine sebep olur (Kartono, 2000). Başka bir ifadeyle, aşırı şefkat, şımartılma ve aşırı sevgi ya da aşırı koruma gösteren ebeveynler, çocukların öz güven ve öz uyum tutumunu olumsuz etkileyebilir; bu bağlamda aşırı şefkat gösterilen çocuklar, kendi sorunlarını yardım almadan çözmekte zorluk çekebilirler (Megawati, 2019).

2.2.2. Otoriter Tutum

Otoriter ebeveyn, çocuğun davranış ve tutumlarını, genellikle daha yüksek bir otorite tarafından belirlenen mutlak kurallar çerçevesinde değerlendirmeye, bu kurallara uygun şekilde yönlendirerek sıkı bir kontrol altında tutmaya çalışırken, çocuğun bireysel ihtiyaç ve duygularını ikinci plana iterek disiplin ve otorite odaklı bir ebeveynlik anlayışını benimsemektedir. İtaati bir erdem olarak değerlendiren otoriter ebeveyn çocuğun eylemlerinin veya inançlarının doğru davranış olduğunu düşündüğü şeyle çatıştığı noktalarda öz iradeyi dizginlemek için cezalandırıcı, zorlayıcı önlemleri tercih eder. Otoriteye saygı, işe saygı ve düzen ile geleneksel yapının korunmasına saygı gibi araçsal değerleri aşılama inancı (Baumrind, 1971). Otoriter tutum kuralları aile büyüklerinin koyduğu, çocuğun kayıtsız şartsız bu kurallara uymasının beklendiği, kurallara uymadığında da cezalandırıldığı bir tutumdur (Tuzcuoğlu, 2003). Otoriter ebeveyn çocuğun davranışlarını değerlendirmeye, kontrol etmeye, şekil vermeye çalışır, çocuğun itaatinin gerekli olduğunu düşünür, çocuğu cesaretlendirmez ve anne babasının sözlerini doğru olarak kabul etmesi gerektiğine inanır (Kulaksızoğlu, 1989).

Otoriter tutum, kontrol etme ve denetim altında tutmak ile yakından ilişkili olup, genellikle aile içerisinde fiziksel şiddet ile birlikte görülmektedir (Söylemez, 2003).

Ebeveynler bu tutumun denetim altında tuttukları çocukları üzerinde çok işe yaradığını düşünmekte olup korktukları için ya da anne babalarının olası öfke patlamalarını önlemek için uyumlu davranan çocuklar, otoriteden uzak kaldıklarında hareket etmelerini sağlayacak içsel disiplini geliştirememektedirler (Pantley, 2002). Otoriter ebeveynler oldukça talepkâr ve yönlendirici olmalarının yanı sıra duyarlı değildirler. İtaat ve statü odaklı olup emirlerinin açıklama yapılmadan yerine getirilmesini beklerler (Baumrind, 1991). Bu ebeveynler açıkça belirtilmiş kuralları olan iyi düzenlenmiş ve yapılandırılmış ortamlar sağlarlar (Darling, 1999). Otoriter ve baskıcı bir ortamda yetişen çocuklarda dıştan denetimli bir kişilik oluşmaktadır ve çocuk içinden geldiği gibi davranmak yerine olması gerektiğini düşündüğü gibi davranma yolunu tercih etmektedir (Yavuzer, 2017a). Bu tutumla yetişen çocuklar yetişkinlik döneminde karşılarında otorite figürü gördüğü durumlarda aşırı itaatkâr davranan bireyler olmalarının yanı sıra kendileri otorite olduklarında karşılardaki kişileri ezme eğilimi göstermektedirler (Tuzcuoğlu, 2003). Otoriter yaklaşım çocuğun yetenek gelişiminde, başarısında, olumlu davranışlar göstermesinde engelleyici bir tutumdur (Ertuğrul, 2005).

2.2.3. Tutarsız Tutum

Tutarsız tutumda ebeveynlerin koyduğu kurallar vardır, ancak bu kuralların uygulama zamanları belirsizdir ve ebeveynlerin olaylar karşısında sergiledikleri değişken tavırlar çocuk üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır (Okumuş, 2018). Anne ile babanın “*çocuk konusunda*” birbirlerini eleştirme davranışının bulunması, birinin olumlu yaklaştığı duruma diğersinin olumsuz tutum sergilemesi, ebeveynlerden birinin çocuğu kayırması sıklıkla rastlanan yanlış yaklaşımlardır. Anne-baba arasındaki görüş ayrılığı ve ebeveynlerin çocuklarına karşı gösterdikleri değişken davranışlar çocukla olan ilişkide dengesizlik ve tutarsızlığı açığa çıkarmaktadır (Yavuzer, 2004). Anne-babanın farklı görüşlerini birbirleriyle paylaşması

durumunda birinin hoşgörü ile yaklaştığı bir konuya diğeri olumsuz tepki ile yanıt verebilmektedir ya da anne babanın değişken tutumları aynı davranışın bir gün hoşgörüyle ele alınmasını, başka bir gün cezalandırılmasını sağlamaktadır (Çağdaş, 2003).

Anne baba bazen aşırı hoşgörölü ve serbest tutumlarda bulunabilirken, bazen ise baskıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşımda bulunabilmektedir (Aydoğdu & Dilekmen, 2016). Bu şekilde sürekli olarak tutarsız davranış ve tutumlarla karşı karşıya kalan çocuk genellikle şaşırılmaktadır ve buna bağılı olarak korkular, kuruntular ve ilgiyi üstüne çekecek şekilde davranışlar gösterebilmektedir (Yörüköğlü 1992). Dengesiz ve kararsız bir tutumla çocuklarına yaklaşan ebeveynler uyguladıkları kurallarda ve normlarda tutarsız olmalarının yanı sıra bu kuralların sürekliliğini sağlamamakta, çocuklarından beklentilerini ya da verdikleri cezaların nedenini açıkça ifade etmemektedirler (Çağdaş, 2003). Tutarsız tutum, disiplin stratejilerinin ebeveynlerin ruh haline veya çocuğun ikna etme gücüne bağılı olarak düzensiz bir şekilde dalgalanabileceğı, doğrudan çocuk ruh sağığı sorunlarına ve suça yönelik tutuma katkıda bulunmalarında etkili olan bir ebeveynlik tutumudur (Sebre, Miltuze ve Limonovs, 2020).

2.2.4. İlgisiz Tutum

İlgisiz tutum anne babanın kendi önceliklerini çocuklarından önde tuttukları, kendi hayatlarının çocuğa karşı sorumluluklarından daha önde olduğı bir yaklaşımdır (Okumuş, 2018). İlgisiz tutum anne babanın çocuğı yalnız bırakma, görmezden gelme davranışlarıyla dışlaması anlamına gelmektedir (Yavuzer, 2004). Çocuğa karşı ilgisiz, kayıtsız, sevgi ve şefkat gösterme ve güvenli ortam sağlama hususunda yetersiz, çocuğun maddi ve manevi ihtiyaçlarını önemsemeyen ebeveynler çoğı zaman kendi haline bırakılmış çocuklar yetiştirmektedir (Kaya, 1997). İlgisiz tutumda çocuk yok sayılmakta, çocukla olan iletişim ve ilişki önemsenmemektedir, ilgisiz ve kayıtsız kalarak çocuk cezalandırılmakta olup (Alıcıgüznel, 2001) bu davranış duygusal istismarın en net göstergelerinden biridir (Tuzcuoğlu, 2003).

İlgisiz ve kayıtsız tutumla büyütülen çocuklar, sevgi ve güven eksikliğiyle reddedilmiş, dışlanmış ve öfke dolu bireyler haline gelirken, dikkat çekmek amacıyla olumsuz davranışlar sergileyebilir ve kontrolsüz bir ortamda yetiştirildiklerinden narsistik eğilimler ve uyumsuz kişilik özellikleri geliştirebilir (Elmacıoğlu, 1988). İlgisiz anne babaların duyarsız davranarak yetiştirdikleri çocuklar ileride başkalarından yardım almadan ve hoşgörü olmadan başarı elde edememektedirler (Arı, 2005). İlgisiz ve kayıtsız bir tutuma maruz kalan çocuklar, ebeveynleri yerine genellikle olumsuz bir rol modeli benimseyerek bu kişiyle özdeşim kurma ve zararlı alışkanlıklar edinme eğilimi göstermektedir (Okumuş, 2018).

2.2.5. Çocuk Odaklı Tutum

Çocuk odaklı tutumda ebeveynler çocuğa karşı sıcak, kabul edici bir şekilde yaklaşım sergiler ancak talepkâr ve kontrol edici davranmazlar. Çocuk hangi yaşta olursa olsun, karar veremeyecek durumda olsa bile karar alabilir, buna rağmen sorumluluk almak zorunda değildir (Özkardeş, 2017). Çocuklar bu tutumla büyüdüklerinde anne ve babalarına hükmedebilir, saygı göstermeyebilir, evin dışındaki insanlar üzerinde de hakimiyet kurmaya çalışabilirler (Yavuzer, 2001). Çocuk odaklı tutumda ebeveynler evlatlarına sınırsız haklar tanır, davranışlarının sınırlarını belirlemez, doğru ve yanlış öğretilmiş olsa bile uygulama ve denetlemede düzenleyici rol oynamaz, sorumlu tutulması gereken durumlarda ceza vermez, verse bile yetersiz olur ve çocuk da durumu ve cezayı ciddiye almaz (Yörükoğlu, 2002).

Çocuk odaklı tutum benimseyen ebeveynlerin bir kısmı katı baskı altında yetişen, kendi yaşayamadıklarını çocuklarına yaşatmak isteyen ve dolaylı olarak bu durumdan kendilerine doyum sağlayan ebeveynler olup bu ebeveynler çocukları için sınırları iyi çizemediklerinden dolayı gerekli rehberlikten yoksun kalmış, başkaldırıcı ve toplum dışı davranışlar sergileyen çocukların yetişmelerine sebep olurlar (Geçtan, 2020). Her türlü ihtiyacın karşılandığı ve tüm isteklerin yerine getirildiği bir ortamda yetişen çocuklar, aşırı şımarık davranışlar sergilemekte; yetişkinlikte ise toplumdan hak etmedikleri ayrıcalıkları talep etme eğiliminde olmaktadır.

(Yavuzer, 2004). Çocuk odaklı tutum çağdaş eğitim uygulamakla karıştırılıp yanlış bir anlayışla uygulanan bir hoşgörü yöntemidir. Ebeveynler hoşgörü ile boş vermeyi birbirine karıştırarak kararlı ve sert davranmaları gereken zamanlarda da kararsız kalarak çocuğu etkileyememekte, bencil, sorumsuz ve şımarık çocukların yetişmelerine yol açabilmektedirler (Yörükoğlu, 2002).

2.2.6. Destekleyici ve Kabul Edici Tutum

Çocuk yetiştirme tutumları çocuğun sosyalleşmesini etkilemekte, demokratik bir ortamda yetişen çocuk daha sosyal olmaktadır. Böyle bir ortamda yetişen çocuk ebeveyn otoritesinden korkmaz, sevildiğini hissederek hem aile içerisinde hem de yakın çevresinin yanında fikrini serbestçe ifade edebilir (Hurlock, 1949). Aile içinde uyulması gereken kuralların herkes için ve hep beraber belirlendiği ve çocuğun bu sınırlar içerisinde özgür bırakıldığı destekleyici ve kabul edici tutumda anne baba çocuklarını birey olarak görmektedir ve bağımsız kişilik oluşturmalarını sağlamaktadır (Okumuş, 2018). Destekleyici anne baba yaklaşımında yakın ilgi gösterme, sözel ve dokunsal olarak sevgi ifade etme, ortak faaliyetlerde bulunma gibi davranışlarla çocuğun benliği onaylanmış olur (Yavuzer, 1997). Çocuğa disiplin uygularken anne ve babanın dengeli ve kararlı bir tutum içinde olmaları, çocuğun neyi yapıp neyi yapmayacağını öğrenmesine yardımcı olmaktadır ve bu şekilde davranan anne babalar aynı zamanda çocuğun sosyalleşme çabasına katkıda bulunmaktadır (Gander & Gardiner, 1993).

Anne-babalar çocuklarının duygu ve düşüncelerini olduğu gibi kabul ederek kendine güveni olan, girişimci ve insanlarla başarılı kişilerarası ilişkiler kurabilen bireyler yetiştirmektedir (Cüceloğlu, 1996). Destekleyici yaklaşımı benimseyerek, ikna yoluyla çocuğu denetlemeyi sürdüren ebeveynler çocuğun duygu, düşünce, değer ve beklentileri ile ilgili neden sonuç ilişkisi kurabilmektedir (Yavuzer, 1997). Çocuğun aile ortamında olduğu gibi kabul edilmesi, kendilik değeri ile gelişmesini, görüş ve anlayışını kendine göre optimal bir şekilde ortaya koyabilmesini sağlarken, bu ortam çocuğun sosyal gelişimi açısından yeterli ve özgüvenli bir kimlik oluşturmalarını desteklemektedir (Yavuzer, 2017b). Bireysel gelişimine

imkan sağlanan ve fikirleri desteklenen çocuk genellikle; öz disiplini yüksek, yeni öğrenme deneyimlerine açık ve özgüvenli bir birey olmaktadır (Özcan, 1996).

2.3. Dissoanalitik Ekol Açısından Aile ve Evlilik Kavramı

Temel amacı şefkatli, adil, barışçıl, empatik, yenilikçi ve sağduyulu bireylerden oluşan, gelişim odaklı, normal ve işlevsel bir toplum yaratmak olan modern bir psikotravmatoloji teorisi olan dissoanalizin psikososyal misyonu, nesiller arası süreçte psikolojik olarak entegre bireylerden oluşan bir toplumun hâkim olmasını sağlamaktır (Öztürk, 2022a; 2022b). Aile, bilgi, deneyim, adalet, ahlak, dürüstlük, şefkat, sadakat, gelenek ve travmatik deneyimlerle baş etme stratejilerinin ebeveynlerden veya diğer aile üyelerinden çocuğa aktarıldığı toplumun hem en önemli hem de en değerli temsilcisidir (Öztürk, 2022d). Toplum zaman içinde değişen, bireylerin toplumsal katmanlar arasında yer değiştirebildiği, yenilenen ve bu yenilenmenin gelişim ve dönüşüm olarak fonksiyon gösterdiği bir yapıdır ve bunu sağlayan etken ailelerdir. Aile bireylerinin çocuklarına uyguladıkları ebeveynlik stillerinin niteliği ve yönü çocuğun içinde bulunduğu toplumun hangi doğrultuda ilerleyeceğini maksimal oranda belirlemektedir (Öztürk & Derin, 2022b). Toplum içindeki gruplarda uygulanan şımartılma ya da şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri psikotoplumsal dönüşüm süreçlerini doğrudan etkilemekte, doğru ebeveynlik stratejilerini uygulayan ve çocuklarına öğreten ebeveynler *“kuşaklararası psikotoplumsal gelişim”*e hizmet etmektedirler (Öztürk, 2020a).

Ebeveynlerin; güvenli bağlanma, doğru çocuk yetiştirme stillerine maruz kalma ve empatik ilişkisel karşılıklılık temelli anne-baba-çocuk ilişkisi, ailelerin ruhsal açıdan sağlıklı ve gelişim odaklı fonksiyonel aile olarak işlev göstermelerini ve bu fonksiyonel ailelerin barış, huzur ve refah içerisindeki toplulukların, toplumların ve ulusların oluşmasını sağlamaktadır (Öztürk, 2018b). Öztürk’ün klinik bir temelde yapılandığı dissoanalitik ekolde aile kavramı; ebeveynlik pratikleri, çocuk yetiştirme stilleri, iletişim dinamikleri ve travmatik yaşantılarla baş edebilme mekanizmalarını kendi içerisinde barındırır (Öztürk, 2022d). Ebeveynler

destekleyici, rehberlik edici, empatik, gelişim odaklı ve doğru çocuk yetiştirme stilleri benimseyerek kuşaklararası gelişimi ve fonksiyonel nesillerin toplumun büyük çoğunluğunda hüküm sürmesini sağlamaktadır (Öztürk, 2022b). Ailelerin yaşadıkları zaman diliminde hâkim olan ya da çoğunluğun uyguladığı doğru veya yanlış çocuk yetiştirme stilleri toplumların yapısını, dönüşümünü etkiler ve bu durum bir bütün olarak ya toplumun gelişim göstermesini ya da regresif bir fosilleşim sürecine girmesini olanaklı kılar (Öztürk, 2021a).

Dissoanaliz kuramına göre bireylerdeki psikopatoloji tüm ailedeki psikopatolojiyle aynı olduğu gibi ailedeki psikopatoloji de toplumdaki psikopatolojiyle aynıdır (Öztürk, 2022a; 2022b). Kuşaklararası aktarımla psikolojik izlerini sürdüren kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının kolektif anamnezine ve dissosiyatif yolculuğuna odaklanan bireysel ve toplumsal travmatik deneyimlerin dissoanalizi, neden hala olumsuz çocuk yetiştirme tarzlarını uygulayarak çocuklarımızı travmatize ettiğimizi ve onları ayrıştırdığımızı fark etmemizi ve anlamamızı kolaylaştırmaktadır (Öztürk, 2022d). Disfonksiyonel aile dinamiklerinin hissedilen veya reddedilen her dissosiyojen hareketi, travmanın ve psikopatolojinin nesiller arası aktarımına neden olur ve bu dissosiyojenik hareketler, şiddet ya da şımartılma odaklı çocuk yetiştirme tarzlarının beslediği çocukluk travmalarından savaşlara kadar ardışık tüm psikososyal uyumsuzlukları açıklar (Öztürk, 2020b).

2.3.1. Görünürde Normal Aile ve Disfonksiyonel Nesiller

Aile; ebeveynlerden çocuğa kuşaklararası gelişim süreci boyunca bilginin, tecrübenin, merhametin, adaletin, sadakatin, geleneğin ve travmatik yaşantılarla baş edebilme becerilerinin aktarıldığı, toplumun hem en önemli hem de en değerli ajanıdır ki bu aktarımda pozitif donatıların yanı sıra negatif donatılar da toplumsal yapıyı etkileyerek kuşaklararası değişimi “*kuşaklararası gelişim*” ve “*kuşaklararası fosilleşim*” olmak üzere iki zıt yönde var etmiştir (Öztürk, 2021a). Normallikten psikopatolojiye ulaşan dönüşümlü bir düzlemde aile türlerini

“normal aile modeli”, *“disfonksiyonel aile modeli”* ve *“patolojik aile modeli”* olarak ele almak gerekmektedir. Dissoanalitik ekol açısından ruhsal bozukluk tanısı olmayan bireylerden oluşan aile *“normal aile modeli”*, psikiyatrik tanı alan bir çocuk ve eşik altı psikiyatrik tanı kriterlerine sahip ebeveynlerin olduğu aile *“disfonksiyonel aile”* ya da *“görünürde normal aile”* ve neredeyse tüm aile üyelerinin bir psikiyatrik tanısının bulunduğu aile ise *“patolojik aile modeli”* olarak ele alınmaktadır (Öztürk, 2024a; Öztürk & Şar, 2006).

Psikotarihsel açıdan aile kavramı başlangıcından itibaren incelendiğinde ebeveynlerin çocuk yetiştirme stili olarak kullandığı dövme, işkence ve terk etme gibi primitif yöntemlerin günümüzde değiştiği; anne ve babaların evlatlarını artık duygusal olarak ihmal eden, aşırı koruyan, aşırı ilgi gösteren, şımartan ve isteklerine aşırı izin veren bir tutum göstererek çocukların gelişimlerine *“görünürde”* destek oldukları görülmektedir (deMause, 1982; Öztürk & Derin, 2022a). Hem ülkemizde hem de dünyada en fazla sayıda travma vakası tedavi eden bir klinik psikolog, travma psikoterapisti, psikotravmatolog, dissoanalist ve psikotarihçi olan Öztürk, *“görünürde normal aile”* kavramını uzun yıllar yürüttüğü aile psikoterapilerini, klinik ve teorik bilimsel çalışmalarını temel alarak yapılandırmıştır (Öztürk, 2003; 2021a).

Görünürde normal aile modellerini benimseyen anne-babalar, çocuklarını travmatize ve kontrol etmekte iken travmatik yaşantıların, dissosiyatif reaksiyonların ve psikopatolojinin kuşaklararası geçişiyle disfonksiyonel nesillerin yetişmelerine de aracılık etmektedirler (Öztürk & Derin, 2022b). Kuşaklararası travma geçişinde de aynı şekilde ve büyük oranda disfonksiyonel aile modeline sahip olan ebeveynler rol oynamaktadırlar. Disfonksiyonel aile modelinin tutarsız ve kaotik ilişki örüntüleriyle şekillenen yapısı *“yanlış çocuk yetiştirme stili”* olarak karşımıza çıkmakta olup çocukluk çağı travmalarına neden olan bu model, *“kendi içerisinde tutarlı”*, sağlıklı, patolojik ve rijit bir yapılanmaya sahiptir (Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel aile dinamikleri yanlış çocuk yetiştirme stillerinin uygulanmasıyla cezalandırma için kullanılan bir yöntem haline gelmekte, çocuk aile içi ve aile dışındaki bireyler

tarafından “*dissosiyasyon*” ve “*kurban*” edilerek üzerinde kontrol kurulmaya ve itaat etmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (Öztürk & Derin, 2022a). Disfonksiyonel ebeveynler şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, karmaşık füzyone ilişki dinamikleri ve geçmiş travmatik yaşantıları sebebiyle çocuklarının ruhsal durumlarını optimal düzeyde tutamazlar ve disfonksiyonel neslin bir parçası olan bu çocuklar yetişkin olduklarında ebeveynlerindeki aynı psikopatojen döngüyü devam ettirirler (Öztürk, 2024a; Öztürk & Derin, 2022b).

2.3.2. Disfonksiyonel Aile Modelleri

2.3.2.1. Dışa Dönük Aile Modeli

Dışa dönük aile modelinde psikotoplumsal rol açısından başrol olan kişi baskın olan ebeveynlerdir ve onun dışındaki herkes etkisiz aile üyeleridir (Öztürk, 2020a). Bu aile modelinde ebeveynlerden baskın konumdaki ebeveyn eşini ve çocuklarını sıkı denetim altında tutar, koyduğu kurallara uyulmadığında, aileyi kontrol altında tutmak üzere krizler çıkabilir ve bu ailede yetişen çocuklar yetişkinliklerinde baskın olan ebeveyni rol model alabilirler (Öztürk & Derin, 2022b). Ayrıca dışa dönük aile modelinde yetişen çocuklar için güç, psikopatoloji ile özdeşleştiğinden çocuk en psikopatolojik olan ebeveyni örnek alabilir ve kuşaklararası travma geçişi bu yolla sağlanabilir (Öztürk & Şar, 2006). Söz konusu modelde bireyler dışarıdaki insanlarla iyi iletişim kurarlar, ahabpılık ve komşuluk ilişkilerinde psikopatolojilerini gizleyebilirler (Öztürk, 2021a). Genel olarak bu aile modelindeki ebeveynlerde paranoid bir eğilim gözlemlenmekle birlikte, nadiren yaşamlarına dahil ettikleri kişileri, kendi kriterlerine göre sınadıktan sonra kabul ederler ve bu kişileri, onlardan elde etmek istedikleri katkı ve yardım sağlandıktan sonra, çoğu zaman küçük sorunları gerekçe göstererek hayatlarından uzaklaştırma eğilimi gösterebilirler (Öztürk, 2003). Dışa dönük aile modeliyle yetişen çocuklar ebeveynleriyle olan ilişkilerinde sıklıkla gitgeller yaşarlar, bazen küsüp uzaklaşırken, bazen de dönerek psikopatolojik krizlerle yaşamaya devam ederler (Öztürk & Şar, 2006).

2.3.2.2. İçe Dönük Aile Modeli

İçe dönük aile modeli obsesif eğilimli içe dönük ebeveynlerden oluşmakta olup aile içinde hiçbir zaman duygusal bir yakınlık olmaz. Çocuğun fiziksel bakım, gelişim ve eğitime önem verilmesine rağmen duygusal ihtiyaçları ihmal edilmektedir (Öztürk, 2020a). Bu aile modelinde genel olarak her iki ebeveynin obsesif eğilimli ya da obsesif olmasının yanı sıra bu ailede yetişen çocuklar böyle bir yönelimde yetiştirildiğinden aile içerisinde ciddi çatışmalar yaşanmaz (Öztürk, 2021a). Ebeveynlerin sorumluluk duyguları diğer ailelere yakın ve hatta bazen daha üst seviyede olduğundan bu model ailelerde fiziksel, duygusal ve cinsel travmalar görülmezken duygusal ihmal sıklıkla çocuklar tarafından tecrübe edilmektedir (Öztürk & Derin, 2022b). İçe dönük aile modelinde yetişen çocuklar uyumlu yapıları sayesinde sosyal olarak desteklenir ve çevreden yardım alabilirler. Yetişkinliklerinde sınırlı bir duygusal yoğunluğa sahip olmalarına rağmen mesleklerinde başarılı olabilir ve çocuklarına zarar vermeden pozitif bir aile yaşamı kurabilirler (Öztürk & Şar, 2006). Dissoanalitik kuram açısından içe dönük ailelerde çocuklarla sınırlı düzeyde ilgilenilmektedir (Öztürk, 2022a).

2.3.2.3. Karma Aile Modeli

Karma aile modelinde ebeveynlerden biri dışa dönük, diğeri içe dönük olup dışa dönük olan ebeveyn travmatik yaşantılarını nötralize edebilmek için eşi ve çocuklarını travmatize ederek onların dissosiye olmalarına yol açabilmektedir. Bu tip ailelerde yetişen çocuklar ya dışa dönük ebeveyni model almakta ya da içe dönük bir yapı geliştirerek itaate yatkın ve inisiyatif alamayan yetişkinler olmaktadır (Öztürk, 2020a). Genelde annenin içe dönük olduğu ve çocukların ekstratensif, babanın istismarına maruz kaldığı bu aile modelinde ekstratensif olan ebeveyn kendi travmatik yaşantılarını kapatmak ve bu yaşantıların etkisini azaltmak için eşini ve çocuklarını “*zehir konteyneri*” olarak kullanabilir ve yaşanan çatışmalar “*aile içi terörizm*” boyutuna ulaşabilir (Öztürk & Derin, 2022b). Bu aile modelinde travmatize olan çocuk “*Ben*

kötü olduğum için başıma kötü şeyler geliyor.”, “Annem ve babam beni onlara itaat ettiğimde seviyor.” ve “Ben başıma gelenleri hak ediyorum çünkü ben kötüyüm.” gibi bilişsel çarpıtmalar üretir ve istismarcı ailesine bu dissosiyojen yöntemlerle uyum sağlamaya çalışır ancak bu dissosiyojen ve disfonksiyonel dinamikler, yeni bireysel ve aile psikopatolojilerinin kuvvetle ortaya çıkmasına sebep olur (Öztürk & Derin, 2022b; Ross & Halpern, 2009).

2.3.2.4. Dönüşebilen Aile Modeli

Dönüşebilen aile modelinde ebeveynlerin içe ve dışa dönüklük durumları belirli olmamakla birlikte duruma ve olaya göre değişebilmekte, ebeveynlerin duygu durumları sevgiden nefrete hızlıca dönüşebilmekte ve bu instabilite çocuğun ebeveyn ile güvenli bağlanma kurma durumuna zarar vermektedir. Bu aile modelinde yetişen çocuk adeta bir istismar odağı olmakta, insan ilişkilerinde mesafe koymakta sorun yaşamakta ve istismarcıyla identifikasyon kurabilmektedir (Öztürk & Şar, 2006). Böyle bir ailede yetişen çocuğun iletişim mekanizmasında “*sevgi ve nefret çatışması*” etkili olur çünkü duygular sevgiden nefrete hızlı bir şekilde değişebilir. Çocuğun kendisin istismar eden ebeveynini hem sevmesi hem de nefret etmesi çocuğun içselleştirdiği bir problem haline gelir. Çocuğun yetişkinlikte sağlıklı bir hayat sürebilmesi için bu travmatik deneyimleriyle baş etmeyi öğrenmesi gerekir (Öztürk, 2021a).

2.3.2.5. Dissosiyatif Aile Modeli

Dissosiyatif aile modelinde ebeveynlerden biri mutlaka dissosiyatif bozukluk tanı kriterlerinden birini karşılamakta olup travmatik aile öykülerine sahip ebeveynlerin çocuklarına yönelik davranışları bir çocuğu günah keçisi yaparak diğerlerine karşı aşırı koruyucu yaklaşımları şeklinde çocuklarına zarar vermekte olan bu ebeveynler kendi çalkantılı ve sırlarla dolu aile geçmişlerini çocuklarının geleceğine aktarmaktadırlar (Öztürk & Derin, 2022b). Bu model ailelerde de çocuklar birçok travmaya maruz bırakılır ancak bu modelde kurban edilmiş çocuk net olarak seçilmiştir ve bu tutumla “*dissosiyatif aile*” yapılandırılmış olur (Öztürk,

2017; 2021). Çifte mesaj, sahte karşılıklılık, güvensiz bağlanma, hasta ya da aptal rolü, anne/babalık reddi gibi istismar stilleri diğer aile modellerinde olmalarının yanı sıra en fazla bu model ailelerde görülür. Dissoanalitik kuram perspektifinden aile ve akrabalar tarafından travmatize edilen bu çocukların insanlarla iletişimlerinde çalkantılı bir yapı hakimdir, intihar riski yüksektir ve impulsif kişiler olma ihtimali yüksektir (Öztürk, 2022a; 2024a).

2.3.2.6. Şizoidi Aile Modeli

Şizoidi aile modelinde psikolojik yapılarından ötürü yalnız kalmayı tercih eden ve empati kurma konusunda yetersizlikleri bulunan ebeveynler söz konusudur ki bu ebeveynlerin sosyal çevreyle olan iletişimleri oldukça az ve genellikle tuhaf görünümlüdür (Öztürk, 2020a). Ebeveynlerin kendi aralarında ve çocuklarına karşı ihmal yönelimli yaklaşımları mevcuttur ve çocukların en fazla duygusal ve fiziksel ihmale maruz kaldığı aile modeli şizoidi aile modelidir (Öztürk & Şar, 2006). Dağınık bir yaşam tarzını benimseyen bu aile modelinde, bireyler arasında sorumluluk duygusunun eksikliği belirgin bir şekilde hissedilmekte; bu durum, onların çoğunlukla yalnız başlarına vakit geçirmelerine, iletişimlerini kısa ve yüzeysel ifadelerle sınırlandırmalarına ve aynı fiziksel ortamı paylaşılsalar bile uzun süre boyunca hiçbir şekilde etkileşim kurmaksızın bir arada bulunabilmelerine neden olmaktadır (Öztürk, 2022d).

2.3.2.7. Depresif Aile Modeli

Ebeveyn ve çocuklarda depresif modun hâkim olduğu bu model ailelerde bireylerden en az birinin depresyon tanısı alması olası olup genelde düşük ses tonuyla iletişim kurulur ve sürekli ağıt yakma ve şikâyet durumu söz konusudur (Öztürk, 2017; 2021). Dissoanalitik ekol açısından bu aile modelinde bireyler kendilerine sürekli haksızlık yapıldığını, herkesin onların kötülüğünü istediğini, başlarına her an kötü bir şey geleceğini düşünebilir, yaşadıkları en küçük sorunda bile kendilerini sorumlu olarak görebilirler (Öztürk, 2022a; Öztürk & Şar, 2006). "*Kırılğan*", "*depresif*" ve "*tutuk*" çocukların yetiştirildiği bu ailelerde ebeveynlerin çocuklar

üzerinde kontrolü çok fazla olup çocukların bireysel olmalarından ziyade bağımlı ve aşırı kuralcı bir yapıda yetişmeleri sağlanır, çocuklar kurallara uymak zorunda bırakılır, en ufak sorunda reddedilmek ve sevilmemekle tehdit edilir (Öztürk, 2020a; 2024a).

2.3.2.8. Narsistik Aile Modeli

Narsistik aile modelinde kibirli, hak iddia edici, teşhiri bir tavır sergileyen ebeveynler bulundukları statüyü göstermek için evlerine sürekli misafir davet ederler, bu organizasyonların ekonomik giderlerine dikkat etmezler, adeta bir şölen etkisi olan bu davetlerde sahip oldukları şeylerden ve kendilerinin dahi inanmadıkları başarılarından bahsederek karşılarındaki insanları bıktırdıklarını fark etmeden kendilerini anlatırlar (Öztürk, 2003). Bu ebeveynler benimsedikleri yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle evlatlarına çocukluk çağı travması yaşatır, ihmale maruz bırakır ve bu ailelerde yetişen çocuklar ailelerinin patolojik dinamikleri nedeniyle kırılgan ve savunmasız bir yapıya büründüğünden daha fazla travmatik deneyimlerle karşılaşır. Bu ailelerin kendileri de çocukluklarında travmatik yaşantılara sahiptir ve aile içi dinamikler travma geçişini kuşaklararası hale getirir (Öztürk, 2024a).

2.3.2.9. Ensest Aile Modeli

Ensest aile modelinde genellikle aşırı doğal görünümlü, otoriter, kuralcı hatta katı bir ruhsal yapıda olan ebeveynler çocuğa kıyasla oldukça güçlü ve otoriter olmaları sebebiyle fiziksel şiddet uygulamadan çocuğun kendisine itaat etmesini sağlayabilir. Yıllar boyunca gizlilik içerisinde cinsel istismara maruz kalmış çocuk ancak güvenilebileceği bir sosyal destek bulunduğunda olumsuz yaşantılarını ve reviktimizasyonunu ifade edebilir (Öztürk, 2020a; Summit, 1978). Öztürk'e (2024a) göre bu aile modelinde baba ve eşliğinden anne toplum tarafından kabul görmüş genel normlara göre hareket etmekte ancak aile içinde bu normlar patolojik olarak yaşanmaktadır. Ensest babalar geleneksel değerlerin ve post modern normların

devamında destekleyici bir rol oynadıklarından fark edilmemekte ancak eşlerini ve kızlarını sosyal ilişkilerinde kısıtlayarak izole olmalarını sağlamaktadırlar (Herman, 1983).

2.3.2.10. Obsesif-Kompulsif Eğilimli Aile Modeli

Obsesif-kompulsif eğilimli aile modelinde otoriter, kuralcı, kendinden emin ve biraz da duygusuz olan ebeveynler obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almadan eşik altı psikiyatrik tanı kriterleriyle hareket eder ancak bu ailelerin yetiştirdikleri çocuklar genelde obsesif-kompulsif bozukluk tanısını alırlar. Yemek, uyku, eğitim ve eğlence gibi günlük rutinler her zaman ebeveynler tarafından belirlenmiş kurallara göre gerçekleştirilir, kurallardan kesinlikle feragat edilmez (Öztürk, 2021a). Aile içerisinde yoğun yaşantılanan ve esnetilmeyen kurallar ilişkisel karşılıklılığa engel olur. Obsesif-kompulsif eğilimli aile modeli disfonksiyonel aile modelleri arasındaki görece en sağlıklı modellerden biri olup ebeveynler çoğunlukla iş yaşamında başarılı ve uyumlu çocuklar yetiştirirler, çocuk ebeveyn arasındaki bağlar sıkı tutulur, birbirlerine sağladıkları destek mekanizmaları işler ve bu model ebeveynlerin obsesif eğilimlerine rağmen dürüst ve sosyal normlara uygun çocuklar yetiştirdiklerinden dolayı bu aile modeli, toplumda kabul gören aile modellerinden biridir (Öztürk, 2020a).

2.3.2.11. Dijital Aile Modeli

Dijital aile modeli teknolojiye ilgi duyan, günlük yaşantısını teknolojiye göre programlayan, internet, sosyal medya ve oyun bağımlısı olabilen ebeveynlerin kendi çocuklarını da aynı bağımlılıklara yönlendirdiği aile modeli olup bu modelde aile içi dinamikler değişmekte dijital iletişim araçları yüz yüze iletişimin yerini alabilmektedir (Öztürk, 2020c). Tedavilerini başarıyla tamamladığı yüzlerce travma vakalarında uzun süreli yürüttüğü aile psikoterapilerindeki gözlem ve tecrübelerine dayanan Öztürk, “*dijital aile modeli*”ni tanımlamıştır. Bu aile modelinde yetiştirilen çocuklar ebeveynlerinin yanlış çocuk yetiştirme

stilllerine maruz kalarak siber bir hayatın içine hapsolmuşlar ve siber psikopatolojilerin kurbanı olarak hayatlarına devam etmektedirler (Öztürk, 2021a; 2024a).

2.3.3. Disfonksiyonel Ailelerde Deneyimlenen İletişim Şekilleri

2.3.3.1. Sahte Karşılıklılık

Anne ve baba arasında anlaşmazlık çıkmaması ve uyumlu olmak konusunda hassas olup kendilerini aşırı bir biçimde kısıtlayan ebeveynler, kendileri gibi davranmayıp “*görünürde mutlu*” bir aile tablosu çizmelerine rağmen aslında aile içinde mutlu, huzurlu ve keyifli bir ortam oluşturmamaktadırlar. (Öztürk & Derin, 2022a). Çocuklarıyla karşılıklıktan uzak sahte bir ilişki kuran ebeveynler genel olarak duygusal ihmale sebep olur bunun yanı sıra durağan görünümüne rağmen krizden ve empati kesintilerinden beslenen yaşantıların ortaya çıkmasını sağlarlar (Öztürk, 2020a). Aile üyeleri arasında başarısında keskin bir düşüş yaşayan bir çocuk, depresif bir anne, bağımlı bir baba ya da aldatan bir eş gibi aile içerisinde meydana gelen bu psikopatolojik durağanlığa tahammül edemeyen bir üye isyan ederek gerçek duygularını eyleme dökebilir (Öztürk & Şar, 2006). Bir modern psikotravmatoloji kuramı olarak dissoanalitik ekol açısından sahte karşılıklılık, çocukları travmatize ve dissosiyeye eden disfonksiyonel bir iletişim şekli olarak ebeveynler tarafından uygulanmaktadır (Öztürk, 2022a).

2.3.3.2. Çift Mesaj

Ebeveynlerin kendi aralarında kurdukları ya da çocukları ile olan iletişimlerinde karşı tarafın gerçekleştirmesini istedikleri konu ile ilgili bulundukları söylemin aksi bir tutum sergilemeleri çift mesaj olarak ifade edilmektedir. Çift mesaj verdiğinin farkında olmayan ebeveynler çocuğun zihinsel karmaşa yaşamasına sebep olurken onları travmatize ve dissosiyeye edebilirler (Öztürk, 2020a). Olumsuz durumlarla baş etmek zorunda kalan çocuklar ebeveynlerine karşı geliştirdikleri bağlanmalarını sürdürmek için dissosiyatif savunmalar geliştirebilir ki bu da kabul edilmesi güç durumlarda ortaya çıkan duygu ve deneyimlerin

dissosiyasyonuna ve ebeveyne olan güvensiz bağlanmayla birlikte çocuğun reviktimizasyon döngüsüne katkı sağlayabilir (Öztürk, 2021a; Ross & Halpern, 2009). Dissoanalitik ekol bakımından çift mesajlarla birlikte, çocukların ruh sağlığı üzerinde meydana gelen travmatik ve dissosiyojen etkiler kuşaklararası ekseninde aktarılmaktadır (Öztürk, 2021a; 2022a).

2.3.3.3. Hasta ya da Aptal Rolü

Aile içerisinde “*tek*” veya “*bir*” çocuğun “*nefret nesnesi*” olarak seçilmesi ve “*hasta ve aptal rolü*” ne zorlanmasıyla karakterize olan bu iletişim şeklinde seçilen çocuk sorunların tek sorumlusu olarak görülmekte, psikolojik sorunları olduğu, zekasının sınırlı düzeyde olduğu ve yeteneksiz olduğu iddia edilmekte ve buna ailenin diğer üyelerinin inanması beklenmektedir (Öztürk & Şar, 2006). Genellikle gelişime açık olan çocuklarını kontrol altına alabilmek, kendilerine itaat etmelerini sağlamak için “*reviktimizasyon*” sürecini başlatan bu ebeveynlerin çocukları içinde bulundukları dissosiyojen aile dinamiklerine ve disfonksiyonel sürece sadece “*hasta*” ve “*apтал*” rolü yaparak katlanabilmektedir (Öztürk, 2024a). Reviktimize olan ve travmalarıyla tek başına baş etmek zorunda kalıp zorlanan çocuklar, ancak aile dışında bir arada bulundukları bir öğretmen, bir tanıdık veya bir akraba tarafından desteklendiklerinde bu olumsuz yaşam olaylarıyla optimal bir şekilde baş edebilirler (Öztürk & Derin, 2022a).

2.3.3.4. Anne-Babalık Reddi

Anne-babalık reddi iletişim şeklinde, çocuklarıyla rekabet içerisinde olan ebeveynler bilinçdışı ya da yarı-bilinçli bir şekilde çocuklarını kendilerinden uzaklaştırmak için onların ihtiyaçları dışında ve sadece kendi arzularına göre eğitimlere, kurslara ve sosyal faaliyetlere gönderip neredeyse çocukla hiç vakit geçirmezken bu yoğunluktan ötürü zaman kalmadığından, çocuklarıyla ebeveynlik görevlerini yerine getiremeyecek kadar az ilgilenirler (Öztürk, 2020a; 2024a). Bu iletişim şeklini tercih eden ebeveynlerin içten içe çocuk-ebeveyn ilişkisini inkâr ettikleri anlaşılmakta olup kendi çocukluklarında istismarcı ebeveynleri ile

kurdukları endişe verici iletişime dair bir çözüm arayışında oldukları ve aynı zamanda kuşaklararası psikopatoloji aktarımı sağladıkları görülmektedir (Öztürk & Derin, 2022a).

2.3.3.5. Arkadaş Anne ve Baba

Psikopatolojik bir yönü olan bu iletişim şeklinde de anne ve baba çocuğun arkadaşymış gibi davranır, “*görünürde samimi*” ancak aslında yapay olan bu iletişimde ebeveynlerin kendini genç hissetme çabası ve sorumluluklarından doğan ikilemelerinin çocuklarına karşı hem aktif hem de pasif agresif bir öfkeye dönüşmesi söz konusudur (Öztürk, 2021a). Ebeveynlerin kendi ailelerinden almadıkları ilgi ve sevginin çocuklarına abartılı olarak yansıtmaları şeklinde gördüğümüz bu iletişim şeklinde ebeveynler çocuklarıyla kurdukları etkileşimde mesafe ve ayar hususunda sorun yaşarlar (Öztürk, 2020a). Çocuklarına akranlarıymış gibi yaklaşarak kendi ebeveynlik rollerini kenarda tutan anne-babalar çocuklarının kendilerine karşı geliştirdikleri öfke ve dissosiyojen krizlerle yüz yüze gelebilir ve bu durumun çocuklarında ortaya çıkardığı sınırsızlık, ayarsızlık ve olması gerekenin dışında davranışlar sergilemeleri gibi sonuçlara birincil dereceden sebep olabilirler (Öztürk & Şar, 2006). Bir modern psikotraumatoji kuramı olarak dissoanalitik ekole göre arkadaş anne baba, çocukları dissosiyeden disfonksiyonel bir iletişim şekli ve psikopatolojik ebeveyn tutumudur (Öztürk, 2022a).

2.3.3.6. Şımartılma

Ebeveynlerin çocuklarının yaşlarına uygun, anlayabilecekleri ve tutarlı kurallar koymamasının sonucu olarak çocuklarının ben merkezci bireyler olarak yetişmesi ve olgunlaşmamış davranışlar göstermesi bu iletişim şeklinin kaçınılmaz bir neticesidir (McIntosh, 1989). Kimi zaman iyi niyetle, kimi zaman anlık çıkarları için aileler çocuklarını şımartmakta ancak bu iletişim şekli çocukların hem içinde bulundukları süreçte hem de yetişkinliklerinde olumsuz psikolojik etkiler yoluyla tüm aile bireylerinin karşısına çıkacaktır. Şımartılma çocukların hayatları boyunca karşılaştıkları durumlara karşı geliştirdikleri hayal kırıklığı,

belirsizlik ve endişe toleranslarını düşürür, narsistik bir yapılanmaya sebep olabilir, sosyal ilişkilerini bozar ve karakter oluşumu üzerinde olumsuz etkiler bırakır (Öztürk, 2021a). Anne-babaların çocukları için oluşturdukları gerçeklikten uzak hayatın dışına çıkıldığında çocuğun yaşadığı “*travmatik şok*” ve “*travmatik açmaz*” yine aynı disfonksiyonel iletişim stillerini kullanan bir anne-babanın ürünü olup bu ebeveynler çocuklarına karşılaştıkları zorluklarla baş etme noktasında da destek olmazlar (Öztürk, 2022d).

2.3.3.7. Duyarsızlık

Empati düzeyi düşük olan ebeveynlerin çocuklarının başarısına, gelişimine, başarısızlığına ya da hastalığına dahi tepki vermeyip, çocuklarıyla duygusal bir bağ kurmaktan yoksun bir şekilde hareket ettikleri disfonksiyonel iletişim stili duyarsızlıktır (Öztürk, 2020a). Sınırlı ve yetersiz duyarlı olabilme yeteceği olan bu ebeveynler kendi psikolojik açmazlarında takılı kalırlar, çocuklarına da bunu yansıtır ve bu psikolojik açmazlarla çocukları tarafından kabul görmek isterler (Öztürk, 2021a). Duyarsız iletişim stillerinin kullanıldığı bir ailede yetişen çocukların travma karşısında yok farzetme, donakalma, boyun eğme ve kendini savunamama gibi reaksiyonlar göstermeleri olasıdır (Allen, 2010). Dissoanalitik ekol perspektifinden ebeveynlerin duyarsız tutumları çocuklarını travmatize ve dissosiyeye ederken ihmal edilen çocuklar ilgi, sevgi, merhamet ve şefkat gibi temel duygusal ihtiyaçlarını aile dışındaki çevrelerinden bulmaya çalışır hale gelmekte olup bu çocukların ayrıca ihmal kadar istismara da uğrama ihtimali artmaktadır (Öztürk, 2022a; Öztürk & Şar, 2006).

2.3.3.8. Yetişkinleştirme veya Çocuklaştırma

Disfonksiyonel ailelerde sıklıkla görülen iletişim şekillerinden biri olan yetişkinleştirme ya da çocuklaştırma çeşitli alanlarda karşımıza çıkmaktadır. Bir çocuğun ebeveynleri tarafından yetişkin bir kişi gibi değerlendirilerek, o şekilde davranmasının beklenmesi “*yetişkinleştirme*”, zaman geçip çocuğun büyümesine rağmen çocuğun küçük bir çocuk gibi muamele görmesi ve

öyle davranmasının beklenmesine ise “*çocuklaştırma*” denilmektedir (Öztürk, 2021a). Çocuk işçiliği, ensest ve çocuk yaşta evlendirilme pratiklerinde yetiştirme iletişim stili, çocuklarının kontrolünü hep ellerinde tutmak isteyen ebeveynler de çocuklaştırma iletişim stiliyle çocuklarını travmatik deneyimlere maruz bırakmaktadır (Öztürk, 2020a). Ebeveynler bazen çocuklarına bir yetişkinmişçesine yaklaşarak dert ve sıkıntılarını onlara aktarıırken bazen de çocuklarının kontrolünü ellerinde tutmak ve kendilerine itaat etmelerini sağlamak adına tutarsız davranışlarda bulunarak duygusal travmalar yaşatırlar; asıl amaçladıkları çocuklarının yetişkin ve bağımsız olarak hareket etmelerine engel olmaktır (Kaslow, 1996; Öztürk 2020a).

2.3.3.9. Evlat Ayrımı

Ailenin itaatkâr, ortalama ve ebeveynin kişilik özelliklerini taşıyan çocuklara karşı pozitif ayrımcılık yaptığı bu iletişim şeklinde anne ve babalar; potansiyeli yüksek olan çocuklarını dışlarlar; onları kendileri için olası bir tehlikeymiş gibi algılayıp düşmanca davranışlar sergileyerek evlatlarının kişisel gelişimlerine engel olurlar (Öztürk, 2017). Evlat ayrımının hüküm sürdüğü ailelerde genelde ailedeki en yetenekli çocuk günah keçisi olarak seçilip travmatize edilirken var olan bu ilişki dinamiğinden ötürü kardeşler arasında “*kardeş kıskançlığı*” yaşanması olasıdır (Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel ailelerde görülen “*evlat ayrımı*” iletişim stiline duygusal istismar, duygusal ve fiziksel ihmal ile fonksiyon geçişleri bu noktada ortaya çıkar. Tutarsız ya da disfonksiyonel ebeveynler sorgusuz bir şekilde kendilerine ve koydukları kurallara itaat eden çocuklarına pozitif ayrımcılık gösterirler ancak başarılı, gelişim gösteren, kendileri ile ittifak yapmayıp otoriteye karşı gelen sorgulayıcı gelişim odaklı çocuklarını kendilerine rakip olarak algılayıp onlara düşmanca davranışlar sergileyerek kuşaklararası psikopatoloji geçişlerini canlı tutarlar (Öztürk, 2020a; 2022d; 2024a). Evlat ayrımı, adil bir toplumsal yapılanma hatta eşitlik ve demokrasi önündeki en temel psikotoplumsal direncin ta kendisidir! (Öztürk, 2024a).

2.3.3.10. Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar

Dissosiyatif iletişim şekillerinden ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinden biri olan bu stilde hem anne hem baba ya da sadece baskın olan ebeveyn aile içerisinde koyulmuş olan kuralları değişken oranlarda çocukları üzerinde uygular ki bu kurallar değişen zaman aralıklarında kimi zaman uygulanırken kimi zaman dominant ebeveynin isteğine göre uygulanmamaktadır (Öztürk, 2020a; 2024a). Değişken oranlı kural ve kuralsızlıkları benimseyen ebeveynlerin çocuklarını duygusal olarak kurban etme eğilimleri çok yüksektir; kendi zevklerini, ihtiyaçlarını, eğlencelerini, sosyal yaşantılarını hatta giyim tarzlarını çocuklarının temel ihtiyaçlarından önde tutup kendi huzurlarının bozulmaması ve özel hayatlarına engel olmamaları için onları cep telefonu ve bilgisayara bağımlı hale getirebilirler (Öztürk, 2021a; 2024b). Ebeveynler hem dengesiz ruh halleri hem de dissosiyatif edici ve örseleyici tavırları aracılığıyla çocuklarını kontrol edebilmek amacıyla travmatize ederler. Çocuklarının gözü önünde alkol ya da diğer bağımlılıklarını göstermeyi üstünlük olarak ele alan bu disfonksiyonel ebeveynlerin kendi çocuklarında çoklu bağımlılık olma olasılığı ve evlatlarının psikiyatrik tanı alma olasılıkları yüksektir (Kaslow, 1996). Dissoanalitik perspektiften değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar kökenini ebeveynlerin ortak yani intertravmatik yaşamlarından almaktadır (Öztürk, 2021a; Çiydem, Bilgin & Öztürk, 2023).

2.3.3.11. Yüksek Beklenti Düzeyi

Ebeveynlerin ısrarcı bir tutumla şiddetli bir şekilde çocuklarından bir yetişkin gibi davranmalarını bekledikleri, çocuklarının örnek çocuk olmasını istedikleri, çocuklarından kendi hayatlarını garanti altına almaları için talepte bulundukları bu iletişim stili çocuklar için büyük ölçüde “*duygusal kambur*” olarak işlev görmektedir (Kaslow, 1996). Kendileri de travmatik bir geçmişe sahip olan ebeveynler megaloman kişilikleri ile hareket ederler ve bu kişiler için aile üyelerinin başarıları yüksek beklenti düzeylerinden ötürü mutluluk yaratmaz

(Öztürk, 2017). Ebeveynler kendi travmatik yaşantılarıyla hem optimal bir şekilde baş edemeyip hem de travmalarını çözümlemek için baş etme mekanizması olarak çocuklarından yüksek beklentilerde bulunmayı kullanırken “*dissosiyatif narsisizm*” geliştirmekte olup bu ebeveynler iş, statü ve ekonomik sınıf atlama çabası içerisinde çocuklarına dissosiyatif bozukluk tanı kriterlerinin eşik altı düzeyde seyrettiği davranışlarla yaklaşp çocuklarını travmatize etmeye devam etmektedirler (Öztürk, 2021a; 2024).

2.3.3.12. Okutulmama

Çocuklarını okutmayarak onların bir meslek sahibi olmalarını engelleyen ve adeta onları “*kurban*” rolünde bırakan ebeveynler çocuklarının çaresizliği ile beslenirken kendileri iyi hisseder ve kontrolü ellerinde tutarlar (Öztürk, 2021a). Büyük oranda şiddet odaklı ve empatik reaksiyonlardan uzak çocuk yetiştirme stilleriyle yetiştirilen okutulmamış çocuklar da aynı stilleri benimseyerek travmatize ve dissosiyatif çocuklar yetiştirecek ve nesiller arası aktarıma sebep olacaklardır Dissoanalitik açıdan okutulmama kuşaklarası fosilleşimin etken ajanlarından biridir (Öztürk, 2020a). Bu istismarcı, empatisiz ve merhametsiz ebeveynler çocuklarını okutmayarak onları ruhsal açıdan mutsuz ve huzursuz bir hayatın içine hapsedip, çocuklarına telafisi mümkün olmayan bir psikolojik zarar vermelerinin yanı sıra içinde bulundukları toplumun da gelişimine engel olmaktadır (Öztürk, 2017).

2.3.3.13. Psikoloğa, Doktora ve Dişçiye Götürmeme

Çocuklarının fiziksel ve psikolojik sorunlarına karşı duyarsız ve ihmalkâr davranan ebeveynler bu iletişim stilini tercih ederek çocuklukta çözüme ulaştırılmayan sorunların ilerleyen süreçte patolojik bir hal almasına neden olur. Çocuğun bir sağlık sorunu olduğunda psikolog, doktor ya da dişçi ihtiyacına yönelik desteği alamaması, çocukların bebekliklerinden ergenliklerine ve yetişkinliklerine uzanan süreçte travmatizasyon ve dissosiyasyonun ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Öztürk, 2017). Ebeveynlerin çocuklarının bu gibi ihtiyaçlarına karşı

ihmalkâr tavırları çocuğun o anki ihtiyacını ve sorununu çözememesine, sorunun kronikleşmesine, bazı durumlarda patoloji halini almasına tedavi edilmeyen patolojik vakaların ilerleyen süreçte daha dirençli davranmalarına ve toplum sağlığının da olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (Öztürk, 2020a). Psikotravmatolojik ve psikotarihsel açıdan bakıldığında çocukların ihtiyaçlarının fark edilmesi ve onların ihtiyaca göre destek sağlanması adına ebeveynlere empati odaklı doğru çocuk yetiştirme stilleri ile ilgili eğitim desteği sağlanması toplum sağlığı için önemli bir adım olabilir (deMause, 1982; Öztürk, 2024a).

2.4. Psikotravmatoloji

Travma kavramı, günlük hayatta çoğunlukla hem sıkıntı yaratan olumsuz olayları hem de bu olayların neden olduğu duygusal etkileri ifade etmek için kullanılmakla birlikte; psikoloji literatüründe teknik olarak yalnızca bireyin maruz kaldığı olayı tanımlamamakta ve bu olaya verilen tepkileri de kapsamaktadır (Briere, 2012). Travma kavramını günümüzde ele aldığımızda bireyin hem ruhsal hem bedensel varlığını çeşitli biçimlerde etkileyen, zarar veren kapsamlı bir deneyim söz konusu olmaktadır (Kokurcan & Hüseyin, 2012). Psikotravmatoloji, ruhsal travmanın incelenmesi, daha spesifik olarak ruhsal travmanın öncesinde, eşlik eden ve sonrasında yer alan süreç ve faktörlerin incelenmesi olarak tanımlanabilir (Everly, 1993). Psikotravmatoloji, travma kökenli durumlara odaklanırken kişilerin ve toplumların bu durumlara verdiği tepkilere, bu travmaların psikoterapilerine, travmalar olmadan önce önlemek adına yapılabileceklerle odaklanmaktadır. Psikiyatri, klinik psikoloji, psikotarih, sosyoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik disiplinleri ile ilişkili olan psikotravmatoloji kapsamında geniş perspektifli bilimsel çalışmalar yürütülmektedir (Öztürk & Derin, 2020).

Psikotravmatoloji deprem, sel ya da yangın gibi doğal afetler kaynaklı ya da fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, zorunlu göç, savaşlar ve terörizm gibi insan kaynaklı akut ve kronik travmatik yaşantıların olumsuz etkilerini, yaşam boyu olası psikopatolojilere dönüşümünü değerlendirerek klinik psikoloji, psikiyatri ve psikoloji disiplinleri ile iş birliği içerisinde ele

alan ve tedavisini sağlayan bilimsel bir çalışma alanıdır (Everly, 1993; ztrk, Erdoğan & Derin, 2021). Toplumları oluşturan bireyin yaşadığı travmatik yaşantılar, bu yaşantıların sıklığı, şiddeti ve süresi ile ilişkili olarak öznelerin ruhsal entegrasyonunu negatif yönde etkilemekte ve psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Tekrar eden travmatik olaylar sırasında veya bu olayların sonrasında en sık gözlemlenen psikiyatrik semptomlar, dissosiyatif reaksiyonlarla birlikte travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olup, bu semptomlar bireyin travmatik deneyime karşı geliştirdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin bir yansıması olarak değerlendirilmektedir (ztrk & Derin, 2020). Psikotravmatoloji alanında akademik çalışmalar yapan ve yaklaşık otuz yıllık klinik tecrübesiyle yüzlerce travma vakasının tedavisini başarıyla sonuçlandıran bir dissoanalist ve psikotarihçi olan ztrk (2020a) psikotravmatoloji çalışmalarını şu şekilde ifade etmektedir:

“Psikotravmatoloji alışmaları, kronik çocukluk ağı travmaları ile kısa ve uzun dönemli sonuçlarının bütünsel anamnezi demek olan dissosiyatif bozukluklar dahil edilmeden yürütülemez. Travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar, birbiriyle yakın ilişki dinamikleri ve fonksiyon geçişleri bulunan psikopatolojilerdir hatta travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozuklukların sadece bir alt kümesi olan psikiyatrik belirtilerden oluşmaktadır. Travmatik yaşantılar ile en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, psikotravmatoloji araştırmalarının hatta modern psikotravmatoloji çalışmalarının ana psikiyatrik tanılarıdır.”

Psikotravmatoloji alanındaki bilgi birikimi adli tıp ve adli bilimler disiplinlerinde geniş bir bilimsel kabul görmektedir (Rosen, Spitzer & McHugh, 2008). Psikotravmatoloji sürekli olarak gelişmekte olan bir alan olmasıyla birlikte ilgili yayınlardaki artış, yeni bilimsel dergilerin kurulması ve psikotravmatolojiye yönelik mesleki ve kamusal ilgi ve algı, bu alanın

gelişmesinde önemli faktörlerdir. Çocukluktaki travmatik deneyimlerin ele alınması hem klinik hem de temel araştırma alanlarında son zamanlarda psikotravmatolojinin odak noktası haline gelmiştir (Maercker & Augsburger, 2017). Psikotravmatoloji alanında yapılan yeni çalışmalarla birlikte travma ve dissosiyasyon odaklı yeni bilimsel yöntemler ortaya çıkmaktadır ve bu çalışmalar modern psikotravmatoloji ilkelerinin gelişmesine katkı sağlarken, toplumda meydana gelen değişimleri anlamlandırmayı, bireylerin çocukluk ve yetişkinlikte tecrübe ettikleri yaşam olaylarının psikopatolojik yansımalarını ortaya koyabilmeyi sağlamaktadır. Psikotravmatoloji perspektifinden, evlilik ve aile kavramları bireysel ve toplumsal bileşenleriyle psikotoplumsal bir etki yaratmakta; bu bağlamda, aileyi oluşturan yetişkin ve çocuk bireylerin yaşadığı travmatik deneyimlerin hem kısa hem de uzun vadeli etkilerinin incelenmesi önem arz etmektedir (Öztürk & Derin, 2020). Bireylerin yaşadığı geçmiş ve aktüel travmatik deneyimler, psikiyatri ve klinik psikoloji açısından kritik bir öneme sahip olup dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu tanıları, “kontrol edilmiş insan sendromu” ve “nekrifisifili” ile yakından ilişkilidir (Öztürk, 2020a; 2023b).

2.4.1. Psikotravmatolojinin Tarihçesi

Psikotravmatoloji temel çalışma alanı olarak travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklara odaklanmakta olup psikiyatristler ve klinik psikologlar tarafından yapılan klinik ve teorik bilimsel çalışmalarla geçmişten günümüze olan akademik önemini arttırarak sürdürmektedir (Öztürk & Derin, 2020). Ruhsal travma çalışmalarının II. Dünya Savaşı’nda kitlesel şiddet olaylarından etkilenen soykırım mağdurları ve savaştan dönen askerler odağında artması Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-3 (DSM-III) kitabına “*Travma Sonrası Stres Bozukluğu*” tanısının eklenmesini sağlamış, günümüze kadar travma konusunun akademik ve klinik olarak yoğun çalışmalarla katkıda bulunmuştur. DSM-IV (APA, 1980) ve DSM-5 (APA, 2013) travma sonrası stres bozukluğu tanısını her bir

versiyonda yeniden yapılandırarak revize etmektedir. Adli tıpta geniş bir bilimsel ve klinik kabul gören psikotravmatoloji ya da travmatik stres çalışmaları 1980’lerde travma sonrası stres bozukluğunun ayrı bir psikiyatrik tanı kategorisi olarak kabul edilmesiyle birlikte gelişiminde önemli bir dönüm noktasına ulaşmıştır (Rosen, Spitzer & McHugh, 2008).

Psikotravmatoloji 18. yüzyıla dayanan bir akademik geçmişe sahip olup, bu kapsamda bilim insanları tarafından “*histeri*” vakalarının ele alındığı ve yıllar boyu tedavi edilmeye çalışıldığı bir çalışma alanıdır (Öztürk & Derin, 2020). Bilimsel çalışmalarıyla “*histeri*” belirtilerini, yalancı belirti ve nöbetlerden ayırt edilmesini sağlayan Nöroloji duayeni Jean Martin Charcot (Putnam, 1989), bu alanda çalışmalarını sürdüren ilk isim olmuş (Knoff, 1971) ve Charcot’yu histeri olgularında travmatik deneyimlere yoğunlaşan Pierre Janet, Josef Breuer ve Sigmund Freud takip etmiştir (Erim ve ark., 2022). Charcot’dan dersler alan psikolog ve nörolog Pierre Janet ve diğer isimler psikotravmatolojinin klinik uygulamalarının geliştirilmesi ve bilimsel temellerinin oluşturulmasında öncü bir rol üstlenmiştir. Charcot’nun, Salpetriere Hastanesi’nde histeri vakalarının travmatize komponentlerini vurgulayarak yaptığı uygulamalı dersler birçok bilim insanı tarafından yoğun ilgi görmüştür (Öztürk, 2020a).

Öztürk tarafından psikotravmatolojinin duayeni olarak adlandırılan Pierre Janet, Nörolog Jean Martin Charcot’nun talebiyle Paris’te dilencilerin, düşkünlerin, deliryum ve yoğun hezeyan yaşayanların yanı sıra erotomani gibi rahatsızlıklarla mücadele eden bireylerin tedavi edildiği, o dönem Avrupası’nın en büyük hastanesi olan Salpetriere Hastanesinin Psikoloji Laboratuvarında 1889 yılında yöneticilik yapmaya başlamıştır ve çalıştığı zaman diliminde binlerce insana hizmet veren bu hastanenin yaşam koşullarını olabilecek en iyi seviyeye çıkararak psikotravmatoloji tarihinde önemli bir başarı elde etmiştir (Janet, 1925; Öztürk, 2020a). Janet, Salpetriere Hastanesi’nde travma kökenli histeri hastalarıyla çalışırken edindiği gözlem ve deneyimlerden yola çıkarak kendisinden önce alanda benzer klinik

deneyimlere farklı tanımlarla değinilmesine rağmen “*bilinçdışı*” ve “*dissosiyasyon*” terimlerini kavramsallaştıran ilk isim olmuştur (Ellenberger, 1970).

Janet’nin klinik yaklaşımı olan “*psikolojik analiz*” çağdaşı bilim insanlarının kullandığı, psikiyatrik semptomları ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik hipnotik telkin yöntemlerinin aksine bu tepkilerin ortaya çıkma nedenlerinin etmenlerini kavramaya çalışmaktır. “*Psikolojik analiz*” akıllara psikanaliz ve kurucusu Sigmund Freud’u getirmekle beraber bu noktada farklılaştığı görülmektedir (Erim ve ark., 2022). Psikotravmatolojinin duayeni Janet, Salpetriere Hastanesi’nde yürüttüğü çalışmalarıyla gördüğü vakalarda karşılaştığı amneziler ve hafızada sıklıkla gidip gelen öğelerin olmasının histeri ile ilişkili olduğunu ifade etmiş, histerinin bilinç çözülmesi, parçalara ayrılmasıyla ilgili olduğunu ve kişiliğin eş zamanlı olarak farklı kişiliklere bölünmesiyle ortaya çıkan bütünsel değişimi olduğunu ortaya koymuştur (Janet & Prince, 1907; Putnam, 1989).

Psikotravmatolojinin ortaya çıktığı dönemde nadir bir fenomen olarak değerlendirilen histeri, 1900’lü yılların başlarında Fransız doktorların yaptığı çalışmalar sonucunda yalnızca Fransız kadınları arasında yaygın olduğu görüşüyle sınırlanmışsa da Amerika’da Chicago Eyalet Hastanesi ve Boston Şehir Hastanesi’nde görev yapan doktorların incelediği vakalar, bu durumun sadece belirli bir toplum ya da kültüre özgü olmadığını göstermiştir (Janet, 1920). Histeri vakalarının başka ülkelerde az görülmesi ruh sağlığı uzmanlarının durumu fark edip tanıyı koyamaması ile açıklanmış; günümüzde psikiyatri ve klinik psikoloji disiplinleri çalışmalarında erken yaş döneminde tecrübe edilen ve bazı vakalarda kronik olarak seyreden çocukluk çağı travmaları ile ilgili olan vakalara tanı kriterlerine göre dissosiyatif bozukluk tanıları konulabilirken yüzyıl öncesinde histeri vakalarıyla karşılaşan psikoterapistler bu tanıları reddeden kişiler tarafından eleştirilmeleriyle ilişkilidir (Öztürk & Derin, 2020).

Psikanaliz kuramı ve yöntemiyle 1900’lü yıllardan itibaren büyük bir destek kitlesini arkasına alarak psikotravmatolojinin gelişimini olumsuz yönde etkileyen Sigmund Freud önce

travmayı kabul etmesine rağmen sonra bu travmaları bireylerin çocukluk çağı fantezilerinin bir ürünü olarak ele almıştır (Öztürk, 2018; Öztürk, 2020a). Teorik ve klinik çalışmalarında psikolojik travma temelli ilerleme kaydederken beklenmedik bir şekilde değişime giderek travmanın gerçek olmadığı, psikolojik sıkıntıların ve ruhsal hastalıkların çocukluk çağı fantezileriyle ilişkili olduğunu iddia etmiştir (Öztürk & Derin, 2020). Freud'un travma sonrası gelişen psikiyatrik belirtiler ve tepkilerin dissosiyatif yaşantılar değil dürtüsel arzular olduğunu öne sürerek yapılandığı psikanaliz kuramında travmatik yaşantıları inkar etmesi ve Bruer'in dissosiyatif bozuklukları içine alan geniş bir şizofreni tanımı yapması "*travma*" ve "*dissosiyasyon*" kavramlarının ihmal edilmesine yol açarak psikotravmatoloji alanının gelişimini olumsuz etkilemiştir (Öztürk, 2018; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Psikiyatrist ve psikanalitik yaklaşımı olan terapist Kardiner savaşıra bağı travmatik yaşantıların yanı sıra, travma kökenli psikiyatrik rahatsızlıkların da altını çizerek psikotravmatolojinin önemini vurgulamış; (Öztürk, 2020a) ayrıca travmanın kültürel boyutlarını da ortaya koyarak travma çalışmalarının uluslararası olarak ele alınmasını sağlamada majör bir rol üstlenmiştir (Van der Kolk ve ark., 1994). Psikotarih disiplininin kurucusu Lloyd deMause (1982) çocuk istismarının insanlık tarihinin temelinde yer aldığını kapsamlı interdisipliner bilimsel araştırmalarıyla birlikte net bir kesinlikle ortaya koymu olup; psikotarihsel araştırmalarında travma ve dissosiyasyona büyük bir önem atfetmiştir. deMause ile benzer zamanlarda Eberhert'in klinik çalışmaları ve 1970'lerde Hilgard'ın kişilik değişimleri araştırmalarında dissosiyasyon odak alınmıştır (Öztürk & Derin, 2020).

Psikotravmatoloji ya da travmatik stres çalışmaları genel olarak travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluk vakaları ile gerçekleştirilmiş araştırmalardan oluşmaktadır ve 1980'lerden sonra "*Travma Sonrası Stres Bozukluğu*" tanısının DSM-III'e eklenmesiyle yapılan çalışmalar hız kazanmıştır (Rosen ve ark., 2008). Dissosiyatif bozuklukların bir "*Kuzey Amerika*" fenomeni olduğu yani sadece orada yapılan araştırmalarla ortaya konulduğu ve

kültürel farklılıkların dissosiyatif bozukluklarda etkili olduğu iddia edilse de alana gösterilen klinik ve akademik ilgi 1990-1995 yıllarında oldukça artmış, 2000’li yıllardan itibaren Amerika Birleşik Devletleri, Türkiye, Belçika, Fransa, Hollanda, Kanada ve Japonya gibi ülkelerde prestijli uluslararası bilimsel dergilerde önemli yayınlar yapılmış, “*Trauma and Dissociation in a Cross-Cultural Perspective Not Just a North American Phenomenon (Rhoades& Şar, 2006)*” kitabı ile de dissosiyatif bozuklukların kültürel bir fenomen olmadığı ortaya koyulmuştur (Öztürk & Derin, 2020). Günümüzde gerçekleştirilen akademik araştırmalarla psikotravmatoloji alanında bilimsel ilerlemeler kaydedilmekte, Frank W. Putnam, Richard Kluft, Erdinç Öztürk, Vedat Şar ve Warwick Middleton gibi psikotravmatolojinin uluslararası bilimsel platformlarda öncülüğünü yapan uzmanlar travma ve dissosiyasyon ilişkili teorik ve klinik araştırmalarıyla alanın gelişmesine destek olmaktadır (Öztürk, 2020a).

2.4.2. Modern Psikotravmatoloji: Travma ve Dissosiyasyon Çalışmaları

Psikotravmatoloji, bireylerin tecrübe ettiği örseleyici ve kronik yaşam deneyimlerinin kendi üzerlerindeki psikojen etkilerini ve hayatları boyunca karşılara çıkabilecek psikiyatrik hastalıklara dönüşümünü kapsamlı bir şekilde değerlendiren, bu ruhsal hastalıkları travma merkezli tedavi yöntemleriyle tedavi eden ve sağaltan, “*travmatik stres*” ve “*travmatik dissosiyasyon*” odaklı çalışmalar yapan bir psikoloji alt alanıdır (Öztürk, 2020a). Öztürk’e göre modern psikotravmatoloji genel olarak, bireylerin ve toplumların travmatik deneyimlere verdikleri dissosiyojen tepkilere ve örseleyici yaşantıları önleme stratejilerine odaklanmaktadır (Öztürk, 2022c). Psikotravmatoloji çalışmaları birincil olarak travma sonrası stres bozukluğu, ikincil olarak dissosiyatif bozukluk odaklı yapılmaktayken modern psikotravmatoloji çalışmaları birincil düzlemde dissosiyatif bozukluklar, ikincil düzlemde travma sonrası stres bozukluğu odaklı yapılmaktadır (Öztürk, 2022a). Dissoanalitik ekol perspektifinden travma sonrası stres bozukluğu ile dissosiyatif bozuklukların birbirleriyle fonksiyon geçişleri olması,

hatta dissosiyatif bozuklukların, travma sonrası stres bozukluğu psikiyatrik belirtilerini kapsamı modern psikotravmatoloji perspektifinden esas psikiyatrik tanının dissosiyatif bozukluklar olduğunu net bir şekilde göstermektedir (Öztürk, 2022a; 2022b).

Modern psikotravmatoloji bir travma terapisti ve aynı zamanda bir dissoanalist olan bilim ikonu ve duayen olan Pierre Janet'in dissosiyasyon çalışmalarıyla başlamıştır (Öztürk, 2021a). Ülkemizde psikotarih çalışmalarının ve *“psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon”* çalışmalarının kurucu ismi olan Öztürk, modern psikotravmatolojinin duayeni olan Pierre Janet'nin kuram ve teorilerinin bilinmesinin psikoloji ve psikiyatri uygulamaları için son derece gerekli olduğunun altını çizirken bilinmemesi halinde tüm bu çalışmaların çağdışı bir ekseninde sayacağını ifade etmektedir. Modern psikotravmatolojiye yön veren ve alter kişilikleri *“ardışık varoluşlar”* şeklinde operasyonel olarak tanımlayan bir bilim ikonu Pierre Janet'in fikir ve düşünceleri o dönemlerden itibaren günümüz de dahil olmak üzere birçok kuram ve tedavi yöntemi için öncü ve ilham olmaya devam etmektedir (Öztürk, 2022c; Janet, 1920).

Dissoanaliz kuramının kurucusu Öztürk modern psikotravmatolojiyi, *“klinik psikoloji, psikiyatri ve psikotarih disiplinlerinin travma ve dissosiyasyon paradigmaları ile eşlenik temel ilkeleri ve temel bileşenleri bulunan; travma kökenli olaylarla ilişkili hem bireylerin hem de kitlelerin verdikleri psikotoplumsal yönelimli dissosiyojen tepkilere, bu olumsuz yaşam olaylarının psikoterapilerine ve önleme stratejilerine odaklanan psikolojinin klinik yönelimli ana çalışma alanı”* olarak tanımlamıştır (Öztürk, 2022c). Modern psikotravmatoloji alanında aktif rol alan *“dissoanalistler”* ve *“psikotravmatologlar”* çocukluk çağı travmaları, disfonksiyonel aile dinamikleri, kuşaklararası travma geçişi, kuşaklararası psikopatoloji aktarımı, zorunlu göçler, psikotoplumsal baskılar, beyin yıkama faaliyetleri, savaşlar, terör faaliyetleri, bireysel ve kitlesel dissosiyasyon yaşantıları ile ilgili teorik ve uygulamalı araştırmalar yaparak klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerine kaynak sağlayan modern psikotravmatolojiye bilimsel katkı sağlamaktadırlar (Öztürk & Derin, 2023).

İnsanlık tarihi boyunca *“modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon”* çalışmaları yükselme ya da sönme dönemlerine girmiş, bu dönemlerde etik değerlere göre hareket eden ve etmeyen ruh sağlığı uzmanları ve toplumsal kitlelerin iki farklı yönde hareketleri üzerine temellenmiş ve içinde bulunduğu dönem itibariyle baskın olan tarafın desteğini kazanarak dönüştüğü hareket dual ekseninde işlemiştir ki *“profesyonel farkındalık seviyeleri”*, *“psikotoplumsal merhamet düzeyleri”* ve *“optimal bilinç dereceleri”* modern psikotravmatolojinin *“yükselme dönemleri”* ile, *“travma çalışmalarına olan direnç”*, *“patolojik duyarsızlık”* ve *“ana-akım psikiyatrinin ihmali”* ise onun *“sönme dönemleri”* ile ilişkilendirilmiştir (Öztürk, 2022c). Dissosiyatif yaşantılar dünya üzerindeki toplumlarda bulunan bireylerin maruz kaldığı psikotoplumsal baskı ve olumsuz yaşantıların etkisiyle ortaya çıkar ve aslında bu tepkiler toplumdan beklenen bir yardım çılgılığının kendisidir. Bireylerin travma maruziyetleri onları köleleştiren, onların *“özelliklerine”* müdahale eden, istismarcıları tarafından kontrol edilmek için maruz bırakıldıkları yaşantılardır ve sonucunda gerçekleşen dissosiyasyon *“son çare”* çılgılığı olarak değerlendirilmektedir (Öztürk, 2022a).

Kuşaklararası travma geçişinde veya kuşaklararası toplumsal travma aktarımında dissosiyojen bölünmüş aileler ve bölünmüş gruplar önemli bir role sahiptir (Grand & Salberg, 2021; Öztürk, 2022a). Şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini benimseyen bireyler ve onların oluşturduğu toplum, toplumsal travmaların meydana gelmesinde etkin rol oynamaktadır (Öztürk, 2020a). Dissoanalitik psikotarih, travmaların kişilerde ve bu kişilerin oluşturduğu toplumlarda meydana getirdiği dissosiyatif yaşantılar aracılığıyla *“kuşaklararası psikopatoloji aktarımı”*nın gerçekleşmesini sağlamaktadır (Öztürk, 2023). Toplumsal travmalar bağlamında, travmatik yaşantılar bireysel bir deneyimden ziyade sosyal çevreyle bütünleşik bir şekilde ele alınmakta olup, özellikle çocuklara tekrar tekrar aktarılan bu yaşantılar, zamanla aile sınırlarını aşarak içinde bulunulan toplumsal dokunun ayrılmaz bir parçası haline gelmekte ve kuşaklararası bir aktarım dinamiği oluşturmaktadır

(Fonagy & Allison, 2014). Modern psikotravmatoloji, dissoanalitik ekol ve dissoanalitik psikotarih, “kuşaklararası dissosiyasyon geçişi” ve “kuşaklararası psikopatoloji aktarımı” ile yakın ilişki içerisinde bulunan dönüşümlü bireysel ve toplumsal travmaların sonlandırılması ve tedavisi için çaba gösteren bilimsel yaklaşımlardır (Öztürk, 2022c; 2024a).

2.4.3. Dissoanaliz Kuramı: Psikotoplumsal Terapi

Bir modern psikotravmatoloji kuramı olan dissoanaliz, bilinç kavramı ve travmatik deneyimlerle ilişkili olan çoklu bilinç sistemi fenomeni çerçevesinde bireysel ve toplumsal ögelerle, bu ögelere yakın etkileşimsel bir dinamikte yapılandırılmış olup bir psikoterapist, psikotarihçi ve dissoanalist olan Öztürk’ün uzun dönemli klinik ve teorik çalışmalarıyla ortaya koyulmuştur (Öztürk, 2022c). Kimlik kavramının travmatik deneyimler ile toplumsal ve bireysel her unsuruyla eş zamanlı olarak “çoklu bilinç sistemi” ve “çoklu bellek fenomeni” ile ilgili yakın ilişki dinamikleri olan “dissoanaliz kuramı”, “travma ve dissosiyasyon” alanında hem etkili psikoterapötik yöntemlerin hem de psikotravmatoloji ve psikotarihin yenilikçi biçimlerinin geliştirilmesi için teorik bir temel sağlar (Öztürk, 2020b; Öztürk & Derin, 2023).

Temel amacı, adaletli, yetenekli, barışçıl, şefkatli ve empatik bireylerden oluşan, gelişim odaklı, normal zihinsel yeterlikte ve işlevsel bir toplum kurmak olan modern psikotravmatoloji teorilerinden olan dissoanalizin psikososyal misyonu, psikolojik olarak entegrasyonu sağlamış bireylerden oluşan bir toplumun kuşaklar arası süreçte hâkim olmasını sağlamaktır (Öztürk, 2022a; Öztürk, 2022c). Dissoanaliz kuramı, bireysel ve toplumsal travmaların mümkün olan en kısa sürede tedavi edilip sonlandırılması, hem kısa hem de uzun dönemli önleme stratejileri odaklı psikotoplumsal kuramların geliştirilmesi, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarıyla en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklara yönelik travma merkezli modern psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılması, kuşaklararası

travma geçişi ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımının altında yatan temel dissosiyojenik bileşenlerin holistik bir yönelimle nötralize edilmesidir (ztrk, 2020a; 2022b; 2022d).

Özünde bir psikotoplumsal terapi olan Dissoanaliz Kuramı, dissosiyasyonun temel nedeni olarak çocukluk ağı travmalarını ve bu travmaların birey tarafından etkili bir şekilde nötralize edilememesini ne sürmekte olup, bu yaklaşım, travmatik deneyimlerin bireyin bilişsel, duygusal ve nörolojik süreçlerinde yarattığı derin etkiler üzerine odaklanmaktadır. Öztürk'e göre dissosiyasyon, bölünmüş ve çoklu bir bilinç sisteminin yoğun ve çok fazla bir şekilde bütünleşme çabasıdır. Dissosiyasyon, dinamik ve hareketli bir süreç olarak meydana gelirken bir bölünme sürecinin aksine bütünleşme veya birleşme için güçlü bir efordur (ztrk, 2021b; ztrk, 2022a). Öztürk, “*Dissoanaliz Kuramı*”nda çocukluk ağı travmalarının, kronik ve kümülatif olumsuz yaşam olaylarının ve dissosiyatif tepkilerin bireylerin “*psikososyal hafızasında*” ve “*derin hafızasında*” tekrarlanma eğiliminde olduğunun farkına varılmasının önemini vurgulamaktadır (ztrk, 2022a; ztrk, 2022c). Dissoanaliz hem kuşaklararası travma geçişinin hem de kuşaklararası psikopatoloji aktarımının sonlandırılması adına gerçekleştirilen kümülatif bilimsel çabaların, etkin psikoterapi uygulamalarının, kısa ve uzun dönemli psikotoplumsal travmatik yaşantıları nleme stratejilerinin bir bütünüdür ki dissoanalitik ekol, fonksiyonel, interaktif ve entegratif psikoterapi yöntemlerini kendi içerisinde barındıran bir modern psikotravmatoloji kuramıdır (ztrk, 2022a).

Psikotravmatoloji ve suisidoloji alanlarında profesyonel yetkinliğe ve yeterliğe sahip dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere travma ile ilişkili psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde etkin rol oynayan ve yüksek başarı oranlarıyla bu tedavileri tamamlayan travma psikoterapistleri, “*dissoanalist*” olarak tanımlanmaktadır (ztrk, 2020a). Dissoanalistler kuşaklararası aktarımla nesiller boyu ruhsal etkilerini gösteren çocukluk ağı travmalarının kolektif anamnezi ve dissosiyatif öyküsünü göz önünde bulundurarak yaptıkları bireysel ve toplumsal yaşantıların dissoanalizleriyle günümüzde karşılaştığımız şiddeti, psikopatolojiyi,

terörizmi ve en önemlisi şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri kullanarak hala çocuklarımızı neden travmatize ve dissosiyeye etmeye devam ettiğimizi fark etmemizi ve anlamamızı sağlamaya çalışmaktadırlar (Öztürk, 2021b; 2022b). Travmatik yaşam deneyimleri olan bireylere ve toplumlara “*dissoanaliz: psikotoplumsal terapi*” perspektifinden yaklaşıp tedavileri gerçekleştirilmediği sürece bu kişi ve toplumların iç çatışmalara, süregelen savaşlara ve terör olaylarına varacak kadar yaşadıkları şiddet odaklı olaylarla ilişkili sınırdaki kişilik özelliklerinden ve dissosiyeye benliklerinden kurtulmaları mümkün olmamakta bu da toplumların psikotoplumsal açıdan gelişim yaşamlarının ya da kuşaklararası gelişimin önünde kritik bir engel olarak işlev göstermektedir (Öztürk, 2022a).

Dissoanalitik ekol doğru ve fonksiyonel çocuk yetiştirme stillerinin çocukluk çağı travmaları, ardışık savaşılar, terör atakları gibi önemli travmatik yaşantıların anlaşılması ve tedavisinde çok önemli olduğunun altını çizmekte ve “*rehberlik*” odaklı bir şekilde yeniden yapılandırılmasının en etkili yöntemlerin başında geldiğini savunmaktadır (Öztürk, 2022b). “*Travma merkezli psikoterapi yöntemleri*” şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin bireyler üzerinde bıraktığı ruhsal izleri nötralize etmek için maruz kalınan travmatik deneyim esnasında ya da hemen sonrasındaki dissosiyatif reaksiyonlar karşısında bireyin “*sağlıklı tarafı*” ile olaya müdahale edebilmesini ve yaşamına fonksiyonel bir şekilde devam edebilmesini sağlar (Öztürk, 2022a; 2024a). Dissoanaliz kuramı öznenin psikotoplumsal işlevselliklerini koruyabilmesinin ve “*empatik süreklilik*”lerini sağlayabilmesinin gerçekliğin sadece travma odaklı psikoterapiler aracılığıyla farkına varılmasıyla mümkün olabileceğini vurgular. Bu bağlamda modern psikotraumatojji ilkeleri ve dissoanalitik ekol açısından psikoterapistlerin danışanlarına çoklu bilinç, bellek ve kimlik sistemlerini fark ettirmesi ve kullanılan dissosiyatif reaksiyonların interaktif şekilde analiz edilmesi travma merkezli tedavi sürecinin itici güçlerini oluşturmaktadır (Öztürk, 2021b; 2022b).

Gelişim odaklı insan ve toplum profili yaratmak için yapılan dissosiyatif devrimlerde, uzun yıllar boyunca ezilen ve travmatize edilen bireyler ve toplumlar, faşist liderleriyle kurdukları hipnotik bağlarını -istismarcıya olan bağlılıklarını- keser ve kendileri gibi davranmak ve özgürleşmek için tüm ilerici eylemleri yaparlar. Ülkemizde modern klinik psikolojinin öncüsü Öztürk'ün ileri sürdüğü gibi, "*gülümsemeleri çalınmış travmatize olmuş bireylerin*" ve "*hafızaları parçalanmış toplumların*" dissoanalizi gerçekleştirilemediği sürece, hiçbir ulus, yaşam örgütlenmelerinin bütünleştirici olmasını sağlayamaz, kapsayıcı ve kronik şiddete odaklanan sınır bileşenlerinden kurtulamaz ve bu ekseninde "*Dissoanaliz Kuramı*" "*psikotoplumsal terapi*" olarak işlev görür (Öztürk, 2022a; 2023b). Dissoanaliz kuramına göre travmatik yaşantılar bireysel ve toplumsal bellekte binlerce kez tekrarlanmakta, ilkel çocuk yetiştirme tarzının hâkim olduğu toplumda bu travmatik yaşantılara yönelik öfke paranoyaklaştırılarak seçilmiş karşı-topluluğa aktarılmakta ve şiddetin ön planda olduğu bu aktarım disfonksiyonel kuşaklar aracılığıyla sürdürülmektedir (Öztürk, 2022d; 2023a)

2.4.4. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçiş Kuramı

Dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçiş kuramı, Öztürk tarafından geliştirilen "*gerçekliğin inkârı*" ve "*toplumsal dissosiyasyon*" süreçleri merkeze alınarak psikotoplumsal dinamiklerin etkin bir şekilde açıklanmasıyla yapılandırılmıştır. Gerçekliğin inkârı çocukluk çağı travmaları, psikotoplumsal baskılar, şiddet odaklı çocuk yetiştirme yöntemleri ile bilgi ve deneyim eksikliğinden güç alır (Öztürk, 2022c). Öztürk, bireylerin sahip oldukları ancak inkar ettikleri, tiksindikleri ya da kendilerinden uzaklaştırmak istedikleri özelliklerini, "*düşman*" ya da "*kurban*" olarak seçtikleri karşı tarafa aktarır (bu özellikleri ya tamamen karşı tarafta görerek ya da yalnızca karşı tarafa aitmiş gibi algılayarak) hayata geçirdikleri "*dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi*"ni, toplumlar içinde ve arasında yaşanan düşmanca iletişim, savaş ve soykırım dinamiklerinin temel savunma mekanizması olarak tanımlamaktadır (Öztürk, 2022a).

Bireyin kendisinde olmasını istemediği ve dissosiyeye etmek istediği parçası karşıya aktarılır, bu aktarım sürecinde aktarılan kişi ya da topluluk içbilişsel çarpıtmalarla özünden farklılaştırılır ve aktarılan tarafın kullanacağı savunmalar “*dual bilinç*” ya da “*güdümsel bilinç*” ile tahmin edilerek “*öz sabotaj*” niyetli bir kriz çıkarılarak “*birbirine dışsal dissosiyatif kaos*” sebebiyle aktarım yapılan taraf kriz sorumlusu olarak nefret nesnesi olarak görülür (Öztürk, 2020a; 2020b). Öztürk toplumsal şiddet olaylarında ortaya çıkan “*kitlesel fanteziler*”in doğrudan kimlik yansıtımından farklı olarak “*dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi*” vasıtasıyla ortaya çıktığını ifade eder ve bu süreci kişinin kendi kimliğinin ortaya çıkışında kabul etmediği hatta inkâr ettiği taraflarının başka birinin kimliğine zorla dahil etme isteğinin “*gerçekliğin içbilişsel çarpıtması*” şeklinde eyleme geçmesi olarak tanımlar (Öztürk, 2022c).

“*Rehberlik reddi*” ve “*gelişim karşıtlığı*”nın devam ettiği toplumlar ve bu toplumların üyesi olan bireylerde gerçekliğin inkârı şiddetlenir ve gerçekliğin inkarı şiddetlendiğinde bireyler istismarcı bir kimliğe geçiş yapabilir, savaş yanlısı tutum sergileyebilir, diğer insanları travmatize edebilir ve diğer insanların dissosiyeye olmalarına sebep olabilirler (Öztürk, 2020a). Gerçekliğin inkârı var olan bir gerçeklikten kaçmak ve bu gerçekliği yok saymak olarak fonksiyon göstermekte olup bu yönüyle gerçekliğin inkarı dissosiyatif bir reaksiyon olarak ele alınabilir (Öztürk, 2020b; 2021b). Bireyleri ve toplumları travmatize eden baskıcı istismarcılarda egonun “*sentetik fonksiyonları*” “*gerçeklik inkârı*” yoluyla zarar gördüğünden baskıcı taraf bütünü kavrayamaz, travmatize ve dissosiyeye ettiği kişi ya da topluluğun duyduğu ruhsal acıyı kolaylıkla görmezden gelir (Öztürk, 2022a; 2024b).

2.4.5. Çocukluk Çağı İstismarı ve İhmali

Psikotravmatoloji ve modern psikotravmatoloji kuramlarıyla ilişkili olarak travma ve dissosiyasyon odaklı bilimsel çalışmalarla erken yaşta başlayan ve sürekli olarak tekrar eden çocukluk çağı travmaları özellikle aile içerisinde ebeveynler tarafından çocuklarına karşı

gösterdikleri istismar ve ihmalin yansıması olmakla beraber bunlara ek olarak dissoanalitik ekol perspektifinden ele alındığında şımartma, çift mesaj verme, aşırı koruma, duyarsızlık ve ilgisizlik gibi yaklaşımlarla da ortaya konulmuş bir bütün olarak ele alınabilir (Öztürk, 2018a; 2020a; 2022b). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre çocukluk çağı travmaları bir çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz olarak etkileyen davranışlara bir yetişkin tarafından bilerek ya da farkında olmadan maruz bırakılmasıdır (WHO, 1999). Çocukluk çağı istismarı ve ihmali; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal olmak üzere beş başlık altında ele alınmaktadır. Bu travmatik yaşantılara ek olarak sahte karşılıklılık, çift mesaj, hasta ya da aptal rolü, anne-babalık reddi, arkadaş anne ve baba, şımartılma, duyarsızlık, yetişkinleştirme veya çocuklaştırma, evlat ayrımı, değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar, yüksek beklenti düzeyi, okutulmama, psikoloğa, doktora ve dışçıye götürmeme gibi disfonksiyonel iletişim stilleri de çocukluk çağı travmaları kapsamında değerlendirilmektedir (Öztürk, 2021a; 2024a). Dissoanaliz kuramı ve modern psikotraumatoji paradigmaları açısından çocuk istismarı ve ihmali, bireylerdeki psikopatolojilerin en önemli etiyolojik unsurlarından biridir (Öztürk, 2022a).

Çocukluk çağında maruz kalınan şiddet, istismar ve ihmalin, bireyin yetişkinlik dönemindeki ve yaşamının sonraki evrelerindeki psikolojik sorunlarla doğrudan ilişkili olduğu, gerçekleştirilen araştırmalar ve elde edilen bulgularla güçlü bir şekilde ortaya konulmuştur; bu durum, çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimlerin uzun vadeli etkilerinin bireyin ruh sağlığı üzerinde ne denli derin izler bırakabileceğini göstermektedir (Mauder ve ark., 2020). Çocuğun tecrübe ettiği bu travmatik deneyimlere müdahale edilmez ise travmatik yaşantıların tekrar etme ihtimali yükselir (Acehan ve ark., 2013). Yaşam boyu karşılaşılan zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarıyla ilişkili olan çocukluk çağı travmaları kişinin beyin gelişimi, bilişsel gelişimi, sosyal gelişimi, duygusal gelişimi, güvenli bağlar kurabilme yeteneği gelişimi, öğrenme ve fiziksel sağlık gibi durumlarını olumsuz etkiler, hatta yaşam süresinin kısalması ile de ilişkilidir

(Bishop ve ark., 2014). Travmanın fiziksel etkilerinin yanı sıra dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresyon ve somatizasyon bozuklukları gibi bireyi yaşam boyu etkileyebilecek psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında da etkin rol oynadığı ortaya konulmuştur (Öztürk, 2017).

2.4.5.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar fiziksel zararın ortaya çıktığı, bir çocuğun ölümü de dahil olmak üzere zarar görmesine neden olacak eylemlere maruz kalmasıdır ki bu eylemler çocuğun tekmelenmesi, ısırılması, bıçaklanması, sarsılması veya yumruklanması gibi durumları kapsamaktadır (English, 1998). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tanımıyla kazara olmayan, çocuklar üzerinde hasara neden olan, acı veren, yasaklanmış olan şiddet davranışları sebebiyle çocukların büyümelerinde ve sahip oldukları yeteneklerde hasara neden olan durumlar fiziksel istismar olarak değerlendirilmektedir (UNICEF, 2005). Yetişkin biri tarafından gerçekleştirilen fiziksel saldırıların neticesinde yaralanma riskinin ortaya çıkması ya da yaralanmanın gerçekleşmesi hali olan fiziksel istismara (Kong & Bernstein, 2009), sıklıkla duygusal ve cinsel istismar da eşlik etmektedir (Cloitre & Rosenberg, 2006).

Fiziksel istismar tarih boyunca yetişkinlerin ebeveynlik stilleri aracılığıyla özellikle çocukları disipline etme yöntemi olarak kullanılmış, yakın geçmişe kadar fiziksel şiddet davranışları ruh sağlığı profesyonelleri tarafından da “*disipline etme*” ve “*yetiştirme*” pratiği olarak ebeveynlik stilleri kapsamında ele alınmış, çocuk eğitimi ve terbiye ile ilişkilendirilen fiziksel şiddet hukuki olarak hatalı görülmediğinden cezalandırılmamıştır (McCullough, Miller, & Johnson, 2010). Bazı bilim insanları fiziksel olarak çocuğu istismar etmenin yanında çocuğa karşı sevgi gösterilmesi şartıyla bu istismar şeklinin çocuk üzerinde olumsuz bir etkisi olmayacağını ifade etse de modern psikotraumatooloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden yürütülen çalışmalarla bu yaklaşım çürütülmüştür (Öztürk, 2022b; 2022c).

Birçok çocuğun “fiziksel istismar” olarak değerlendirilebilecek şekillerde maruz kaldığı; onların davranışlarını kontrol altına alabilmek amacıyla başvurulan yollardan biri olan “acı veren fiziksel yöntemler”in toplumsal açıdan kabul edilebilecek bir norm olarak ele alınması hem etik hem de insani açıdan son derece sorunlu bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Briere, 1992). Fiziksel istismara maruz kalan kişilerde intihar girişimlerinin arttığı, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, bedensel belirti bozuklukları, yemel bozuklukları, madde kötüye kullanımı bozukluğu, davranışsal bağımlılıklar, dissosiyatif bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve depresyon bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkları kapsayan zihinsel sağlık sorunlarının ortaya çıktığı ayrıca bu sağlık sorunlarının antisosyal davranışlara neden olduğu ortaya çıkmıştır (Braga ve ark., 2017). Dissoanaliz kuramına göre travma ile ilişkili bu ruhsal bozuklukların haricinde çocukların reviktimize oldukları deneyimler, onların güvensiz bağlanmasına, istismarcıya bağlanmasına hatta istismarcılarıyla identifikasyon kurarak onlara dönüşmesine neden olmaktadır ki bu aslında “dissosiyatif bağlanma”nın ta kendisidir (Öztürk, 2020a; 2022b).

2.4.5.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar çocuk ve gençlerin gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılıp kendilerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalmaları ya da toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılmaları durumudur (Polat, 2001). Kong ve Bernstein (2009) duygusal istismarı yetişkin bir kişi tarafından bir çocuğun sahip olduğu değer ve refah duygularına yönelik aşağılayıcı ve tehdit edici davranışlar ve bunun yanı sıra sözel saldırılarda bulunması olarak ifade etmekteyken, English (1998) çocuğun reddedilmesi, tecrit edilmesi, terörize edilmesi, görmezden gelinmesi ya da ruhsal bütünlüğünü bozmaya yönelik eylemlere maruz kalması olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre küçümseme, karalama, günah keçisi ilan etme, kısıtlama, tehdit etme, korkutma, ayrımcılık yapma, alay etme

ya da diğer fiziksel olmayan düşmanca veya reddedici muamele biçimleri duygusal istismar kapsamına girmekte iken (WHO,1999), Öztürk'ün (2020a) yapılandığı istismar edici aile içerisinde yaşantılanan disfonksiyonel iletişim şekillerinden “şımartılma”, “okutulmama”, “arkadaş ebeveynlik”, “evlat ayrımı”, “yetişkinleştirme”, “çocuk işçiliği” ve “duyarsızlık” duygusal istismar başlığı altında değerlendirilmektedir.

Modern psikotravmatoloji perspektifinden ele alındığında duygusal istismar, fiziksel ve cinsel istismar ile karakterize bir şekilde ortaya çıkmakta olup manipülasyon, alay etme, tehdit, azarlama, kontrol altına alma, haksız şekilde suçlama, duygusal manipülasyon, gaslighting ve iletişimin engellenmesi gibi travmatik deneyimlere yol açan tutum ve davranışlar görülmektedir (Akiş & Öztürk, 2021; Öztürk, 2022c). Çocuğun ruhsal gelişiminde önemli bir rol oynayan ebeveynin olumlu tutumları çocuğun psikolojik sağlığının gelişmesine ve güçlenmesine yardımcı olurken, olumsuz çocukluk yaşantıları ise ruhsal travmanın nesilden nesile aktarılmasına sebep olmaktadır (Öztürk & Derin, 2020). Çocukların maruz kaldığı dissosiyatif davranışlar çocuklarda anksiyete gelişmesine, aşırı kilo alma ya da kilo kaybına, intihar girişimlerine, kendilik algısının olumsuz yönde evrilmesine, antisosyal davranış paterni geliştirmesine, alkol ve zararlı madde kötüye kullanımına ve kendine zarar verme davranışlarına yol açmaktadır (Kuo ve ark., 2011). Duygusal istismar ayrıca çocuklarda düşük benlik saygısı, depresyon, geri çekilme, korku hali, parmak emme, uyku düzeninde bozulma, alt ıslatma, tırnak yeme, yeme bozukluğu, içe kapanma ve suça yönelme gibi biçimlerde kendini gösterebilmektedir (Akyüz, 2010). Günümüz toplumunun psikopatolojilerine ve kısa dönemli psikoterapi yöntemlerine odaklı dissoanaliz kuramına göre duygusal istismar hem çocukluk çağında hem de uzun dönemli olarak ergenlik ve yetişkinlikte ortaya çıkan travma kökenli psikopatolojilerle yakından ilişkilidir ve bütün travmatik yaşantıların psikotoplumsal ajanı olarak kritik bir fonksiyona sahiptir. Duygusal istismar aslında diğer bütün istismar ve ihmal türlerini kendi içerisinde barındırır (Öztürk, 2022b; 2022c).

2.4.5.3. Cinsel İstismar

Çocuklukta cinsel istismar, bireyin gelişim döneminde maruz kaldığı ve fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla çok yönlü etkiler yaratan, bir dizi cinsel aktiviteyi içeren zorlayıcı bir yaşam deneyimi olarak tanımlanmıştır (Putnam, 2003). Cinsel istismar mağduriyet durumunu içeren ve bir dizi alışlagelmedik eylemle karakterize edilen fiziksel istismar ve bazı durumlarda birden fazla failin eşlik ettiği tetikleyici bir travmatik süreçtir, ki bu olaylar cinsel ilişki, cinsel ilişkiye teşebbüs, teşhircilik, çocukların yetişkin cinsel aktivitesine ya da pornografisine maruz kalması ve çocukların fuhuş veya pornografi için kullanılmasını kapsamaktadır (Briere, 1988). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk cinsel istismarı için “*çocuğun tam olarak kavrayamadığı, bilgilendirilmiş onam veremediği veya gelişimsel olarak hazır olmadığı ve rıza göstermediği veya toplumun yasalarını veya sosyal tabularını ihlal eden cinsel aktiviteye tutulumu*” olarak tanımlamıştır (WHO, 2011). Depresyon, anksiyete, düşük özsaygı, intihar girişimleri, alkol ve madde kullanımı ya da bağımlılığı çocukluk çağı cinsel istismarının risk faktörleri olmakla birlikte, cinsel istismara maruz kalan çocukların travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdikleri yapılan çalışmalarla ortaya koyulmuştur (Heger ve ark., 2002).

Çocukluk döneminde cinsel istismar mağduru olan kişilerin madde bağımlılığı (Simpson & Miller, 2002), strese bağlı cinsel işlev bozukluğu (Colangelo & Keefe-Cooperman, 2012), yeme bozukluğu (Carter ve ark., 2006), depresyon, intihar eğilimi ve anksiyete bozukluğu (Abdulrehman & DeLuca, 2001) gibi zihinsel sağlık durumlarında sorunlar olma olasılığı artmaktadır. Dijital teknolojilerin gelişmesiyle birlikte cinsel istismar siber uzamda gerçekleşebilmekte cinsel içerikli fotoğrafların yanı sıra videolar ve cinsel içerikli mesajlaşmalar da cinsel istismar dahilinde değerlendirilmektedir (Aiken, Moran & Berry, 2011). Çevrimiçi cinsel istismar da çocukların ruhsal bütünlüklerine zarar vermekte olup dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon bozukluğu ve somatoform

bozuklukları gibi fiziksel cinsel istismarda da görülen hastalıklara sebep olmaktadır (Sánchez-Meca ve ark., 2011; Say, Babadağı, Karabekiroğlu, Yüce & Akbaş, 2015). Dissoanalitik ekol cinsel istismar mağduru çocukların bu travmatik yaşantıyı tecrübe etmemiş diğer çocuklara oranla travma ilişkili ruhsal bozukluk yaşama olasılığının çok daha fazla olduğunu ortaya koymuş olup; bu konuda ebeveynlerin ve toplumda yaşayan her bireyin, kurumun ve sistemin temel bir sorumluluğu bulunduğu altını çizmiştir (Öztürk, 2022a).

2.4.5.4. İhmal

İhmal, sevgi, ilgi, yiyecek, giyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçların bakım veren tarafından karşılanmaması, bu ihtiyaçların sunumunun reddedilmesi veya geciktirilmesi ile yetersiz denetimi veya terk eylemlerini içermekte olup bu eylemsizlik, fiziksel ve duygusal ihmal için geçerlidir (English, 1998). Dünya Sağlık Örgütü Çocuk İstismarını Önleme Komisyonu'na göre ihmal *“ailenin sosyoekonomik imkanları mevcut olmasına rağmen çocuğun biyopsikososyal gelişimi adına gerekli tüm fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının ebeveynler tarafından karşılanmaması”* durumudur (WHO, 1999). Bakım ihmali, tıbbi ihmal, eğitim ihmali, çevresel ihmal ve denetim ihmali alan yazında ihmalin boyutları olarak ele alınmıştır. Çocuğun beslenme, giyinme ve temizlik gibi temel ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanmaması ya da sağlanmaması bakım ihmali; hastalık, yaralanma ya da engel durumları ile ilgili tıbbi desteğin sağlanmaması tıbbi ihmal; çocuğu okula göndermeme, devamsızlık yapmasına aracı olma, okul ihtiyaçlarını karşılamama eğitim ihmali; çocuğun yakınında ya da değilken çocuğu başıboş bırakmak denetim ihmali; çocuğa sağlıklı ve temiz bir ortam sunmamak çevresel ihmal olarak tanımlanmaktadır (Mennen ve ark., 2010; Wen ve ark., 2019).

Çocuğun gelişim dönemlerine göre fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları değişmekte olup bir dönem ihtiyaç duyduğu şeye başka bir dönem ihtiyaç duymama durumuna bağlı olarak bahsi geçen dönemlerdeki durumların ihmal olup olmaması değişkenlik gösterebilmektedir ancak

ihmalin çocukluğun erken dönemlerinde ve yaygın olması onun gelişimsel sürecinde daha büyük yıkıcı etkilere neden olur (Perry, 2002). Çocukların gösterdiği bakım ihtiyacıyla ilgili sinyalleri ebeveynler önemli bir uyarıcı olarak algılayamadığından, algılasa da uyarana yanıt vermesi gerektiğini düşünmediğinden, yanıt vermesi gerektiğini düşünse bile yanıt bilmediğinden ya da yanıtı hazırlasalar bile uygulamadıklarından bu uyarılara cevap verememekte ve çocuklarını ihmal etmektedirler (Crittenden, 1993).

2.4.5.6. Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Kuramı Perspektifinden

Çocukluk Çağı Travmaları

Modern psikotravmatoloji, dissoanaliz ve dissoanalitik psikotarih kuramlarına göre, kronik çocukluk travmaları, olumsuz çocuk yetiştirme stillerinde işlev gören ve bu olumsuz çocuk yetiştirme stilleri içinde bir *"ceza aracı"* olarak neredeyse *"hapsedilmiş"* veya *"gizlenmiş"* olan dissosiyojenik tutumlar ve davranışlardır ki ilkel bir yapıya sahip olan bu davranışlar genel olarak kuşaktan kuşağa aktarılmaktadır (Öztürk, 2021b; 2022a; 2022b). Çocukluk çağı travmaları, kitlesel şiddet döngüleri, terörizm, psikotoplumsal baskılar, savaşlar, doğal afetler, mobbing, zorunlu göç, çocuk işçiliği, işkence ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri gibi çok geniş bir alanda ele alınan travmatik yaşantılar bireylerin ruhsal bütünlüğüne zarar vermekte, kesintilere sebep olmakta, örseleyici ve dissosiyojen yaşam deneyimleri içermektedir ve ayrıca kısa ve uzun vadeli *"fonksiyonel psikoterapi yaklaşımları"*, *"etkin krize müdahale programları"* ve *"başarılı önleme stratejileri"* geliştirmek için çocukluk çağı travmalarına neden olan şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin analiz edilmesi gerekmektedir (Öztürk, 2022c). Modern psikotravmatoloji paradigmaları çocukluk çağı travmalarını yanlış çocuk yetiştirme stilleri içinde *"cezalandırma aracı"* olarak primitif bir psikososyolojik patojen tutum ve davranışlar olarak ele almaktadır (Öztürk, 2020a, 2022c).

Dissoanalitik ekol ve dissoanalitik psikotarih *"psikotoplumsal bilinç tutulması"*nın etkili olduğu günümüz *"global dissosiyasyon çağı"*nda şiddet odaklı negatif çocuk yetiştirme

stilllerinin yaygın olarak benimsendiğini ortaya koymakta olup disfonksiyonel ilişki dinamiklerini, çocukluk çağı travmalarını, baskıcı sistemlerin çıkarları doğrultusunda ittifak yapma eğilimlerini, opresörlere itaat reaksiyonlarını gelişimsel birer travma olarak ele almaktadır ve bunun sonucu olarak bu travmatik yaşantılar aileden toplumlara yayılan ardışık ve kümülatif şiddet fenomenlerinin dissosiyatif temel bileşenlerle yeniden eyleme dökülmesine olanak sağlamakta, bunu da “*psikotoplumsal kutuplaşmalar*”, “*savaşlar*” ve “*soykırımlar*” aracılığı ile yapmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a). Kişilerin ve toplumların çocukluk algıları, aynı zamanda onların kendilik ve insanlık algılarıyla identik bir bağ taşımakta, kendini sabote eden travmatize bireyler ya da kitleler, yaşadıkları ve hatta kaderleri gibi algıladıkları olumsuz yaşam deneyimlerinin intikamını alırcasına, hayatlarına ve yaşamlarındaki insanlara uyguladıkları psikolojik açıdan yıkıcı davranışlarla bu travmatik geçmişi adeta yeniden üretmektedirler. Bu bağlamda, bireysel ve toplumsal düzeyde meydana gelen şiddet olaylarının temelinde, istismarcı kişilerin çocukluk dönemlerinde yaşadıkları travmatik ve dissosiyatif deneyimlerin yattığı öncül bir önemle vurgulanmaktadır (Öztürk, 2023a).

Modern psikotravmatoloji çalışmaları, kronik çocukluk travmalarının ve şiddet odaklı olumsuz çocuk yetiştirme tarzlarının hem kısa hem de uzun vadeli psikolojik sonuçlarının toplamı olan dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları temelinde yürütülmektedir ve travmatik yaşam deneyimleriyle en yakın ilişki gösteren dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, modern psikotravmatoloji uygulamalarının ana bileşenlerini ve ana psikiyatrik tanılarını oluşturmaktadır (Öztürk, 2022a). Ayrıca, kronik çocukluk çağı travmalarına bağlı olarak gelişen tüm psikiyatrik bozuklukların, travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklarla sıklıkla birlikte görüldüğü belirtilmektedir. Dissosiyatif bozuklukların, yalnızca spesifik bir tanı kategorisi içinde kalmayan, aksine, birçok psikiyatrik bozuklukla eş zamanlı olarak ortaya çıkabilen ve bu bağlamda transdiagnostik bir özellik sergileyen karmaşık bir klinik yapıya sahip olduğu da vurgulanmaktadır (Öztürk,

2024a). Toplumun gelişim odaklı davranması ancak “*çocukluğun gerçek tarihi*” ve “*çocukluk algıları*” üzerine travma ve dissosiyasyon merkezli bilimsel çalışmalar yapmasıyla imkanı olup toplumların geçmişindeki çocukluk algılarının günümüzdeki çocukluk algılarına yansımaları ve etkisini fark etmesi ancak geniş uzamlarda pozitif yönde gelişim göstermesini sağlar (Öztürk, 2023a). Günümüzde, kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının bireyin ruh sağlığı üzerindeki uzun vadeli olumsuz etkilerini saptayabilen ve bu psikolojik etkileri bilimsel yöntemlerle raporlayabilen psikotravmatoloji uzmanları ve dissoanalistler, travma çalışmalarına karşı olan, çocuk, kadın, doğa ve insan düşmanı bu ilkel akımla mücadele etmek ve çocukluk çağı travmalarından savaşımlara kadar uzanan, insanlar üzerindeki yıkıcı psikolojik etkileri etkisiz hale getirmek ya da nötralize edebilmek için çok önemli adımlar atabilmektedir (Öztürk, 2022a).

2.5. Dissosiyasyon

2.5.1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissosiyasyon genellikle travmatik bir yaşantıya karşılık bireyin duygu, düşünce, algı ve anılarına olan erişiminin azalması ya da değişmesi kökenli, altta yatan herhangi bir tıbbi bozukluğa bağlanamayan normal bilinçte meydana gelen bir durum olarak tanımlanmaktadır (Briere & Armstrong, 2007). Psikoloji, psikiyatri ve adli bilimler için önemli bir kavram olan dissosiyasyonu Nemiah (1995), kişinin stres, travma ya da tehdit edici durumlarla karşılaştığında yoğun kaygıdan kaçınmak için zihinsel süreçlerinde bölünme yaşayarak kişinin belleğinde, kimliğinde ve algısının işleyişinde ortaya çıkan bozulmalar olarak tanımlamaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği ise dissosiyasyonu “*bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrolü ve davranış bütünlüğünün bozulması veya kesintiye uğraması*” olarak tanımlamaktadır. Normalde entegre bir şekilde olan bilinç, bellek, kimlik ve çevreyi algılama işlevlerinde kesintiler ve/veya bozulmalar ortaya çıkmaktadır (APA, 2013).

Bireylerin geçmişte ya da aktüel yaşamda deneyimlediği travmatik yaşantılar karşısında dissosiyasyon olması, hayatta kalma adına deneyimlediği dissosiyasyon olağan hatta belirli ölçüde fonksiyonel bir savunma mekanizmasıdır (Öztürk, 2020a; 2022a). Dissoanalitik ekol perspektifinden dissosiyasyon bir süreç olarak değerlendirildiğinde bölünmeden öte bir bütünleşme ya da birleşme isteği ve mücadelesinin ta kendisidir, yani kişinin hem bölünmüş kendiliklerinin hem de çoklu bilinç ve bellek sistemlerinin yoğun entegrasyon çabasıdır (Öztürk, 2020a; 2021b). Öztürk, dissosiyasyonun klinik açıdan en uygun, en anlaşılabilir ve en kapsayıcı tanımını şu şekilde yapmıştır:

“Travmatik anılardan uzaklaştırıcı olağan yaşam deneyimleri olarak fonksiyon gören dissosiyasyon, tekrarlayıcı ve zorlayıcı travmatik olaylar ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri esnasında hatta hemen öncesinde ya da sonrasında bireyin kendi kimliğine olan sahiplik ve aidiyet duygusunu yitirerek hem kendine hem çevresine hem de zamana yabancılaşması, travmatik kendiliğine odaklanarak yine hem kendisiyle hem de çevresiyle zaman gözetmeden ancak mutlak gerçeklik ile tam bağını koparmadan kendi iç ve çoklu gerçeklikleri kadar çoklu kendilikleriyle de temas kurma yaşantısıdır“ (Öztürk, 2020a).

deMause (1998) kendi yaşamı boyunca gerçekleştirdiği çocuk ve toplum psikotarihi ile ilgili çalışmaları sonucunda insanlık tarihinin çocuk istismarına dayandığını ifade etmiştir. Dissosiyasyon tarihinin çocukluk çağı travmalarının tarihi kadar eski olduğunu ifade eden Öztürk (2018b), deMause (1982) gibi tarih boyunca çocukların zehir konteyneri olarak kullanıldığının altını çizmektedir. Ağır bir şekilde çocukluk çağı travması yaşayan kişilerin bu yaşantılarla tek başlarına sağlıklı bir şekilde baş etmeleri mümkün olmadığından bu kişilerin dissosiyasyon olmaları güncel hayatlarına devam etmeyi olanaklı kılmaktadır (deMause, 1998; Öztürk & Derin, 2019). Genelde travmatik durumlar karşısında kaçma, savaşıma, boyun eğme

ve donma tepkisi veren birey ilerleyen süreçlerde kronik travmalar karşısında inkâr ve dissosiyasyon mekanizmalarını da kullanabilmektedir (Öztürk, 2017; 2018a). Travmatik deneyim zihinde işlenirken gerçeklik çarpıtılabilir ancak bu durum travmatik olayın kendisi ile ilgili olmamakla birlikte travmatik olayın orijinallik algısı iptal edilemez ve çarpıtılamaz, *psikolojik özde yerli bir kopya* olarak var olmaya devam eder (Şar & Öztürk, 2007).

Cardena ve Carlson (2011) dissosiyatif yaşantıları *(a) bilinç ve davranışa istemsiz ve istenmeyen müdahalelerle eşlik eden öznel deneyimde süreklilik kaybı ve/veya (b) normalde bu tür erişime/kontrollere açık olan farkındalık, bellek veya kendini tanımlamadaki boşluklar gibi belirtilerle kendini gösteren bilgiye erişememe veya zihinsel işlevleri kontrol edememe ve/veya (c) benlik veya çevre hakkında algısal çarpıtmalar içerebilen deneyimsel bir kopukluk hissi* olarak tanımlamaktadır. Bilinçteki alterasyonları ifade etmesi açısından önem gösteren bu tanımın yanı sıra dissosiyatif bozukluk tanısı almış kişilerin hem kendileriyle hem de diğer insanlarla kurdukları iletişimde çifte, dual ya da çoklu kendilikleri etken rol oynamakta ve bu çoklu halin bir iletişim biçimine dönüştüğü ifade edilmektedir (Kluft, 1985; Öztürk, 2009).

Kişinin farkına varmadığı bu süreç aslında travmalara karşı bilinçdışı bir savunma fonksiyonu gösterse de zamanla travmatik deneyimlerin süre ve sıklık olarak artması reviktimizasyon döngüsünü güçlendirirken bölünme ve inkar kökenli psikopatolojileri yani dissosiyatif bozuklukları ortaya çıkarmaktadır (Öztürk, 2024a). Uyum sağlama niyeti ve çözüm arama çabası olan bu yeni süreç dissosiyasyon olan kişiyi yeni travma kökenli psikopatolojilere sürükleyebilir, kişi yardım alamazsa krizler meydana gelebilir ve intihar girişimlerinde bulunabilir (Öztürk, 2020a). Modern psikotravmatoloji paradigmaları ve dissoanaliz kuramı, travmatik vakalarda ya da yineleyici intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarıyla ilişkili dissosiyatif bozukluk vakalarında, ruh sağlığı uzmanlarına progresif bir misyon ve vizyon sağlayarak travma odaklı psikoterapötik müdahalelerde yol gösterici bir rol oynamaktadır (Öztürk, 2022a). Modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramının uluslararası

ve ulusal bilimsel platformlarda en önemli ve saygın isimlerinden olan Öztürk dissosiyasyon için ayrıca şöyle bir güncel tanım da yapmaktadır (Öztürk, 2022b):

“Dissosiyasyon, bireyin tekil olan bilincinin örseleyici yaşantılar ve şiddet odaklı negatif çocuk yetiştirme stilleri esnasında ya da hemen sonrasında 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 yaşantılarıdır.”

2.5.2. DSM-5’e Göre Dissosiyatif Bozukluklar

2.5.2.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB)

Kronik çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin kimliklerini yeniden yapılandırması ile yakından ilişkili dissosiyatif bozukluklarda kişi kendini kimliklendirmeye çalışırken travmalara karşı bilinçdışı bir savunma sistemi geliştirmesine rağmen kurduğu bu sistem kişinin travmatik deneyimlerinin süresinin ve sıklığının arttığı reviktimizasyon döngüsünde bölünme ve inkar olarak psikopatolojilere sebep olur (Öztürk, 2020a). DKB vakaları genelde erken çocukluk döneminde yaşanan bir istismar öyküsü bildirmektedir (Putnam, 1989; Ross, 1997). DKB’de bir kişide birden fazla kişiliğin belirmesi, beliren bu kişiliklerin kişinin yaşamına kısa ya da uzun süre hakim olması, ortaya çıkan bu kişiliklerin birbirini tanımaması ve bu kişilikler arasında birdenbire kaymalar meydana gelmesi özellikleri seyreder (APA, 2013). DSM-5’te DKB aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır (APA, 2013):

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

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

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

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

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

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

2.5.2.2. Dissosiyatif Amnezi (Unutkanlık Çözülmesi)

Dissosiyatif amnezi travmatik ve stres yaratıcı bir şekilde kişi için önemli olan bilgilerin açıklanamayacak sıradan bir unutkanlıkla hatırlanamaması olup kişi bilgilerin bellekten çağırılmasında büyük bir sorun yaşamaktadır ve ani başlaması, sürecin başında önemli bir stres faktörü olması, tam iyileşme olabilmesi ve tekrarlanma olasılığının düşük olması bu hastalığın temel özellikleridir (Steinberg, 1994). DSM-5’de dissosiyatif amnezi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, öz yaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamamadır.

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

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

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

2.5.2.3. Depersonalizasyon (Kendine Yabancılaşma)-Derealizasyon (Gerçek dışılık) Bozukluğu

Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) kişinin kendi duygularından ve deneyimlerinden kopuk hissetmesi, derealizasyon (gerçek dışılık) nesneleri, insanları ve çevreyi gerçek dışı, uzak, yapay ve cansız olarak deneyimlemesi olarak tanımlanırken bu kişiler için gerçeklik testi bozulmadan kalır (WHO, 2013). Travma, yorgunluk veya madde kullanımına yanıt olarak geçici duyarsızlaşma ya da gerçek dışılık deneyimleri nispeten yaygın olsa da (Hunter ve ark., 2004), bu semptomlardan herhangi birinin kronik olması depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu tanısına yol açabilir (Millman ve ark., 2022). Kendine yabancılaşma- gerçek dışılık bozukluğu duyuşsal bozukluklar, bedensizleşme hissi, fizyolojik veya duygusal uyuşma, çarpıtılmış zaman deneyimi, rüyadaymışlık hissi, görsel ve algısal çarpıtmalar gibi semptomlar içerir (Simeon & Abugel, 2006). DSM-5'te kendine yabancılaşma (depersonalizasyon) / gerçektışıllık (derealizasyon) tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

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

1. *Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak deneyimlediği gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi hissetmedir (örneğin; algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu ve duygusal veya bedensel uyuşma).*

2. *Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerle ilgili gerçekdışılık ya da kopukluk hissetmektir (örneğin; insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak algılanır).*

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

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

D. Bu bozukluk, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde veya bir ilaç gibi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

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

2.5.2.4. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk

Dissosiyatif bozukluklar içinde yer alan ancak tanı kriterlerini karşılamayan özellikle aktüel hayatın işlevselliğinde belirgin düşüşe neden olan süreğen dissosiyasyon durumları “Tanımlanmış Diğer bir Dissosiyatif Bozukluk” ve “Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk” olarak iki başlık altına alınmıştır. Dissosiyatif bozukluklardaki temel semptomların baskın olduğu, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iş ile ilgili veya diğer alanlarda fonksiyonelliğe zarar veren ancak psikiyatrik tanı kümesindeki bozuklukların tanı kriterlerini

tam karşılamadığı durumlarda, söz konusu semptomatoloji bu kategori kapsamında ele alınmaktadır. Tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluk kategorisi ruh sağlığı uzmanlarının dissosiyatif bozukluklardan herhangi birinin psikiyatrik tanı ölçütlerinin karşılanmadığı özel durumları tartıştığı ya da ele aldığı bir psikiyatrik tanı kategorisi olup bu psikiyatrik tanı kategorisi sıklıkla psikiyatristler tarafından tercih edilmektedir (APA, 2013). Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk tanı kategorisinde ele alınan 4 alt başlık şöyledir:

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 (örneğin; beyin yıkama, zihin denetimi, işkence, uzun bir süre cezaevinde tutuklu kalma, tarikatlara/mezheplere ya da terör örgütlerine katılma), uzun süreli kimlik değişiklikleri gösterebilmekte ya da bilinçli ve yoğun bir biçimde kimliğini sorgulayabilmektedir.
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 gibi); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ve/ya da duyusal-devinsel işlevsellikteki (analjezi ve paralizi gibi) 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 ayırmayamama ile belirlidir. Söz konusu tepkisizliğe, kişinin ayırımında olmadığı ve/ya

da denetim altında tutamadığı küçük basmakalıp devinimler (örneğin, 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.

2.5.3. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Dissosiyatif bozukluklar, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, amneziler, bilinç kesintileri, duygudurum dalgalanmaları, reviktimizasyon, öfke patlamaları, çifte depresyon, çalkantılı yakın ilişki dinamikleri ve konsantrasyon güçlüğü gibi belirtiler gösteren, çocukluk çağı travmalarının etkisiyle ortaya çıkan bir psikopatolojidir (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmaları yapılan çalışmalarla duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, psikoz ve madde bağımlılığı gibi birçok patolojinin gelişmesi ile ilgili bulunmuştur (Norman, 2012; Scott ve ark., 2019). Çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif bozukluklar için önemli bir etiyolojik faktör olduğu literatürde kanıtlanmıştır (Read & Bentall, 2012; Duhig ve ark., 2015). Şiddetli stres yaşantıları ve travmalar, dissosiyasyonun ortaya çıkmasına neden olurken, dissosiyatif bozukluklar bu yönüyle şizofreni ve bipolar bozukluklardan ayrılmaktadır; bireyin karşılaştığı stres verici olaylar sonrasında dissosiyeye olma riski taşıdığı ve dissosiyatif kimlik bozukluğunun, çocukluk çağı travmalarını en fazla bildiren tanı gruplarından biri olduğu, bu travmaların ise kronik ve gelişimsel bir stres kaynağı oluşturduğu ifade edilmektedir (Şar, 2010).

Dissosiyatif bozuklukların oluşumunda çocukluk çağı travmalarına sebep olan istismar ve ihmal (Loewenstein, 1991a; Ogawa ve ark., 1997; Şar, 2010), bağlanma problemleri (Lyons-Ruth ve ark., 2006), aile psikopatolojisi ve toplumun dissosiyeye edici etkisi (Öztürk & Şar, 2006) temel bir öneme sahiptir. Dissosiyasyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalma sonucu olarak ortaya çıkmakta, bu durumun travmalara karşı uyum sağlamaya yönelik bir tepki olduğu ve kısa vadeli bir hayatta kalma stratejisi olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Briere, 2006).

Pierre Janet, Briere ve Freud tarafından geliştirilen travma modeli de travmaya maruz kalmanın dissosiyatif kimlik bozukluğunun oluşmasında etkili olduğunu ileri sürmektedir (Dalenberg ve ark., 2012). Çocukluk döneminde, severek ve güvenerek ilişki kurulan kişi tarafından gerçekleştirilen ihmal ve istismar dissosiyatif kimlik bozukluğunun etimolojisinde önemli bir risk faktörüdür (Van der Hart ve ark., 2006). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif kimlik bozukluğu arasındaki ilişkide fiziksel ve cinsel istismar başta olmak diğer çocukluk çağı travmaları da kritik bir role sahiptir (Lewis ve ark., 1997).

2.5.4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Dissosiyatif bozuklukların görülme sıklığı, toplum tabanlı yapılan çalışmalarla %8.6-%18.3 olarak ortaya koyulmuş, dissosiyatif kimlik bozukluğunun görülme sıklığı ise %1.1-%3.1 arasında olduğu bilgisi yapılan çalışmalardan elde edilmiştir (Ross, 1991; Şar ve ark., 2007). Dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı alan bireylerin %88.5-%96 arasında fiziksel ya da cinsel istismar kökenli çocukluk çağı travması bulunmaktadır (Ross, 1997). Aynı tanıyı alan bireylerin %80-%90 arasındaki kısmı işitsel halüsinasyonlar yaşılamaktadır (Loewenstein, 1991b; Şar ve ark., 1996). Psikiyatri hastaları arasında dissosiyatif bozuklukların görülme sıklığı %4.3-%40.8 civarında, dissosiyatif kimlik bozukluğu görülme sıklığı ise %0.9-%7.5 civarında olduğu bulunmuştur (Friedl & Dajer, 2000; Ross ve ark., 2002). Klinik olarak bakıldığında dissosiyatif bozuklukların kadınlarda görülme sıklığı fazla olurken, genel popülasyonda ve ergen gruplarında cinsiyet oranları birbirine yakın çıkmaktadır (Şar, 2010).

Dissosiyatif yaşantıların sıklığı toplumdan topluma ve kültürden kültüre genellikle minimal düzeyde farklılık göstermekte olup Kuzey Amerika, Batı Avrupa, Türkiye ve Avusturalya gibi farklı coğrafi bölgelerde toplanan veriler klinik semptomların birbirleriyle benzerlik gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır. Bu vakalar dissosiyatif bozukluğu olan hastaların tüm diğer psikiyatrik bozukluklar içerisinde en yüksek çocukluk çağı travma maruziyetine sahip olduğunu ortaya koymuş, vakaların %57.1-%90.2 arasında cinsel, %57.1 oranında

duygusal, %62.9-%82.4 arasında fiziksel istismar ve %62.9 oranında ihmale uğradıkları gösterilmiştir (Lanius ve ark., 2012). Olgular, dissosiyasyonu çocukluk çağı travması, intihar eğilimi, kendine zarar verme davranışı ve ana tanıdan bağımsız olarak artmış psikiyatrik bozuklukla bir arada bulunduğunu ilişkilendirmiştir (Şarlak & Öztürk, 2018).

Ross ve arkadaşları, dissosiyatif bozuklukların toplumdaki yaygınlığını %5-%10 arasında saptamışlardır (Ross, Duffy & Ellason, 2002). Hollanda'da yapılan bir çalışma kadınların %2.9'ü, erkeklerin ise %0.7'sinin dissosiyatif patolojiye sahip olduğunu ifade ederken, Almanya ve Finlandiya'da yapılan geniş ölçekli prevalans çalışmaları genel psikiyatrik popülasyona bakıldığında yüksek düzey dissosiyatif belirtilerin ergen örneklemelerinde ortaya çıktığını ancak dissosiyasyon puanlarında cinsiyet farkı bulunmadığını ortaya koymuştur. Patolojik dissosiyasyon bildiren bireyler arasında cinsiyet dağılımında gözlemlenen farklılık, büyük ölçüde çocukluk çağı travmalarını şekillendiren ve bireylerin bu travmalara verdiği tepkileri etkileyen kültürel faktörler çerçevesinde değerlendirilebilir (Evren ve ark., 2009). Literatürde dissosiyatif bozuklukların yaygınlığına ilişkin çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Yapılan farklı çalışmalar dissosiyatif bozuklukların sıklığını klinik ve klinik dışı popülasyonlarda %0-20 civarında ifade etmekte olup, dissosiyasyonun genç yaşlarda daha sık tercih edilen bir yöntem olduğunu, yaş ilerledikçe kullanılma sıklığının azaldığını ortaya koymaktadır (Lanius ve ark., 2012; Şar, 2011). Travma sonrası stres bozukluğu, psikotraumatojik açıdan ele alındığında dissosiyatif bozuklukların bir alt kümesi olarak ele alınabileceğinden dolayı özellikle kronik travmatik yaşantıları olan nevrotik eşanlı bireylerde dissosiyatif bozukluk majör ve asıl tanı olarak değerlendirilmelidir. Diğer bir ifadeyle dissosiyatif bozukluklar travma sonrası stres bozukluğunu zaten kendi içerisinde barındırmakta hatta onu kapsamı altına almaktadır. Eşanlı nevrotik psikiyatrik hastalıklar bu bağlamda öznde kronik çocukluk çağı travmalarını ve şımartılma ya da şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini predikte etmektedir (Öztürk, 2020a; 2022a).

2.5.5. Dissosiyatif Bozuklukları Açıklayan Teoriler

2.5.5.1. Travma Sonrası Model

Travma sonrası model Colin A. Ross tarafından dissosiyatif bozuklukların özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir (Ross & Halpern, 2009). Bu modelde travmatik deneyim yaşayan çocuk tarafından kullanılan iki temel hayatta kalma stratejisi olarak “*istismarcıya bağlanma*” ve “*kontrol odağında kayma*” ele alınmaktadır. Kaos ortamı olan bir ailede büyüyen çocuk hayatta kalmak için ihtiyaç duyduğu bağlanma stratejilerinden bakım verene bağlanma veya bağlandığı kişiye karşı kendisini duygusal, fiziksel ve bilişsel olarak koruma ihtiyacı ile karşılaşmaktadır. Çocuk bu koşullar içerisinde kabul edemediği duygu ve deneyimleri dissosiyasyonla savunmasını kullanır bu da onun istismarcısına bağlanmasını sağlayabilir (Ayhan & Öztürk, 2019).

Rotter tarafından geliştirilen *kontrol odağı kavramı* kişinin olumlu ya da olumsuz yaşantıladığı durumlar nedeniyle ortaya çıkan kontrol hissinin kaybolmasına işaret etmektedir (Lao, 1957). Normal gelişimini sürdüren, özellikle 2-7 yaş aralığında bir çocuk kendini dünyanın merkezinde görür, önemli bir güce sahip olduğunu, her şeyi kontrol edebileceğini zanneder ancak çocuk travmaya maruz kaldığında dünyayı algılayış şekline göre yorumlar yapar, meydana gelen olaylarda kendini suçlayabilir ya da kötü tecrübeyi engellemek için daha iyi olması gerektiği yanılsamasına kapılabilir ancak kontrol etmeye çalıştığı durumları bu şekilde kontrol edemez, engelleyemez (Ross & Halpern, 2009).

Özel tedavi teknikleri bulunan bu modelde *direnç: normalleştirme ve savunmalarla çalışma, seslerle konuşma, içsel güvenli alan geliştirme, sistemin parçalarını bedene ve bugüne yönlendirme, sistemdeki persekütör taraflarla alyans geliştirme, içsel iletişim ve işbirliğini artırma, bugüne adapte olmaya odaklanma, “farz edelim ki” dalgası, hissetmenin iyileştirici gücü: öfke ve keder ile çalışma, deneysel terapiler, cinsel istismar ve dissosiyasyon: cinsellik*

ve cinsiyet üzerindeki etkileri, hipnozun görevi, ilaçların görevi, yatılı tedavi ve travmadan sonra hayat konuları üzerinde çalışılmaktadır (Ayhan & Öztürk, 2019).

2.5.5.2. Hilgard'ın Neodissosiyasyon Teorisi

Her zaman sık rastlanmayan, doğal olarak kendiliğinden ve insan kişiliğinin ve bilincinin tezahürleri olarak ortaya çıkan işlevsel felç ve anestezielerin histerik semptomları ve özellikle uyurgezerlik, amnezi, füğ ve çoklu kişilik gibi durumlar dissosiyasyon teorisinin ilk olarak ortaya çıkmasında etkili olan olgulardır. Hilgard'a göre eğer dissosiyasyon olma hali bilindik çağrışımsal süreçlere müdahale ya da bunların kaybı olarak değerlendirilirse, hipnoz fenomenlerinin çoğu ayrışma olarak ele alınabilir (Kirsch & Lynn, 1998). Hilgard'ın Janet'in dissosiyasyon ile ilgili zihinsel süreçlerin bilincin ana gövdesinden çeşitli özerklik dereceleriyle ayrılması olduğu ile ilgili görüşlerini de kapsayan neodissosiyasyon teorisi, zihinsel işlevlerin bilinçli zihne çıkmayan, çoğul ve örtüşen mekanizmalarla düzenlendiğini, genel olarak bilincin tekliğinin bir yanılsama olduğunu ve normal zihinsel işlevler için dissosiyatif bir yelpaze olduğunu ifade etmektedir (Hilgard, 1977; Van Der Hart & Horst 1989; Putnam, 1989).

Hipnoz altındaki kişinin tepkilerinin bilindik gösterilerinde bulunan ayrışmalara ek olarak, Hilgard neodissosiyasyon teorisini destekleyen "*gizli gözlemci*" metaforunu detaylandırmış olup özellikle hipnotik analjezik kullanılan bazı deneklerde diğer benliğin herhangi bir ağrı hissetmediği esnada aynı anda ağrının varlığını bildirebilen gizli bir gözlemcinin varlığını ima etmenin mümkün olduğunu bulmuştur (Kirsch & Lynn, 1998). Yani hipnoza yüksek derecede yanıt veren deneklerde, hipnotik prosedürlerle ağrı veya işitme azaltıldığında, hipnotik analjezik veya sağır kişilerin, o anda deneyimlenmeyen ağrının yoğunluğunun veya sesin yüksekliğinin bir düzeyde farkında olduğunu göstermiştir ve bu tür kanıtlar, bir "*yönetici ego*" tarafından bir miktar kontrol altında hiyerarşik düzenlemede alternatif bilişsel kontrol yapıları teorisine genelleştirilmiştir (Hilgard, 1977; Öztürk, 2022c). Neodissosiyasyon teorisi, hedefleri ve vurguladığı olgular bakımından klasik dissosiyasyon

teorisinden farklılık göstermektedir. Klasik dissosiyasyon teorileri kişilik veya egodaki yapısal bölünmeleri vurgulayarak hipnoz, uyurgezerlik ve histeri fenomenlerini açıklarken neodissosiyasyon teorisi zihinsel aktiviteleri veya yapıları vurgulayıp, otomatik yazma ve hissedilmeyen acıyı izleme gibi farklı aktiviteleri bu aktivitelerin eş zamanlı veya neredeyse eş zamanlı performansını açıklamak için kullanılmaktadır (Dell & O'Neil, 2010).

2.5.5.3. Yapısal Dissosiyasyon Teorisi

“*Yapısal dissosiyasyon teorisi (structural dissociation theory)*”, dissosiyasyona ilişkin klasik görüşe dayanan ve zamanla evrimleşen entegratif bir teoridir. Diğer dissosiyasyon odaklı teorilerin temel bileşenlerini birlikte ele almakta ve dissosiyasyonun netleştirilmiş tanımı, bütünleşmeyi oluşturan zihinsel eylemler, bütünleştirici eksiklikler, koşullandırma etkilerinin rolü, ayrışmada eylem eğilimlerinin ve eylem sistemlerinin doğası ve rolü ve ayrışmalı parçalar arasındaki katı ve uyumsuz etkileşimler gibi temel kavramları daha da geliştirir. Yapısal dissosiyasyon teorisi, travmayla ilişkili psikiyatrik bozuklukların tüm yelpazesinde tutarlı bir şekilde uygulanabilir ve Pierre Janet'in ilk çalışmalarında bulunan orijinal faz odaklı modelden kökenini almaktadır (Janet, 1898; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989)

Yapısal dissosiyasyon teorisi, bireylerin evrimsel olarak hazırlanmış motivasyonel, davranışsal, işlevsel, duygusal işletim sistemleri veya adaptasyonlar olarak elen alınan psikobiyolojik sistemler tarafından önemli ölçüde aracılık ve motive edildiğini, kişiliğin tüm dissosiyasyon kısımlarının da buna benzer şekilde olacağını ileri sürmektedir. Kullanılan bu sistemlerin amacı, faydalı ve zararlı deneyimler arasında ayırım yapmamıza yardımcı olmak ve sahip olunan yaşam koşullarına en iyi uyarlanabilir tepkileri üretmektir (Steele ve ark., 2005). Bazı bireyler travmatize edici bir olaya maruz kaldıktan sonra yaşadıkları bu deneyimi kişiliklerine entegre etmeyi başarır ve meydana gelen bu entegrasyon, öznel ruhsal sağlıklarını korur ve farklı zihinsel eylemleri içerir. Birey, deneyimin farklı bileşenlerini

başlangıçta bilinçdışı bir süreçle sentezleyerek duyumları, görsel ve işitsel algıları, duygusal hisleri, düşünceleri, fantezileri ve bedensel hareketleri bir bütünlük içinde birbirine bağlamak suretiyle tutarlı bir deneyim oluşturur; bu süreci takiben, olayın kendine özgü niteliklerini idrak eder ve bu idrak, zihinsel bir eylem olarak tanımlanan, “*kişileştirme*” adı verilen karmaşık bir bilişsel mekanizma aracılığıyla gerçekleşir (Janet, 1929; Van der Hart ve ark., 2006). Üçüncü olarak birey olayın geçmişte gerçekleştiğini, şimdiki zamanlarının daha gerçek olduğunu ve şimdiki zamanlarının geçmişine ve beklenen geleceğine gömülü olduğunu fark eder (van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010). Dissoanalitik açıdan yapısal dissosiyasyon teorisinden öte fonksiyonel dissosiyasyon teorisi daha etkin ve uygulanabilirliği yüksek psikoterapötik yaklaşımlar ve modeller ortaya koymaktadır (Şar & Öztürk, 2016; Öztürk, 2021b; 2022a).

2.5.5.4. Travma Merkezli Alyans Model Terapi

Ülkemizde klinik psikolog olarak yüzlerce dissosiyatif bozukluk vakasını tedavi eden, özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisi konusunda uzmanlaşarak “*terapötik alyans*” kavramını dissosiyatif ekseninde ele alan Öztürk’ün, dissosiyatif kimlik bozukluğuna özgü olarak geliştirdiği “*Travma Merkezli Alyans Model Terapi*” dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisinde ve entegrasyonunda kullanılmak üzere yapılandırılmış olup DKB’nin “*kısa dönem terapisi*” olarak ele alınabilir (Öztürk, 2018a; Zetzel, 1956). Zetzel (1956) psikoanalitik açıdan kavramsallaştırdığı terapötik ittifak (alyans) olgusunu terapist ve hasta arasındaki uyum ve iş birliği temeline oturtarak bu ilişkinin doğasını açıklamıştır. Dissosiyatif bozuklukların psikoterapisinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkan terapötik alyans ya da terapötik ittifak kurulamazsa ya da bozulursa tedavi sekteye uğrar, direnç ve sorunlarla karşılaşılabilir (Öztürk, 2021b). Terapötik alyans bozulduğunda terapist ve hasta arasındaki ilişki bozulmakta, ilişkide kopukluklar ve gitgeller yaşanmaktadır (Safran, 1993). Terapötik alyansı Bordin (1979) bir ilişki bütünü olarak görmüş, terapi içinde ortaya çıkan

görev ve tekniklerin uygulanması için terapist ve hasta arasında yapılan karşılıklı kabul ve güven bağına içeren bir anlaşma olarak ele almıştır (Soygüt, 2008). Öztürk terapötik alyansın ya da terapötik karşılıklılığın dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında host ve alter kişiliklerle olan iletişimde gerekli olduğunun önemle altını çizmektedir (Öztürk, 2017). Ross ve Halpern (2009) de düşman alterle olan iletişimde terapötik alyansın gerekliliğini ifade etmiştir.

DKB’de host kişilik ve alter kişiliklerin alyansı travmanın nötralize edilmesine odaklanarak klinik yönelimli, travma merkezli, yapılandırılmış ve stratejik krize müdahale ve entegratif bir psikoterapi yöntemi olan TMAMT psikoterapilerin yapılandırılması için “*çok odaklı terapötik alyans*”, “*kısa süreli ve etkin travma çalışması*”, “*dissosiyatif kimlik bozukluğuna özgü krizlere entegre edici müdahale ve kontrol psikoterapisi*”, “*host ve alter kişiliklerin misyonları ve stratejik işlevleri*”, “*güvensiz bağlanma ve patojen aile dinamiklerine çözüm odaklı yaklaşımlar*”, “*host ve alter kişiliklerin farklı zaman algısı ve bilişsel çarpıtmaları*”, “*entegrasyon; host üzerinden yapılan birleşmeler*” ve “*entegrasyon sonrası kendileşme psikoterapisi*” birbiriyle ilişkili sekiz evre kullanmaktadır (Öztürk, 2009b; 2018a). Her evre yaklaşık üç hafta sürmekte olup, dissosiyatif kimlik bozukluğu tedavisi yaklaşık altı ayda tamamlanmaktadır (Öztürk, 2021b). Dissoanalitik ekole göre Travma Merkezli Alyans Model Terapi, kısa dönemli olması ve krizlere çözüm odaklı yaklaşımı ile dissosiyatif bozukluklar için en çok tercih edilecek tedavi modellerinden biri olacaktır (Öztürk, 2022a).

2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı

Kendine zarar verme davranışı bilinçli bir şekilde gerçekleştirilen, vücut dokusunda hasarla sonuçlanan, doğrudan beden bütünlüğünü bozucu ve yıkıcı etkisi olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Favazza, 1998; Helvacı-Çelik & Hocaoglu, 2017; Winchel & Stanley 1991). Kendine zarar verme davranışı ile ilgili alanyazındaki tanımlarda vücudun belirli bölümlerinin zarar görmesi, davranışın bilinçli bir şekilde yapılması, tekrarlayıcı bir yapısının

olması, ölümcül olmayıp yaşamı tehdit etmemesi, ortama uyum sağlayamama durumunda ortaya çıkması ve içinde bulunulan duruma tahammül edilememesine karşın kişinin kendine yardım edebilmesi için kullandığı bir yöntem olması durumları ifade edilmektedir (Favazza, 1993). Dissoanalitik ekole göre intihar düşüncelerine engelleyici bir etki yaratan kendine zarar verme davranışları, travmatik yaşantılar ile kesintiye uğrayan kontrol odağının geri kazanılması motivasyonlu olarak gerçekleştirilmektedir (Öztürk, 2022a; 2024a).

Öztürk'e göre kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri *“bireylerin travmaları bir ihtimal olarak hesaba katamaması ve bu süreçte yardımsız kalmalarından dolayı hem kendisine hem de onu istismar eden çevresine karşı köprüden önce son çıkış niteliğindeki yardım çağrısı”*dır (Öztürk & Derin, 2021). Öztürk, travma vakalarında kullanılan inkar mekanizmalarının kendine zarar verme davranışlarına ve intihar girişimlerine ket vurduğunun altını önemle çizmektedir (Öztürk, 2021a; 2022b). Yapılan bir çalışmada kendine zarar vermenin ölüm düşüncesinden kişiyi hızlı bir şekilde uzaklaştırdığı ve intiharı önleme işlevi gördüğü belirtilmektedir (Simpson & Porter, 1981). Kendini yaralama bireye ikincil kazançlar sağlayarak çevresinden beklediği ya da talep ettiği ihtiyaçların en azından bir kısmını elde etme işlevi görebilmektedir. Bunun yanı sıra, kendine zarar verme eylemi, bireyin ait olduğu sistemin genel dengesi açısından bir düzenleyici mekanizma olarak işlev görmektedir; sistemde yolunda gitmeyen unsurlara dikkatin çekilmesi veya bu unsurlardan dikkatin uzaklaştırılması gibi amaçlara hizmet ederek karmaşık bir psikososyal dengeleme aracı olarak değerlendirilebilmektedir (Çelik & Hocaoglu, 2017).

Kendine zarar verme davranışlarının boşluk duygusu ile baş etmede kullanılan bir yöntem olduğu iddia edilmiştir (Ray, 2007). Psikolojik zorluklarla karşılaşan bireylerin kendilerine zarar vererek sıkıntılarını ve zorlayıcı duygularını azaltmayı tercih etmelerinin nedenlerine bakıldığında boşluk duygusu, depresyon ve gerçekçi olmayan duygulardan uzaklaşma, rahatlamak isteme, duygusal acıları bastırma ve boşluk duygusundan uzaklaşarak

yaşadığını ispat etme durumlarının davranışta etkili olduğu bulunmuştur (Favazza, 1996; Miller, 1994). Connors (1996), kendine zarar verme davranışının travma ile ilişkili üç temel işlevi olduğunu ifade etmektedir. Kendine zarar verme davranışı ilk olarak orijinal travmanın gerçek ya da sembolik yansımalarının kişinin bedeninde yeniden tecrübe edilmesi, ikinci olarak travma sonrası ortaya çıkan pişmanlık, öfke, kızgınlık ya da utanç gibi zorlayıcı duyguların kişinin kendine zarar vererek ifade etmesi ve son olarak kişinin benliğini kendine zarar verme yöntemiyle fizyolojik ve duygusal yönden dengeye sokma çabası olarak işlev görmektedir.

2.6.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Türleri

Simeon ve Favazza (2001) kendine zarar verme davranışını; stereotipik, majör, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme olarak dört gruba ayırmıştır. Stereotipik ya da tipik kendine zarar verme davranışı tekrar eden, ritmik, monoton, kişisel ya da sosyal bir içerikten bağımsız, çoğu zaman dürtüsel, genelde görece hafif zararı olan kendine zarar verme davranışlarını kapsar ve iradeli eylemlerin aksine biyolojik bir tarafı olan dürtüsel davranışlar olarak ele alınmaktadır (Çelik & Hocaoglu, 2017). Majör ya da neredeyse psikotik düzeyde yaşantılanan kendine zarar verme davranışları; ciddi bir yaşam tehdidi içermesi, geri dönüşü olmayan vücut hasarına yol açması ve göz çıkartma, kastrasyon, kol veya bacak kesme gibi son derece şiddetli davranışları kapsamıyla dikkat çeken bir durum olup, bu tür patolojik davranışlar genellikle psikotik bozukluklarda daha sık gözlemlenmektedir (Ocak ve ark., 2013).

Kompulsif kendine zarar verme gün içinde tekrar eden, sıklıkla ortaya çıkan, farkında olmadan ve düzenli bir şekilde saç yolma, tırnak yeme, deri kopartma ya da çizme gibi davranışları kapsar, bu davranışları yapmamak bir süre sonra kişide strese sebep olabilir ve yapmaya devam ettikçe de vücutta bozulmalar meydana gelir (Simeon & Favazza, 2001). Dürtüsel kendine zarar verme davranışlarında, kişinin agresyonunu dışa vurmak amacıyla sergilediği ve kısa süreli bir rahatlama sağlayan deriyi kesme, yakma, şekil kazıma, yaranın iyileşmesini engelleme, kendine vurma ya da iğne batırma gibi zarar verici davranışları içeren

bir durum olup, bu tür örseleyici davranışlar genellikle bireylerin kendilerini görünürde daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol altına almak amacıyla başvurdukları yöntemler ya da stratejiler arasında yer almaktadır (Çelik & Hocaoglu, 2017). Kendine zarar verme davranışları dört ana başlık altında incelenmektedir (Simeon & Hollander, 2008):

1. Tipik kendine zarar verme davranışları: Kendine vurmak, kafaya vurmak, tırnak yemek, dudak ısırma, deriyi çimdiklemek veya tırmalamak, kendini ısırma ya da saç yolma.
2. Psikotik kendine zarar verme davranışları: Kişinin kendi organlarına zarar vermesi, göz çıkarma ya da kendini kesmesi.
3. Kompulsif kendine zarar verme davranışları: Deriyi çimdiklemek, saç yolma ve tırnak yemek.
4. Dürtüsel kendine zarar verme davranışları: Kendini kesme, kendine vurma ya da kendini yakma.

2.6.2. Kendine Zarar Verme Davranışları ve Çocukluk Çağı Travmaları

1990'lı yıllardan sonra kendine zarar verme davranışı çalışmalarda önemli bir yer almış, çocukluk çağı travmaları ile arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir (Classen ve ark. 2006). Çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ihmal gibi travmatik deneyimlerin yetişkinlik döneminde meydana gelen intihar eğilimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya koyulmuştur (Martin ve ark., 2016). Çocukluk çağı istismarına maruz kalan bireylerde, kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışı ayrı ayrı da görülse, bu iki davranışın bir arada ortaya çıkma olasılığının da oldukça yüksek olduğu belirtilmekte, bu durum çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin uzun vadeli psikolojik etkilerinin ne denli derin olduğunu ortaya koymaktadır. (Bernstein ve ark., 1994). Dissosiyasyon ile yakından ilişkili olan kendine zarar verme davranışları, çocukluk çağı travmalarının duygu, düşünce ve davranış üzerinde ortaya çıkardığı olumsuz etkileri kontrol

etme çabasıyla yapılmaktadır (Polskaya & Melnikova, 2020). Dissoanalitik ekol açısından çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışlarının etken ajanıdır (Öztürk, 2020a).

Dissosiyatif bozukluklar alanında uzmanlaşmış ruh sağlığı çalışanları çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme davranışıyla yakın ilişki içerisinde olduğunu altını çizmektedir (Brand ve ark., 2019). Çocukluk çağı travmaları ve bireylerin yaşamlarını derinden etkileyen diğer travmatik deneyimler, farklı düzeylerde kendine zarar verme davranışlarının ortaya çıkmasına yol açabilmekte; bu davranışlar, dikkatsiz araç kullanma gibi dolaylı zarar verici eylemlerden, bireyin fizyolojik ihtiyaçlarını ihmal ederek sağlığını tehlikeye atmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede kendini gösterebilmektedir (Brand, Loewenstein & Lanius, 2014). Franzke, Wabnitz ve Catani (2015) ise çocukluk çağı travmaları ve kendine zarar verme davranışları arasında dissosiyasyonun aracılık etkisi gösterdiğini ifade etmektedir.

Şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri ve buna bağlı meydana gelen çocukluk çağı travmaları, travma ile ilişkisi olan nevrotik temelli bütün psikiyatrik hastalıkların ana nedenidir (Öztürk, 2024a). Klonsky ve Moyer (2008) tarafından dissosiyatif bozukluğu olan kişilere uygulanan meta analiz çalışmasında çocukluk çağı travmaları ve disfonksiyonel aile yaşantıları, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimlerinin temelindeki risk faktörleri olarak ortaya çıkmıştır. Kronik olarak tecrübe edilen çocukluk çağı travmaları kişilerin değersiz hissetmelerine sebep olmakta bu da kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına önem vermeyerek kendi bedenine zarar verici tutumlarla yaklaşım göstermesinde birincil sebep olarak ele alınmaktadır (Öztürk & Derin, 2021). Modern psikotravmatoloji ilkelerine göre çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışlarının en temel etiyolojik unsurlarından biri olup, travmatize çocuklar kendilerine zarar vererek örseleyici yaşantılarını kendileri kontrol altına almaya çalışmaktadırlar, ancak bu sadece verilen zararın artmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2022a). Dissoanalitik açıdan kendine zarar verme davranışları, travma karşısında objeleşen öznenin içsel anarşizmi olarak fonksiyon görmektedir (Öztürk, 2022b).

2.6.3. Kendine Zarar Verme Davranışları ve Dissosiyasyon

Dissoanalitik ekole göre, insanlık tarihi boyunca bireylerin ve toplumların maruz kaldığı dissosiyatif deneyim ve reaksiyonlar bu toplumların yönetilme biçimlerine, aile dinamiklerine ve çocuk yetiştirme stillerine büyük oranda yansımış olup, bu etkiler günümüzde de çeşitli şekillerde varlığını sürdürmektedir (Öztürk, 2022b). Kendine zarar verme davranışına özgü bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmamış olmakla birlikte, bu davranışın dissosiyatif bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, davranım bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların yanı sıra, özellikle sınırda kişilik bozukluğu başta olmak üzere diğer kişilik bozukluklarının seyri sırasında sıklıkla gözlemlenebildiği belirtilmektedir. (Schroeder ve ark., 2002). Kişilik bozukluklarında sıklıkla kendine zarar verme davranışı gözlenmesinin yanı sıra dissosiyatif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında bu davranışın yoğunluğunun fazla olduğu çalışmalarla desteklenmiştir (Simeon & Hollander, 2008). Kendine zarar verme davranışı bildiren vakalarda çocukluk çağı travma yaşantısının daha fazla olduğu ve bu kişilerin daha şiddetli dissosiyatif belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir (Franzke, Wabnitz & Catani, 2015).

Travma ile ilişkili bütün psikiyatrik rahatsızlıklarda kendine zarar verme davranışı ya da intihar davranışı sıklıkla gözlemlenmektedir (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakaları alter kişilikler arasında meydana gelen kontrol problemleri ile üzerlerinde hissettikleri baskıya karşı başkaldırma refleksini tecrübe etmektedirler (Öztürk & Erdoğan, 2021). Dissosiyatif bir kriz yaşayan kişinin bu esnada gösterdiği davranışlar, bu kişinin baskıyla karşılaştığında verebileceği tepkilerin itaat etme ya da etmeme durumu ile ilgili tepkisini de göstermektedir, ki bu tepki kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı ortalama uyaran düzeyiyle ilişkilidir (Öztürk, 2022b). Dissosiyatif reaksiyonlarla kendine zarar verme davranışı gösteren kişi aslında kendisini travmatik durumun nesnesi haline getiren istismarcı kişi ya da sistemlerin yaptığı örseleyici eylemleri yine kendine uygulayarak gerçekleştirmektedir (Öztürk, 2024a).

Kendine zarar verme davranışı gösteren bireylerle yapılan çalışmalar sağlıklı bireylere göre bu kişilerin daha fazla dissosiyatif belirti gösterdiğini ortaya koymuştur ve özellikle kendini keserek zarar verenlerde bu durumun yüksek olduğu görülmüştür (Tolmunen ve ark., 2008). Dissosiyatif bozukluk vakalarında hastaların büyük bir çoğunluğu travmalarıyla baş edemediklerinde kendilerine zarar verdiklerini, yaşama isteklerinin azaldığını ve intihar düşüncelerinin arttığını ifade etmektedir (Öztürk & Derin, 2021). Başka bir açıdan bakıldığında kendini yaralayan kişi ailesinden ilgi gördüğünde bunu davranışla ilişkilendirir ve davranışı sürdürme eğilim gösterebilir. Bu şekilde modelleme ile birlikte davranış gerçekleştiğinde gerginlik azalabilir ve dissosiyasyon kaybolabilir (Nock & Mendes, 2008). Kendini yaralayan ya da kendine zarar veren kişi, kanı gördüğünde dissosiyasyon genellikle sonlanır, deride kalan iz ise kişinin var olduğuna dair bir kanıt olarak işlev görebilir (Çelik & Hocoğlu, 2017).

2.6.4. Kendine Zarar Verme Davranışları ve Adli Bilimler

Dissosiyatif belirtiler kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir ve bu ilişkiler adli, klinik ve toplum üzerinde yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Matsumoto ve ark. 2005). Dissosiyasyonun kendine zarar verme davranışıyla olan ilişkisinde ve davranışın ortaya çıkmasında asıl etkili faktör olduğuna dair görüşler bulunmaktadır (Sutton, 2004). Kendine zarar verme davranışı ile adli bilimlerde önemli bir yeri olan dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişki, yetişkin klinik ve toplumsal örneklerle gösterilmiştir (Saxe ve ark., 2002). Ayrıca dissosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda kendine zarar verme davranışı öyküsü saptanmıştır (Briere & Gil 1998). Adli bilimler perspektifinden kendine zarar verme, istismarcı ya da kendine zarar vermeye zorlayan biri olduğunda ön plana çıkmaktadır, bu doğrultuda kendine zarar verme davranışları belirli bir oranda suç ile ilişkilendirilebilir (Öztürk, 2020a).

Psikiyatri, klinik psikoloji ve adli bilimlerin odaklandığı erken dönem çocukluk çağı travmalarının, buna maruz kalan çocukların yetişkinlik dönemlerinde kendine zarar verme

davranışlarıyla olan ilişkisi ortaya koyulmuştur (Öztürk, Derin & Okudan, 2020). Kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerle yapılan çalışmalar, bu kişilerin yüksek oranda çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığını ifade etmektedir (Saçarçelik ve ark., 2013; Wolff ve ark., 2014). Yoğun kaygıyı gidermek, ceza yöntemiyle rahatlamaya çalışmak, depresif duygulardan uzaklaşmaya çalışmak, yoğun acı veren duyguları yönetmeye çalışmak ve gevşemek için yapılan kendine zarar verme davranışları, çocukluk çağı travmalarını kontrol ve yönetme çabasının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Favazza & Rosenthal, 1993; Favazza, 1996).

2.7. Travma Sonrası Büyüme

Öztürk'e (2017) göre doğal afetler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırı, istismar, işkence, trafik kazaları, iş kazaları, yaşamsal tehdidi olan hastalık tanısı alınması ve tehlikeli bir olaya tanık olmak gibi yaşantılar kişinin başa çıkma mekanizmalarını ruhsal ve fiziksel açıdan olumsuz yönde etkileyen travmatik olaylardır. Travmatik olayların bireylerin yaşamı üzerindeki fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuz etkilerini ortaya koyan, sayısız araştırma ve güçlü, hatta ezici düzeyde kanıtlar mevcuttur; bu bulgular, travmanın bireyin biyolojik işleyişinden duygusal düzenlemesine ve sosyal ilişkilerine kadar geniş bir yelpazede derin izler bırakabileceğini göstermektedir; ancak bu olumsuz etkiler detaylı bir şekilde incelenmiş olmasına karşın, örseleyici yaşantıların kişi üzerinde olumlu etkiler yaratma potansiyeline yeterince dikkat edilmediği görülmektedir (Tedeschi & Calhoun, 1996). Travmatik yaşantılar, bazı bireylerde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu veya anksiyete bozukluğu gibi patolojik sonuçlara yol açarken, diğer bireylerde yaşamın anlamını yeniden değerlendirme, hayattaki önceliklerini gözden geçirme, kişisel gelişimi destekleme ve bozulan ilişkisel ağların yeniden inşası gibi olumlu değişimlere neden olabilmektedir; bu durum, travmatik deneyimlerin yalnızca bireyin psikolojik durumunu olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda dönüştürücü bir süreç başlatma potansiyeline sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Shakespeare-Finch, 2003).

Şiddetli travmatik olaylar arasında yer alan tecavüz (Burt & Katz, 1987), ensest (Silver, Boon & Stones, 1983), yas (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991), kanser (Taylor, 1983), HIV virüsü (Schwartzberg, 1994), kalp krizleri (Affleck, Tennen, & Croog, 1987), doğal afetler (Thompson, 1985), savaş (Sledge, Boydstun, & Rabe, 1980) ve soykırım (Kahana, 1992) gibi örseleyici yaşantılara maruz kalan kişilerin mücadelelerinden belirli oranda iyi sonuç alabildiklerine dair çalışmalar bulunmaktadır. Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından 1990'lı yıllarda geliştirilen travma sonrası büyüme teorisi, travma yaşayan insanların bu sıkıntılı durumdan olumlu kişisel gelişim göstererek çıkabileceğini savunmaktadır.

İnsanların hayatlarında meydana gelen sarsıcı bir kriz ya da yaşam olayından etkilenecek algılarında oluşan olumlu değişiklikler *“travma sonrası büyüme”* terimi ile ifade edilmiş olup var olan durumun travma sonrası büyüme olarak ifade edilebilmesi için olayın kendi doğasında sarsıcı bir etkisinin olması ve kişinin hayata bakışını temelden sarsması gerekmektedir (Bellizzi, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1996). Travma sonrası büyüme, bireyin travmatik bir yaşantı sonrasında yalnızca hayatta kalmayıp, aynı zamanda hayatında artan bir işlevsellik düzeyine ulaşarak, duygusal ve bilişsel süreçlerinde olumlu değişimler göstermesi ve bu süreçte yeni kişilik özelliklerini ortaya koyabilmesi ile tanımlanan bir kavramdır (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Diğer bir ifadeyle travma sonrası büyüme kavramı, travma maruziyetinden sonra kişinin hayatında daha işlevsel davranışlar göstermesi ve kendini gerçekleştirecek davranışları tercih etmesi durumlarını kapsamaktadır (Joseph & Linley, 2005).

Travma sonrası büyüme bireyin tecrübe ettiği travmatik yaşam deneyimlerinden zarar görmemeyi değil, bu örseleyici tecrübeler neticesinde meydana gelen olumlu değişimleri ifade etmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Bireylerin maruz kaldıkları psikolojik travmanın, onların hayatlarında yeniden uyumu sağlayabilmeleri için değişiklikler yapmaya neden olduğu savunulmaktadır (Coddington, 1972). Travma sonrası büyüme ile ilgili yapılan bir çalışma örseleyici yaşantıya maruz kalan kişilerin şefkat ve empati düzeylerinde artış olduğunu, bunun

da diğer kişilerle daha derin ve anlamlı ilişkiler kurmalarına yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır (Van Slyke, 2013). Travma sonrası büyüme davranışı kişilerde yaşamsal faaliyetlerde isteklilik, kişinin hayatındaki önceliklerin sırasında değişme, içsel bir güç, çevresindekilerle daha yakın iletişim kurma, karşılaştığı yeni imkanların farkına varması ve manevi gelişim olarak kendini gösterebilmektedir (Lykins ve ark., 2007)

2.7.1. Travma Sonrası Büyüme İlişkin Modeller

Travma sonrası büyüme sürecini daha iyi anlamak için çeşitli gelişim modelleri ele alınmıştır. Her insan dünyayı anlamlandırma ihtiyacından yola çıkarak dünyanın iyi, anlamlı bir yer olduğu, kişinin zarar görmeyeceği gibi bazı varsayımlar geliştirir ve bu varsayımlar yaşamın ilk yıllarında, bebeklik döneminde ebeveynle olan ilişkilerle şekillenir (Janoff-Bulman, 1989). Bireyin içsel dünyasında parçalanmaya sebep olan, kişinin olumlu inançlarını ya da pozitif düşüncelerini sorgulatan ve incinebilirliğini fark ettiren travmatik yaşantılar kişinin temel varsayımlarına zarar verir (Janoff-Bulman, Berg & Harvey, 1998) ve kişinin yaşamını yeniden değerlendirmesine neden olur (Janoff- Bulman, 2004).

1.İşlevsel-betimsel model: Modeller arasında en kapsayıcılardan biri olan işlevsel-betimsel model travma sonrası büyüme sürecini, travma öncesi ve sonrası ortaya çıkan durumların birbiriyle olan etkileşimi üzerinden kapsamlı bir şekilde açıklamaktadır (Tedeschi & Calhoun, 1995). Janoff-Bulman'ın (1989) bireylerin dünyayı anlamak için geliştirdikleri temel inanç ve varsayım sistemini esas alarak travma sonrası büyümeyi açıklayan Tedeschi ve Calhoun (2004), travmatik olayların genellikle kişinin temel inanç ve varsayımlarına zarar vereceğini, entegrasyonu kesintiye uğratacağını ve olayları anlamlandırırken kullandıkları referans şemalarının bozulacağını ileri sürmüştür.

İşlevsel-betimsel model travma sonrası büyüme kavramını bilişsel işleme ve ruminasyon ile açıklamaktadır. İnsanın dünyayı anlamlandırma süreci ve çevresi hakkında geliştirdiği inançlar, özellikle kronik çocukluk çağı travmaları gibi örseleyici yaşantıların

ardından bu inançları zorlayan bir durumla karşılaştığında ortaya çıkan bilişsel etkinliklerle şekillenmekte ve bu bilişsel etkinlikler, bireyin travma sonrası kognitif uyum sürecini açıklayan modellerde kritik bir rol oynamaktadır (Şekerli & Bilge, 2020). İnanç ve değerlerle ilgili sıklıkla tekrar eden düşüncelerin olumsuz yaşam olayı öncesi ve sonrasında kişinin dünya görüşünü yeniden inşa etmesinde yardımcı olabileceği savunulmaktadır (Wu ve ark., 2015). Ruminasyon sürecinin travma sonrası büyüme için bir risk faktörü olmasının yanı sıra (Watkins, 2008), bu konuda yapılan bir çalışmalar, travma sonrası büyüme süreci için ruminasyonun kritik bir öneme sahip olduğunu ifade edilmektedir (Linley & Joseph, 2004).

2. Kişisel gelişim modeli: Schaefer ve Moos (1998) tarafından geliştirilen bu modelde travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasında kişilerarası ilişkiler, sosyal ağlar, ekonomik durum ve aktüel hayattaki yaşam koşulları gibi çevresel etmenler ve psikolojik sağlamlık, sağlık durumu ve travmatik deneyimler gibi kişisel etmenlerin etkileşimi belirleyicidir. Bu modelde kaçınmacı baş etme ve aktif baş etme stratejileri birey tarafından kullanılmaktadır. Aktif baş etme stratejisinde kişi mantık çerçevesinde krizi analiz etmeyi, olumlu perspektiften durumu yeniden değerlendirmeyi, destek mekanizmalarını kullanmayı, kaçınmacı baş etme stratejisinde ise kişi problemin çözümünün olmadığına odaklanmayı, alternatif pekiştireçlere yönelmeyi ve duyguları optimal düzeyde dışa vurmayı kullanır (Schaefer & Moos, 1992).

2.7.2. Travma Sonrası Büyüme Davranışı ve Çocukluk Çağı Travmaları

Travma; ölüm riski ve ölüm tehdidi olan, bedensel bütünlüğün tehlikede olduğu, kişinin bizzat yaşadığı ya da şahit olduğu örseleyici yaşam olayları olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994). Çocukluk çağı travması, çocuğun ölüm riski ile karşı karşıya kaldığı, zihnen çaresiz hissettiği, savunma sistemlerini fonksiyon dışı bırakan olumsuz yaşam tecrübesidir (Terr, 1991). Cinsel, fiziksel ve duygusal istismar içeren çocukluk çağı travması yaşadığını bildiren bir grupta yapılan çalışmada itici güç, değişim araçları ve psikolojik değişiklikler temaları üzerinden incelenmiş, katılımcıların bir kısmı itici güç ile alakalı yaşama tutkusu, yaşam iradesi

ve savaşma ruhu ile ilgili değişimler bildirmiştir. Katılımcılar değişim araçları ile ilgili bu alanlarda gelişim ve değişim adına onaylanma, uyanış, özgürleşme ve ustalık nitelikleri ve manevi/dini nitelikler de aidiyet alanı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kendi ihtiyaçlarını karşılama, diğerlerinden yardım alma konusunda açık davranabildiklerini belirtmişlerdir. Psikolojik değişiklikler hususunda duyguları ifade etme, hissetme, işleme, içsel gleri tanıma konularında öz algılarında değişme görülmüştür (Sheridan & Carr, 2020). Travma sonrası büyüme ve çocukluk ağı travmaları üzerine yapılan bu araştırmanın sonucu, çocukluk ağı travmalarının her zaman bireyin yaşamında kalıcı bir hasara yol amadığı, aksine bazı durumlarda bu örseleyici deneyimlerin olumlu değişim ve gelişim süreçlerine zemin hazırlayabildiği, kişilerin travma sonrası büyüme gösterebilmesi için geçirdikleri değişim sürecinde sosyal çevreyle kurdukları iletişim, etkileşim ve bağların kritik bir öneme sahip olduğunu ortaya koymuştur (Woodward & Joseph, 2003).

Çocukluk ağı travmaları ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada olumlu yeniden çerçeveleme, kabullenme ve duygusal destek faktörlerinde anlamlı puanlar ortaya koyduğu (Mohr & Rosen, 2017), başka bir çalışmada hayatta kalma kimliği ile ilişkili olumlu değişim meydana geldiği (Sheridan & Carr, 2020) ve cinsel istismar mağduru bir grup kadın ile yapılan bir çalışmada olumsuz çocukluk ağı yaşantısına rağmen kişilerin bu durumdan kendilerini sorumlu tutmama, kabullenme ve kendilerini affederek hayatlarında olumlu yönde değişiklik yapma davranışlarının olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Hartley ve ark., 2016). Farklı bir açıdan umut teorisinde umut travma mağdurları üzerinde önemli etkiye sahip bir duygudur ve yapılan bir çalışma çocukluk ağı travması olan bir yetişkinin umut duygusu düzeyi ve travma sonra büyüme davranışlarının travmatik yaşantısı olmayan ya da daha az olan diğer bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre çocukluk ağı travması olan bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde tecrübe ettiği travmalardan sonra travma sonrası büyüme davranışı gösterme olasılığı düşmektedir (Creamer ve ark., 2009).

2.7.3. Travma Sonrası Büyüme ve Dissosiyasyon

Travmatik yaşantılar ve bunların neden olduğu travma sonrası stres bozukluğu, sınırdaki kişilik bozukluğu, kronik çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olan dissosiyatif bozukluklar, örseleyici yaşantıların nötralize edilmesi, travmatizasyon, reviktimizasyon ve travma sonrası büyüme ile ilişkili olup birbirinden farklı dinamikler olarak fonksiyon göstermektedir (Öztürk, 2020a). Travma sonrası büyüme ve gelişme travmaya maruz kalan kişinin tecrübeleri ve psikoterapi sayesinde kurulan terapötik ittifakın desteğiyle sağlanmasının yanı sıra *“travmanın nötralize edilmesi”*, travma sonrası büyüme fenomeninin ortaya çıkması noktasında önemlidir (Öztürk, 2018a). Travma mağduru kişiler, deneyimledikleri örseleyici yaşantılarının dayanılamayacak düzeydeki acılarından kurtulabilmek için kullandıkları dissosiyasyonu kronik bir şekilde kullanarak reviktimizasyon döngüsünden çıkmakta zorluk yaşamakta ve bu dissosiyatif savunmalar sonucu geliştirdikleri beklentiler nedeniyle travmayı metabolize etmeyi başaramamaktadır (Classen, Koopman & Spiegel, 1991).

Dissosiyasyon, travma sonrası büyümenin dinamiklerini anlamada önemli bir ölçüt olarak değerlendirilebilir. Bu konu ile ilgili araştırmalar, özellikle cinsel istismar mağdurlarının, yaşadıkları yoğun duygusal acılarla başa çıkabilmek için dissosiyasyonu sıklıkla bir savunma mekanizması olarak kullandığını ve bu durumun travmatik deneyimlerin işlenmesini zorlaştırabileceğini ortaya koymaktadır (Lahav, Bellin & Solomon, 2016; Lahav, Ginzburg & Spiegel, 2020). Travma mağdurlarının yaşantılarından ötürü düşünce ve inanç sistemleri olumsuz etkilendiğinden ve bilinç, bellek, kimlik ve algılayış noktalarında parçalanma yaşadığından mağdur kişi reentegrasyon çabasında olup, kendilerine ve dünyaya *“bütüncül”* bir perspektifle bakma ihtiyacı duymaktadır ki bu ihtiyaç travma sonrası büyüme ve yaşamındaki olumlu değişiklikler olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, 2020a). Ancak mağdur travmatik yaşantıyı zihinsel olarak uzaklaştırmak için dissosiyasyonu kullandığında yeniden birleşme süreci başarısız olmakta, bu durumda travma sonrası büyüme olumlu değişim

yansıması olarak değil travmanın sindirilmemesi ve metabolize edilememesi olarak yanlış inançlarla birlikte karşımıza çıkmaktadır (Lahav, Bellin & Solomon, 2016).

Dissosiyasyonun travma sonrası büyümeye eşlik etmediği durumlarda, bireylerin olumlu sonuçlara ulaşma olasılığı artarken, dissosiyasyonun bu süreçte dahil olduğu durumlarda ise genellikle uzun vadeli olumsuz etkilerle karşılaşabilmektedir. Savaşa maruz kalmış ve esirlik yaşamış kişilerle yapılan bir çalışmada travma sonrası büyüme bildiren esirlerin yüksek şiddette dissosiyasyon yaşadığı, kendilerine ve dünyaya yönelik yanlış algı ve inançlarla işlenmiş olan dissosiyatif bir sistem kurdukları görülmüştür (Frankel & O'Hearn, 1996). Dissosiyatif inançlara travma sonrası büyüme eşlik ettiği bazı durumlarda travmanın yeniden işlenmesi mümkün olmamakta ve hatta cinsel reviktimizasyon riskini artıran baş etme stratejileri uygulamaya koyulabilmektedir (Messman-Moore, Brown & Koelsch, 2005). Dissosiyasyonla yakından ilişkili olan travma sonrası büyüme, dissoanalitik ekol açısından ele alındığında bireylerde reviktimizasyon riskini ortaya çıkartabilmektedir (Öztürk, 2022a).

2.7.4. Travma Sonrası Büyümenin Uzun Dönemli Psikolojik Yansımaları

Dissoanalitik açıdan olumsuz yaşam deneyimleri birbirine dönüşebilen maladaptif ve adaptif komplike hatta dual psikojen süreçlerle karakterizedir. Travma sonrası büyüme deneyimleyen öznde dissosiyatif yaşantılar arttığında sıklıkla reviktimzasyon da ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2022a). Travma sonrası büyüme davranışı gerçekleştiğinde bazı değişiklikler görülmektedir. Kişi üzerinde algılanan faydaların üç kategorisi tanımlanmıştır; bunlar benlik algısındaki değişiklikler, kişilerarası ilişkilerdeki değişiklikler ve yaşam felsefesindeki değişikliklerdir (Tedeschi & Calhoun, 1996). Benlik algısındaki değişiklikler, mağdurun hissettiği çaresizlik ve gelecekte karşılaşabileceği olası zorluklarla kendine olan güveni sayesinde baş edebilmesini; kişilerarası ilişkilerdeki değişiklikler, mağdurun duygularını ifade etme, merhamet gösterme ve diğer insanlarla kurduğu bağları güçlendirmesini; yaşam felsefesindeki değişiklikler ise, kişinin hayatındaki öncelikler ve

yaşamın takdir edilmesi, dinsel anlamda değişim, varoluşsal durumlar ve anlam duygusunu kapsamaktadır (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998).

1. Benlik algısındaki değişiklikler: Travma yaşantılarının, kişilerin özgüveni hakkında çok fazla bilgi sağladığı, yalnızca zor durumlarda sahip oldukları yeterlilik konusundaki öz değerlendirmeleri değil, bu yaşantıların aynı zamanda kişinin deneyimlediği zorluklarla iddialı bir şekilde başa çıkma olasılığını da önemli ölçüde etkilediği görülmektedir (Tedeschi & Calhoun, 1996). Travmayla başa çıkan kişiler genellikle daha güçlü oldukları şeklinde bir öz yargıya varırlar (Thomas, DiGiulio ve Sheehan, 1991). Travma sonrası büyümenin önemli sonuçlarından biri travma kurbanı olan kişinin benlik algısının travmadan etkilenen birine geçiş yapmasıdır ki hayatta kalma etiketi sıklıkla bu aşamada travma mağduruna özel bir statü ve güç sahibi olduğu fikrine yönlendirmektedir (Tedeschi, 1999).

2. Kişilerarası ilişkilerdeki değişiklikler: Travmatik olaylarla karşı karşıya kalan insanların örseleyici olayların sonuçlarının tartışılmasına duydukları sürekli ihtiyaç, bu kişilerin daha önce olduğundan daha fazla kendini açma davranışı göstermelerine sebebi olabilir (Tedeschi & Calhoun, 1996). Kendini paylaşım yapmaya açık hale getirmeden sonra kişinin çevresindeki destek ağı farklı tepkiler gösterse bile bu davranış travmaya maruz kalan kişiye yeni davranışlar deneme fırsatı sağlamaktadır (Dakof ve Taylor, 1990). Kırılganlığının farkına varan kişi daha fazla duygusal ifade kullanarak, yardım kabul etmeye istekli bir şekilde öncesinde görmezden geldiği sosyal desteklerden faydalanmaya başlayabilmektedir. Sosyal ilişkilerdeki bu ilerleme diğer insanlara karşı daha duyarlı olmak ve ilişkilerin iyileşmesi için çaba göstermekle yakından ilişkilidir (Collins ve ark., 1990).

3. Yaşam felsefesinde değişim: Travmatik olaylar buna maruz kalan ve kurtulan kişide yaşamla ilgili temel varsayımları açığa çıkarır. Bu varsayımlar varoluşsal değişikliklerdir ve travma sonrası büyüme olarak değerlendirilebilmektedir ancak büyüme olarak ele alınsa bile bu durumlar maruz kalan kişi tarafından yaşamın anlamı, amacı ve ölüm ile ilgili düşünceleri

beraberinde getirdiği için her zaman hoş karşılanmaz (Yalom & Lieberman, 1991). Travma ve sonrasındaki yaşantı anlam farkındalığı, kişinin duygusal olarak rahatlamasını, kişinin yaşamla ilgili temel varsayımlarını değiştirmesini sağlayabilir ve yeni bir yaşam felsefesi benimsemesine yol açabilir (Janoff-Bulman, 1992). Travmadan sonra kırılganlıklarıyla yüzleşen kişi yaşam için yeni bir şansı olduğunu, zamanını boşa harcamaktan kaçınması gerektiğini bilir, kendisine ikinci bir şans verildiğini düşünerek hareket ettiğinde yaşam önceliklerinde değişikliklerle karşılaşabilir ve tüm bu süreçleri kendi lehine ve fonksiyonel bir hale dönüştürebilir (Öztürk, 2024a; Tedeschi, 1998).

Dissoanalitik perspektiften travma sonrası büyüme Öztürk'ün geliştirdiği "*Kendileşme Psikoterapisi*" kapsamında çalışılan temel fenomenlerden biridir. Kendileşme psikoterapileri, travmatik yaşantıların nötralizasyonuna; tüm olumsuz yaşam deneyimlerine rağmen kişinin en iyi kendisi olabilmesine ve potansiyellerini hatta yaratıcılığını optimal düzeyde kullanabilmesine odaklıdır! Aktüel hayatın dissosiyasyonunun eşlik ettiği optimal bir travma sonrası büyüme birey adına mesafe ve ayar sorunlarının ortadan kalkmasına yol açarken psikoterapisi tamamlanmamış yüksek düzeyde dissosiyatif yaşantıları bulunan bireylerin ise reviktimizasyon döngülerine hapsolmalarına neden olabilir ki bu süreç varolan psikopatolojileri daha da şiddetlendirmektedir. Travma sonrası büyümenin optimal düzeyde yaşantılanması onların kendileşmeleri, özfelsefelerini fark etmeleri ve yaşamlarının kontrolünü kendi ellerine almaları yöneliminde büyük adımlar atmalarını imkanı kılacaktır. Bu bağlamda psikoterapi seanslarında self sabotajın azaltılması, kendiliğin assosiyatif fonksiyonlarının iyileştirilmesi, maladaptif eylemlerin adaptif eylemlere evrilmesi, obje rolünden özne rolüne geçilmesi ve ruhsal entegrasyonun sağlanması amacıyla travma sonrası büyümenin hem çalışılması hem de analiz edilmesi oldukça önemlidir ki bu süreç bireyin örseleyici yaşam olaylarını nötralize etmesini sağlayarak olumlu yeni bir yaşam fazına girmesinde ve kendi olabilmesinde gelişimsel katkılar sağlayacaktır (Öztürk, 2023b; 2024a; 2024b).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu yüksek lisans tez çalışmasında bağımlı değişkenlerin, bağımsız değişkenlere göre hangi ölçüde farklılaştığını tespit edebilmek için korelasyonel araştırma deseni kullanılmıştır. Korelasyonel araştırma desenlerinden biri olan ilişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2014). Söz konusu amaç doğrultusunda iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkilerin araştırılması adına korelasyonel analizler uygulanmıştır. İlişkisel tarama modeli ekseninde yapılandırılan yüksek lisans tezimizde değişkenler arasındaki korelasyon değerlerine bakılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni, İstanbul'da yaşayan ve en az 1 yıldır evli olan çiftlerdir. Araştırmanın örneklemi ise İstanbul'da yaşayan ve 1 yıldan fazla süredir evli olan en az 102 evli çift oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla Giner-Sorolla ve arkadaşlarının (2024) önerdiği üzere, MedPower (Kenny, 2017) kullanılarak önsel bir güç analizi yapılmıştır. Küçük-orta etki büyüklüğü ($r=,19$) elde etmek için %80 güç hedeflendiğinde, katılımcı sayısının en az 75 olması ve bu bağlamda, en az 75 evli çift ulaşılması gerektiği görülmüştür. Araştırma evreninin geniş bir kitleden oluşması sebebiyle, çalışmanın örnekleme ulaşma ve verilerin toplanması için *“kolayda örnekleme yöntemi”* kullanılmıştır. Kolayda örnekleme yöntemi, araştırmacının fikirleri doğrultusunda, zamanı etkili kullanarak verilere hızlı bir şekilde ulaşmak amacıyla kullandığı bir örnekleme çeşididir (Karasar, 2014). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu, 2023/498 No, 15.12.2023 tarihli kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmanın verileri 01.01.2024 ve 01.10.2024 tarihleri arasında yüz yüze ve online olarak toplanmıştır. Çalışmanın temel amacı doğrultusunda belirlenen dışlama kriterleri;

- 1 yıldan az bir süredir evli olmak ve
- Veri toplama araçlarının uygulanmasına engel teşkil eden fiziksel ya da psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmaktır.

Dahil etme kriterleri ise;

- En az 1 yıldır evli olmak ve
- İstanbul ilinde ikamet etmektir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda; Kişisel Bilgi Formu: katılımcıların demografik bilgilerini tespit etmek üzere, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ): bireylerin 20 yaşından önce deneyimledikleri çocukluk çağı travmalarını belirlemek, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES): erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile yakından ilişkili olan dissosiyatif yaşantıları değerlendirmek, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE): travma sonrası olumlu değişimleri ölçmek ve Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE): kendine zarar verme davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı ve danışmanı tarafından ilgili literatür göz önünde bulundurularak oluşturulan; örneklemimize dair temel amacımız ekseninde detaylandırılan bu formda katılımcıların yanıtlaması için; cinsiyet, yaş, eğitim ve çalışma durumu, evlilik süresi, evlilik öncesi tanışma süresi, evlenme biçimi (görücü usulü, anlaşılarak, vb.), evlilik yaşı, kaçınıcı evlilik olduğu, eş ile ilişki düzeyi (kötü-orta-iyi), çocuk varsa ilişki düzeyi (kötü-orta-iyi), anne ile ilişki düzeyi (kötü-orta- iyi), baba ile ilişki düzeyi (kötü-orta-iyi), psikiyatrik tanı durumu, psikolojik destek durumu ve adli sicil kaydı gibi çeşitli konulara ilişkin toplam 28 likert tipte soru hazırlanmıştır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Orijinal adı “*Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*” olan ölçek Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bir öz bildirim ölçeğidir ve katılımcıların geçmişe yönelik yaşantılarına dair sorular içermektedir. 5’li likert tipinden oluşan ölçekte 28 madde vardır. Katılımcılar her bir maddeyi 5’li Likert tipi ölçek üzerinde (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) derecelendirmektedirler. Ölçeğin çocukluk çağı travmaları ile ilişkili beş alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmal şeklindedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında (Şar ve ark., 2012) iç tutarlılığı ölçmek için Cronbach Alpha ve yarım test (Guttman formülü) yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alpha değeri çalışmada tüm katılımcılardan oluşan grup için (n=123) 0,93 olarak bulunurken, Guttman yarım test katsayısı ise ,97 olmuştur ve ölçeğin kesme puanı 35’tir (Öztürk, 2024a). Bu güvenirlik ve geçerlik çalışmalarına bakıldığında CTQ’nun Türkiye örneklemini için güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edebileceğini göstermektedir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri ,85 olarak tespit edilmiştir.

3.3.3.Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Dissosiyatif yaşantıların sıklığını ve şiddetini ölçmeye yarayan 28 soruluk 11’li likert derecelendirmeli ve öz bildirim tipi bir ölçektir. Yargıç, Tutkun ve Şar tarafından 1995 yılında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)’nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekten alınan toplam puanın aritmetik ortalaması, DES skorunu vermektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalar ile ortalama toplam puanı 25 veya 30’un üzerinde olan vakalarda dissosiyatif bozukluk bulunma ihtimali yüksek olarak belirlenmiş ve araştırmanın kesme

puanının 25 ya da 30 olarak kullanılması önerilmiştir (Aydemir & Köroğlu, 2000; Öztürk, 2020a). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı bu çalışmada Cronbach alfa ,95 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri

Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen ve Bildik ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri kendine zarar verme davranışlarını değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır; davranışlar ve işlevler. “0 = hiç uygun değil” ile “2= çok uygun” aralığında değerlendirilen üçlü likert tipindedir. Ölçeğin ikinci bölümü olan “işlevler” kendi içinde “otonom işlevler” ve “sosyal işlevler” olmak üzere 2'ye ayrılmış olup 39 sorudan oluşur. Ölçeğin davranışlar bölümünün iç tutarlılık katsayısı ,79 olup; işlevler toplamı ,93, otonom işlevler için ,81 ve sosyal işlevler için ,86 olarak bulunmuştur.

3.3.5.Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 21 maddeden oluşmakta ve 0 (bu değişikliği yaşamadım) ve 5 (bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Bu ölçekten alınan yüksek puan travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğine işaret etmektedir. Travma Sonrası Büyüme Envanteri beş faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler; başkaları ile ilişkiler, yeni fırsatlar, kişisel güçlülük, manevi değişim ve yaşamı takdir etmedir. Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan (2000)'ın çalışmasına göre ölçeğin iç tutarlılığı .90'dır. Çeşitli Türkçe formları olan ölçeğin Türkçe'ye çevirisi Kılıç tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçekteki iki madde Türkçe'ye çevrildiğinde hemen hemen aynı şeyleri ifade ettiklerinden Türkçe formda orijinal formda iki maddede sorulan soru tek bir madde olarak sorulmuştur. Ayrıca Kılıç (2005) ölçeğin Türkçe formunda cevapların ortada toplanmasını engellemek için

ve seçim kolaylığı sağlaması için 6'lı Likert tipi derecelendirme yerine 4'lü Likert tipi derecelendirmeyi (0=uygun değil, 1= biraz, 2= oldukça, 3=çok) tercih etmiştir.

3.4. İstatistiksel Analiz

SPSS 26.0 istatistik programının kullanıldığı yüksek lisans tez çalışmamızda elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek adına çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiş ve her iki değer ± 3 sınırlarında olması beklenmiştir (Gürbüz & Şahin, 2018). Verilerimizin ± 3 sınırlarında dağılım gösterdiği ortaya çıktığı için karekök transformasyon işlemi gerçekleştirilmemiştir. Ayrıca Gürbüz & Şahin (2018), istatistiksel analiz yapılmadan önce her bir gruptaki katılımcı sayısının 30 ve üzeri olması durumunda, verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmasının zorunlu olmadığını belirterek, ilgili verilerin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilmesi gerektiğini önermiştir. Araştırmadaki sıklık verileri için frekans ve dağılım analizleri ile deskriptif analizler, gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkilerin yönü ve gücünü saptamak için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin anlamlılık düzeyleri $p < ,05$ veya $p < ,01$ değerine göre belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Regresyon Analizi, değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisini belirlemek için ise Hayes'in 4. Aracılık analizi kullanılmıştır.

Yüksek Lisans tez çalışmamızdaki grupları Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) açısından karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Evli çiftler üzerinde çocukluk çağı travmalarının, alt boyutlarının, dissosiyatif yaşantıların, kendine zarar verme davranışlarının ve travma sonrası büyüme alt boyutu olan başkalarıyla ilişkilerde değişim üzerindeki yordayıcı etkilerine ilişkin standart çoklu regresyon analizleri yapılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo I. Katılımcı Sayısı ve Yaş Ortalamaları

	Kadın	Erkek	Toplam
N	102	102	204
Ort.	36,48	38,84	37,66

Tablo I’de katılımcıların sayısı ve yaş ortalamalarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Çalışmaya katılan 102 kadın ve 102 erkek bulunmaktadır. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 36.48, erkek katılımcıların yaş ortalaması ise 38.84’tür.

Tablo II. Katılımcıların Demografik Özellikleri

			Kadın	Erkek	Toplam
Eğitim Durumu	İlkokul	N	3	4	7
		%	1,5	2,0	3,4
	Ortaokul	N	4	3	7
		%	2,0	1,5	3,4
	Lise	N	12	22	34
		%	5,9	10,8	16,7
	Lisans	N	57	48	105
		%	27,9	23,5	51,5
	Lisansüstü	N	26	25	51
		%	12,7	12,3	25,0
İş Durumu	Çalışıyor	N	83	96	179
		%	40,7	47,1	87,7
	Çalışmıyor	N	19	6	25
		%	9,3	2,9	12,3
Meslek	Kamu Personeli	N	22	15	37
		%	10,8	7,4	18,1
	Eğitimci	N	15	16	31
		%	7,4	7,8	15,2
	Sağlık Personeli	N	28	8	36
		%	13,7	3,9	17,6
	Mühendis/ Teknisyen	N	3	13	16
		%	1,5	6,4	7,8
	Muhasebe	N	4	9	13
		%	2,0	4,4	6,4
	Serbest Meslek	N	0	12	12
		%	0,0	5,9	5,9
	Diğer	N	17	28	45
		%	8,3	13,7	22,1
	Çalışmıyor	N	13	1	14

		%	6,4	0,5	6,9
	11402-30000	N	10	11	21
	TL	%	4,9	5,4	10,3
	30001-50000	N	19	21	40
	TL	%	9,3	10,3	19,6
	50001-75000	N	27	26	53
	TL	%	13,2	12,7	6,0
	75001 ve	N	46	44	90
	üstü TL	%	22,5	1,6	44,1

Tablo II’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelere yer almaktadır. Yüksek lisans tez çalışmamıza katılan katılımcıların 7 (%3,4)’si ilkokul, 7 (%3,4)’si ortaokul, 34 (%16,7)’ü lise, 105 (%51,5)’i lisans ve 51 (%25,0)’i ise lisansüstü mezundur. Katılımcıların 179 (%87,7)’u çalışırken, 25 (%12,3)’i ise çalışmamaktadır. Katılımcıların 37 (%18,1)’si kamu personeli, 31 (%15,2)’i eğitimci, 36 (%17,6)’sı sağlık personeli, 16 (%7,8)’sı mühendis/teknisyen, 13 (%6,4)’ü muhasebe personeli, 12 (%5,9)’si serbest meslek mensubu, 45 (%22,1)’i diğer grubunda ve 14 (%6,9)’ü ise çalışmamaktadır. Katılımcılarımızın 21 (%10,3)’i 11402-30000 TL, 40 (%19,6)’ı 30001-50000 TL, 53 (%26,0)’ü 50001-75000 TL ve 90 (%44,1)’i ise 75001 TL üzeri aylık gelire sahiptir.

Tablo III. Katılımcıların Psikolojik Destek ve Psikiyatrik Tanı Durumları

			Kadın	Erkek	Toplam
Psikolojik Destek Durumu	Evet	N	30	18	48
		%	14,7	8,8	23,5
	Hayır	N	72	84	156
		%	35,3	41,2	76,5
Psikiyatrik Tanı	Evet	N	12	6	18
		%	5,9	2,9	8,8
	Hayır	N	90	96	186
		%	44,1	47,1	91,2

Tablo III’te katılımcıların psikolojik destek alma ve psikiyatrik tanı alma durumlarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelere yer almaktadır. Çalışmamıza katılan katılımcıların 48

(%23,5)'i psikolojik destek almışken, 156 (%76,5)'sı ise psikolojik destek almamıştır.

Katılımcıların 18 (%8,8)'i psikiyatrik tanı almış, 186 (%91,2)'sı ise psikiyatrik tanı almamıştır.

Tablo IV. Katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Frekansları

			Kadın	Erkek	Toplam
KZVD sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?	Hiç	N	2	1	3
		%	1,2	0,6	1,8
	Evet	N	29	29	58
		%	17,3	17,3	34,5
	Bazen	N	29	29	58
		%	17,3	17,3	34,5
	Hayır	N	23	26	49
		%	13,7	15,5	29,2
Toplam		N	83	85	168
		%	49,4	50,6	100,0
KZVD sırasında yalnız mı olursunuz?	Hiç	N	1	1	2
		%	0,6	0,6	1,2
	Evet	N	39	27	66
		%	23,2	16,1	39,3
	Bazen	N	32	37	69
		%	19,0	22,0	41,1
	Hayır	N	11	20	31
		%	6,5	11,9	18,5
Toplam		N	83	85	168
		%	49,4	50,6	100,0
KZVD dürtüsü oluşuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz ?	Hiç	N	2	2	4
		%	1,2	1,2	2,4
	1 saatten az	N	68	66	134
		%	40,5	39,3	79,8
	1-3 saat arasında	N	9	12	21
		%	5,4	7,1	2,5
	3-6 saat arasında	N	1	1	2
		%	0,6	0,6	1,2
	6-12 saat arasında	N	2	0	2
		%	1,2	0,0	1,2
	1 günden fazla	N	1	4	5
		%	0,6	2,4	3,0

Toplam		N	83	85	168
		%	49,4	50,6	100,0
KZVD sona erdirmek ister misiniz?	Hiç	N	2	2	4
		%	1,2	1,2	2,4
	Evet	N	66	70	136
		%	39,3	41,7	81,0
	Hayır	N	15	13	28
		%	8,9	7,7	16,7
Toplam		N	83	85	168
		%	49,4	50,6	100,0

Not: KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

Tablo IV’te katılımcıların Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri frekansları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların 58 (%34,5)’i acı çekerken, 58 (%34,5)’i bazen acı çekmektedir. Kendine zarar verme davranışı gösteren 49 katılımcı (%29,2) ise acı çekmediklerini ifade etmektedir. Katılımcıların 66 (%39,3)’sı yalnız olmayı tercih ederken, 69 (%41,1) ’u ise bazen yalnız olduklarını ifade etmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (yaklaşık %80,0) dürtü olduğundan bir saatten az sürede eyleme geçmektedir. Katılımcıların 136 (%81,0)’sı kendine zarar verme davranışını sona erdirmek isterken, sadece 28’i (%16,7) bu davranışa devam etmek istemektedir.

Tablo V. Katılımcıların Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyutu Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort	SS	t	p
CTQ	Kadın	102	34,38	10,26	-1,118	,265
	Erkek	102	35,93	9,52		
DİS	Kadın	102	6,82	3,02	,335	,738
	Erkek	102	6,70	2,39		
FİS	Kadın	102	5,53	1,91	-1,692	,092
	Erkek	102	6,07	2,59		
FİH	Kadın	102	6,77	2,45	1,690	,093
	Erkek	102	7,43	3,07		
DİH	Kadın	102	9,83	4,30	1,299	,196
	Erkek	102	10,62	4,32		
CİS	Kadın	102	5,42	1,35	2,152	,033
	Erkek	102	5,12	,47		

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

Tablo V’te katılımcıların cinsiyete göre CTQ toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Katılımcılardan kadınların CTQ toplam puan ortalaması 34,38, erkeklerin CTQ toplam puan ortalaması 35,93, kadınların DİS puan ortalaması 6,82, erkeklerin DİS puan ortalaması 6,70, kadınların FİS puan ortalaması 5,53, erkeklerin FİS puan ortalaması 6,07, kadınların FİH puan ortalaması 6,77, erkeklerin FİH puan ortalaması 7,43 kadınların DİH puan ortalaması 9,83, erkeklerin DİH puan ortalaması 10,62, kadınların CİS puan ortalaması 5,42 ve erkeklerin CİS puan ortalaması ise 5,12’dir. Sadece cinsel istismar alt boyutunda istatistiksel açıdan cinsiyet göre anlamlı bir fark tespit edilmiş olup [$p < ,05$], kadınların ortalama puanı 5,42, erkeklerin ortalama puanı ise 5,12’dir, bu da kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel istismar bildirdiğini göstermektedir.

Tablo VI. Katılımcıların Cinsiyete Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort	SS	T	p
BAD	Kadın	102	33,46	11,91	3,058	,003
	Erkek	102	27,75	14,51		
YFD	Kadın	102	18,22	7,36	2,390	,018
	Erkek	102	15,51	8,72		
BİD	Kadın	102	11,07	5,88	2,294	,023
	Erkek	102	9,09	6,35		

Not: BAD: Benlik Algısında Değişim; YFD: Yaşam Felsefesinde Değişim; BİD: Başkalarıyla İlişkilerde Değişim

Tablo VI’da katılımcıların cinsiyete göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri alt boyutları puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Buna göre BAD, YFD ve BİD alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmaktadır [$p < ,05$]. Katılımcılardan kadınların BAD puan ortalaması 33,46, erkeklerin BAD puan ortalaması 27,75, kadınların YFD puan ortalaması 18,22, Erkeklerin YFD puan ortalaması 15,51, kadınların BİD puan ortalaması 11,07, erkeklerin BİD puan ortalaması 9,09’dur. Kadınların Travma Sonrası Büyüme Envanteri tüm alt boyutlarının toplam puan ortalaması, erkeklere oranla istatistiksel açıdan daha yüksek [$p < ,05$] bulunmuştur. Bu da kadınların erkeklere göre daha fazla benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim gösterdiğini ifade etmektedir.

Tablo VII. Katılımcıların Cinsiyete Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Toplam Puanlarının Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Katılımcı	N	Ort	SS	t	p
KZVDDE	Kadın	102	10,65	10,21	,031	,975
	Erkek	102	10,60	11,90		

Not: KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Tablo VII’de katılımcıların cinsiyete göre KZVDDE toplam puan ortalamaları, standart sapmaları ve bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Kadınların KZVDDE puan ortalaması 10,65, erkeklerin KZVDDE puan ortalaması ise 10,60’tır. KZVDDE toplam puan ortalamalarında kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır [$t = ,031$; $p = ,975$].

Tablo VIII. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanına Göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları Toplam Puanları ve Kendine Zarar Verme Davranışı Envanteri Toplam Puanlarının Ortalamalarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Ölçek	N	Ort	SS	t	p
KZVDDE	CTQ 35 Altı	101,00	9,47	9,92	-1,58	0,12
	CTQ 35 ve Üstü	82,00	12,05	12,23		
BAD	CTQ 35 Altı	119,00	31,23	13,06	0,79	0,43
	CTQ 35 ve Üstü	84,00	29,69	14,25		
YFD	CTQ 35 Altı	119,00	17,51	7,81	1,36	0,17
	CTQ 35 ve Üstü	84,00	15,93	8,60		
BİD	CTQ 35 Altı	118,00	10,83	5,91	2,08	0,04
	CTQ 35 ve Üstü	83,00	9,00	6,44		
DES	CTQ 35 Altı	120,00	16,86	5,40	-5,38	0,00
	CTQ 35 ve Üstü	84,00	26,64	16,03		

Not: BAD: Benlik Algısında Değişim; YFD: Yaşam Felsefesinde Değişim; BİD: Başkalarıyla İlişkilerde Değişim; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo VIII’de katılımcıların CTQ kesme puanına göre Travma Sonrası Büyüme Envanteri alt boyutları toplam puanları, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri toplam puanları ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarının bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Buna göre benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve kendine zarar verme davranışı ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Başkalarıyla ilişkilerdeki değişim ölçeğinde CTQ 35 üstü alan grup ile CTQ 35 altı alan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır [$p < ,05$]. CTQ 35 üstü alan grup, CTQ 35 altı alan gruba göre başkalarıyla ilişkilerde daha

düşük bir değişim göstermektedir. DES, CTQ 35 üstü alan grup ile CTQ 35 altı alan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir [$p < ,05$]. Buna göre CTQ 35 üstü alan grup daha fazla dissosiyatif yaşantıya sahiptir.

Tablo IX. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kesme Puanlarına Göre Frekansları

Ölçekler			Kadın	Erkek	Toplam
CTQ	CTQ 35 altı	N	63	57	120
		%	53	48	58,8
	CTQ 35 ve üstü	N	39	45	84
		%	46	54	41,2
FİS	FİS 6 altı	N	71	69	140
		%	51	49	68,6
	FİS 6 ve üstü	N	31	33	64
		%	48	52	31,4
CİS	CİS 6 altı	N	74	89	163
		%	45	55	79,9
	CİS 6 ve üstü	N	28	13	41
		%	68	32	20,1
DİS	DİS 8 altı	N	67	69	136
		%	49	51	66,7
	DİS 8 ve üstü	N	35	33	68
		%	51	49	33,3
FİH	FİH 8 altı	N	70	63	133
		%	53	47	65,2
	FİH 8 ve üstü	N	32	39	71
		%	45	55	34,8
DİH	DİH 12 altı	N	74	65	139
		%	53	47	68,1
	DİH 12 ve üstü	N	28	37	65
		%	43	57	31,9
Toplam		N	102	102	204
		%	50	50	100,0

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

Tablo IX’de katılımcıların CTQ ve alt boyutlarının kesme puanlarına göre frekansları gösterilmektedir. Tabloda her ölçek için alt ve üst grupların cinsiyete göre toplam katılımcı

sayıları (N) ve oranları (%) verilmiştir. Katılımcıların 120 (%58,8)'si CTQ puanı 35'in altında iken, 84 (%41,2)'ü ise CTQ puanı 35 ve üzerindedir. Bu, katılımcıların çoğunluğunun çocukluk çağı ruhsal travmalarının daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Katılımcıların 140 (%68,6)'ı fiziksel istismarı düşük seviyede yaşamışken, 64 (%31,4)'ü daha yüksek seviyelerde fiziksel istismar yaşamıştır. Katılımcıların 163 (%79,9)'ü cinsel istismarı düşük düzeyde yaşamışken, 41 (%20,1)'i daha yüksek düzeyde cinsel istismara maruz kalmıştır. Katılımcıların 136 (%66,7)'sı düşük düzeyde duygusal istismar yaşamışken, 68 (%33,3)'i daha yüksek seviyede duygusal istismar yaşamıştır. Katılımcıların 133 (%65,2)'ü fiziksel ihmal düşük düzeyde yaşamışken, 71 (%34,8)'i daha yüksek seviyede fiziksel ihmal yaşamıştır. Katılımcıların 139 (%68,1)'u düşük düzeyde duygusal ihmal yaşamışken, 65 (%31,9)'i daha yüksek seviyelerde duygusal ihmal yaşamıştır.

Tablo X. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Alt Boyutları, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

	Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	CTQ	1										
2	DES	,282**	1									
3	DİS	,808**	,160*	1								
4	FİS	,746**	,282**	,686**	1							
5	FİH	,738**	,350**	,408**	,436**	1						
6	DİH	,792**	0,011	,502**	,347**	,482**	1					
7	CİS	,430**	,496**	,328**	,363**	,267**	0,104	1				
8	KZVDDE	,187*	0,030	,234**	,238**	0,097	0,034	,164*	1			
9	BAD	-0,070	-0,130	-0,011	-0,011	-0,072	-0,104	-0,006	0,129	1		
10	YFD	-0,124	-0,111	-0,057	-0,002	-0,087	-,173*	-0,081	0,119	,815**	1	
11	BİD	-,154*	-0,030	-0,111	-0,070	-0,044	-,195**	-0,089	0,092	,658**	,589**	1

** .p<0,01

*. p<0,05

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; DİS: Duygusal İstismar, FİS: Fiziksel İstismar; FİH: Fiziksel İhmal; DİH: Duygusal İhmal; CİS: Cinsel İstismar, DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, BAD: Benlik Algısında Değişim; YFD: Yaşam Felsefesinde Değişim; BİD: Başkalarıyla İlişkilerde Değişim

Tablo X’da katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve alt boyutları, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri alt boyutları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır. Buna göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile alt boyutları olan duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında yüksek seviyede pozitif korelasyon bulunmaktadır ($r = ,430 - ,807$; $p < 0,01$). Cinsel istismar ile ise aralarında daha düşük olsa da pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Bu çocukluk çağı travmasının arttığı durumlarda arasında pozitif korelasyon olan değişkenler için bu eğilimlerin artabileceğini göstermektedir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile benlik algısında değişim ve yaşam felsefesinde değişim alt boyutları arasında bir korelasyon bulunmazken, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt boyutu ile arasında negatif korelasyon bulunmaktadır ($r = -0,154$). Bu çocukluk çağı travmasının arttığı durumlarda başkalarıyla ilişkilerde değişim yaşama eğilimlerinin azalabileceğini göstermektedir. Cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri arasında pozitif bir korelasyon bulunmakta iken [$p < ,05$] aralarındaki ilişki çok güçlü değildir. Benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerdeki değişim arasında ise hem pozitif yönde hem de çok güçlü korelasyon bulunmaktadır.

Tablo XI. Katılımcıların Cinsiyete göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Cinsiyet		r	r ²	B	B _{se}	β	t	p	F
Kadın	Sabit	,381 ^b	0,145	-7,247	6,096		-1,189	0,238	2,883
	Duygusal İstismar			0,216	0,620	0,056	0,349	0,728	
	Fiziksel İstismar			1,958	0,946	0,292	2,070	0,041	
	Fiziksel İhmal			0,810	0,562	0,193	1,441	0,153	
	Duygusal İhmal			-0,798	0,353	-0,330	-2,264	0,026	
	Cinsel İstismar			1,489	0,797	0,198	1,868	0,065	
Erkek	Sabit	,273 ^c	0,075	-6,494	13,317		-0,488	0,627	1,388
	Duygusal İstismar			0,577	0,697	0,120	0,827	0,410	
	Fiziksel İstismar			0,735	0,632	0,167	1,161	0,249	
	Fiziksel İhmal			-0,341	0,515	-0,084	-0,663	0,509	
	Duygusal İhmal			-0,064	0,366	-0,023	-0,173	0,863	
	Cinsel İstismar			2,313	2,729	0,097		0,399	

Not: DİS: Duygusal İstismar, FİS: Fiziksel İstismar; FİH: Fiziksel İhmal; DİH: Duygusal İhmal; CİS: Cinsel İstismar, KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

Tablo XI’de katılımcıların cinsiyete göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutlarının, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre kadınlar için çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olmadığı [$F=2,883$; $p = ,238$] bu da modelin genel doğruluğunun düşük olabileceğini göstermektedir. Modeldeki değişkenlerin kendine zarar verme davranışı bağımlı değişkenindeki varyansın %14’ünü açıkladığı ($R = ,381$; $R^2 = ,145$); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından fiziksel istismar ($t = 2,070$; $p = 0,041$) ve duygusal ihmalin ($t = -2,264$; $p = 0,026$) kendine zarar verme davranışı üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur. Erkeklerde gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olmadığı [$F = 1,388$; $p = ,627$]

bu da modelin genel doğruluğunun düşük olabileceğini göstermektedir. Ayrıca alt boyutlardan hiçbirinin kendine zarar verme davranışı üzerinde yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo XII. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyutları Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmalin Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri üzerindeki etkisi

KZVDDE	r	r ²	B	B _{se}	β	t	p	F
Sabit	,285 ^a	0,081	0,527	3,838		0,137	0,891	3,129
Duygusal İstismar			0,726	0,432	0,169	1,682	0,094	
Fiziksel İstismar			0,613	0,449	0,133	1,365	0,174	
Fiziksel İhmal			-0,021	0,359	-0,005	-0,059	0,953	
Duygusal İhmal			-0,218	0,234	-0,084	-0,932	0,353	
Cinsel İstismar			0,644	0,621	0,081	1,036	0,302	

Not: DİS: Duygusal İstismar, FİS: Fiziksel İstismar; FİH: Fiziksel İhmal; DİH: Duygusal İhmal; CİS: Cinsel İstismar, KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

Tablo XII’de katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutlarının, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre yapılan regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olmadığı [$F = 3,129$; $p = ,891$] bu da modelin genel doğruluğunun düşük olabileceğini göstermektedir. Modeldeki değişkenlerin kendine zarar verme davranışı bağımlı değişkenindeki varyansın %8’ini açıkladığı ($R = ,285$; $R^2 = ,081$); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarının kendine zarar verme davranışı üzerinde yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo XIII. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklemeler t Testi Sonuçları

	Ölçek	N	Ort	SS	t	p
CTQ	DES 30 Altı	166	34,80	9,52	-4,88	0,00
	DES 30 ve üstü	38	43,21	9,92		
DİS	DES 30 Altı	166	6,73	2,72	-3,29	0,00
	DES 30 ve üstü	38	8,32	2,53		
FİS	DES 30 Altı	166	5,71	2,02	-5,08	0,00
	DES 30 ve üstü	38	7,82	3,28		
FİH	DES 30 Altı	166	6,87	2,63	-3,80	0,00
	DES 30 ve üstü	38	9,58	2,85		
DİH	DES 30 Altı	166	10,26	4,32	-0,31	0,75
	DES 30 ve üstü	38	10,50	4,05		
CİS	DES 30 Altı	166	5,23	0,79	-5,02	0,00
	DES 30 ve üstü	38	7,00	2,14		

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

Tablo XIII'te DES kesme puanlarına göre CTQ ve alt boyutlarının bağımsız örneklemeler t testi sonuçları yer almaktadır. Buna göre CTQ, DİS, FİS, FİH ve CİS değişkenleri için iki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Ortalamaları kıyasladığımızda CTQ, DİS, FİS, FİH ve CİS değişkenleri Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği kesme puanı üstünde alan grupların ortalamalarının belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da dissosiyatif yaşantıya sahip olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal veya cinsel istismar yaşamış olma düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Duygusal ihmal değişkeni için iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo XIV.Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Ölçek	N	Ort	SS	t	p
KZVDDE	DES 30 Altı	147,00	10,15	10,82	-1,15	0,25
	DES 30 ve üstü	37,00	12,49	11,93		
BAD	DES 30 Altı	165,00	31,22	13,19	1,39	0,17
	DES 30 ve üstü	38,00	27,84	14,91		
YFD	DES 30 Altı	165,00	17,19	7,87	1,20	0,23
	DES 30 ve üstü	38,00	15,42	9,30		
BİD	DES 30 Altı	163,00	10,15	6,11	0,34	0,73
	DES 30 ve üstü	38,00	9,76	6,57		

Not: KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, BAD: Benlik Algısında Değişim, YFD: Yaşam Felsefesinde Değişim, BİD: Başkalarıyla İlişkilerde Değişim

Tablo XIV’te Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği kesme puanlarına göre Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Benlik Algısında Değişim, Yaşam Felsefesinde Değişim ve Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Boyutları bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Buna göre bu değişkenler için iki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo XV. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

DES	r	r ²	B	B _{se}	β	t	p	F
Sabit	,578 ^a	0,334	-5,095	3,315		-1,537	0,126	19,883
Duygusal İstismar			-0,454	0,383	-0,103	-1,185	0,237	
Fiziksel İstismar			0,623	0,412	0,126	1,514	0,132	
Fiziksel İhmal			1,297	0,298	0,309	4,355	0,000	
Duygusal İhmal			-0,489	0,205	-0,173	-2,387	0,018	
Cinsel İstismar			3,750	0,568	0,420	6,604	0,000	

Not: DİS: Duygusal İstismar, FİS: Fiziksel İstismar; FİH: Fiziksel İhmal; DİH: Duygusal İhmal; CİS: Cinsel İstismar, DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XV’te katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutlarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre yapılan regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olmadığı [$F = 19,883$; $p = ,126$] bu da modelin genel doğruluğunun düşük olabileceğini göstermektedir. F değeri (19,883) oldukça yüksek, bu da modelin genel olarak iyi bir uyum sağladığını ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni anlamlı şekilde açıkladığını gösterir. Modeldeki değişkenlerin dissosiyatif yaşantılar bağımlı değişkenindeki varyansın %8’ini açıkladığı ($R = ,578$; $R^2 = ,334$); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarın dissosiyatif yaşantı üzerinde yordayıcı etkiler yarattığı görülmektedir [$p < 0,05$]. Duygusal istismar ve fiziksel istismar ise istatistiksel olarak anlamlı etkiler göstermemektedir.

Tablo XVI. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Travma Sonrası Büyüme arasındaki İlişkide Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanterinin Etkisinin Hayes'in 4. Modeli ile Analizi

	<i>M</i>			<i>Y (BİD)</i>		
	Coefficients	LLCI	ULCI	Coefficients	LLCI	ULCI
CTQ (X)	0,21*	0,04	0,38	-0,12*	-0,21	-0,021
KZVDDE (M)				0,07*	-0,012	0,15
	R ² =0,0335			R ² =0,0403		

	Standardize olmayan iç tutarlılık katsayıları	Standardize iç tutarlılık katsayıları	
		LLCI	ULCI
Doğrudan Etki	-0,1136*	0,2058	-0,021
M1 Üzerinden Etki	-0,0144	-0,0042	0,0372
Toplam Etki	-0,0992	-0,1903	-0,008

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, BİD: Başkalarıyla İlişkilerde Değişim, KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Tablo XVI'da çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme davranışı ($\beta = ,21$) aracı değişkenini yordadığını göstermektedir. CTQ, KZVDDE'nin varyansının %3,35'ini açıklamaktadır. Sonuç değişkeni olan BİD ise CTQ ($\beta = -,12$) ve KZVDDE ($\beta = ,07$)'in etkileri bu değişkenler tarafından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordanmaktadır. CTQ ve KZVDDE birlikte BİD'in varyansının %4'ünü açıklamaktadır. Bu sonuçlar CTQ ile KZVDDE arasındaki etkileşimin BİD üzerindeki etkisini değiştirmektedir. CTQ'nun BİD üzerindeki toplam etkisi 0,11 olduğunu göstermektedir ve bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır. Aracılık etkisi incelendiğinde KZVDDE'nin dolaylı olarak bir etkisi bulunmaktadır ve bu etki anlamlıdır. Bu bulgulara göre, çocukluk çağı travmalarının başkaları ile ilişkilerde değişim

üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmakta ve kendine zarar verme davranışının bu etkide anlamlı bir aracılık rolü olduğu söylenebilir.

Tablo XVII. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Travma Sonrası Büyüme arasındaki ilişkide Dissosiyatif Yaşantıların etkisinin Hayes'in 4. Modeli ile Analizi

	<i>M</i>			<i>Y (BİD)</i>		
	Coefficients	LLCI	ULCI	Coefficients	LLCI	ULCI
CTQ (X)	0,34*	0,18	0,50	-0,10	-0,19	-0,008
DES (M)				0,008	-0,07	0,08
	R ² =0,0819			R ² =0,0238		
	Standardize olmayan iç tutarlılık katsayıları		Standardize iç tutarlılık katsayıları			
			LLCI	ULCI		
Doğrudan Etki	-0,0965*		-0,1847	-0,008	-0,158	
M₁ Üzerinden Etki	0,0027		-0,0261	0,0333	0,0153	
Toplam Etki	-0,0938		-0,1782	-0,0095	-0,1585	

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, BİD: Başkalarıyla İlişkilerde Değişim, DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XVII'de çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar ($\beta = ,34$) aracı değişkenini yordadığını göstermektedir. CTQ, DES'in varyansının %8,19'unu açıklamaktadır. Sonuç değişkeni olan BİD ise CTQ ($\beta = -,10$) etkisi ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordanmaktadır. DES ($\beta = ,008$)'in etkileri ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordanmamaktadır. CTQ ve DES birlikte BİD'in varyansının %2,3'ünü açıklamaktadır. Bu sonuçlar CTQ ile DES arasındaki etkileşimin BİD üzerindeki etkisini değiştirmediğini göstermektedir. CTQ'nın BİD üzerindeki toplam etkisi 0,10 olduğunu göstermektedir ve bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır. Aracılık etkisi incelendiğinde DES'in dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgulara göre, çocukluk çağı travmalarının başkaları

ile ilişkilerde değişim üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmakta ancak dissosiyatif yaşantıların bu etkide anlamlı bir aracılık rolü olmadığı söylenebilir.

Tablo XVIII. Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının, Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

BİD	r	r ²	B	B _{se}	β	t	p	F
Sabit	,221 ^a	0,049	14,340	2,041		7,026	0,000	1,994
Duygusal İstismar			-0,027	0,236	-0,012	-0,114	0,909	
Fiziksel İstismar			0,025	0,252	0,010	0,099	0,921	
Fiziksel İhmal			0,189	0,183	0,088	1,034	0,303	
Duygusal İhmal			0,327	0,126	-0,226	-2,595	0,010	
Cinsel İstismar			0,404	0,349	-0,089	-1,158	0,248	

Not: DİS: Duygusal İstismar, FİS: Fiziksel İstismar; FİH: Fiziksel İhmal; DİH: Duygusal İhmal; CİS: Cinsel İstismar, BİD: Başkalarıyla İlişkilerdeki Değişim

Tablo XVIII’de katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutlarının, Başkalarıyla İlişkilerdeki Değişim üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre yapılan regresyon analizi sonucunda elde edilen ilgili modelin anlamlı olduğu [$F = 1,994$; $p = ,000$] görülmektedir. Modeldeki değişkenlerin BİD bağımlı değişkenindeki varyansın %4,9’unu açıkladığı ($R = ,221$; $R^2 = ,049$); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından, duygusal ihmalin BİD üzerinde yordayıcı etkiler yarattığı görülmektedir [$p < 0,05$]. Diğer değişkenler ise istatistiksel olarak anlamlı etkiler göstermemektedir.

5. TARTIŞMA

“Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Perspektifinden Çocukluk Çağı Ruhsal Travması Bildiren Evli Çiftlerin Psikopatolojik Dinamikleri” başlıklı bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı’ndaki *“Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi”*nde yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır. Bu çalışmanın temel amacı, evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı açısından değerlendirilmesidir. Yüksek lisans tez çalışmamızın özgün değeri, evli çiftlerde kendine zarar verme davranışı ve travma sonrası büyüme kavramlarının çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar açısından ele alınmasıdır. Araştırmaya Ocak 2024- Kasım 2024 tarihleri arasında İstanbul’da yaşayan 102 evli çift olmak üzere toplam 204 kişi katılmıştır. Modern psikotravmatoloji paradigmaları ve dissoanalitik ekol temel alınarak hazırlanan bu yüksek lisans tezinin hem evli çiftlerle yapılması hem de adli bilimler açısından önemli olan *“çocukluk çağı travmaları”* ve *“dissosiyasyon”* kavramlarına odaklanmasından ötürü alanyazına önemli bir akademik katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bölümde, temel amacımız doğrultusunda oluşturulan hipotezlerimiz ile bulgularımız; modern psikotravmatoloji, dissoanaliz kuramı ve klinik adli psikoloji alan yazını ekseninde sistemli bir şekilde tartışılmaktadır.

“Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.” şeklinde ifade edilen ilk hipotezimiz doğrulanmıştır. Katılımcıların CTQ toplam puanları ile DES puan ortalaması 30 üzeri olan katılımcıların puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($r = ,282$) (Bkz. Tablo X). Bu bulgu, patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantıya sahip olan katılımcıların daha fazla çocukluk çağı travmaları bildirdiklerini göstermektedir (Bkz. Tablo XV). Bölünmüş ve

çoklu bir bilinç sisteminin aşırı ve yoğun birleşme çabası olarak tanımlanan dissosiyasyon fenomeni (Öztürk, 2024a; Öztürk & Derin, 2023), hem tarihsel bağlamda hem de kültürlerarası düzlemde, farklı zaman dilimlerinde gözlemlenen kültürlerarası bir olgu olup (Fung, 2018; Fung ve ark., 2019), literatürdeki güncel çalışmalar dissosiyasyonun yalnızca bireysel psikopatolojilerle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda travma deneyimlerinin ve bu deneyimlerden kaynaklanan psikopatolojik süreçlerin aile ekseninde kuşaklararası aktarımıyla doğrudan ilişkilendirildiğini; bu bağlamda, çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyonun ortaya çıkışı ve sürekliliği üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır (Chiu ve ark., 2017; Öztürk, 2022a, 2022b; Wagner-Skacel ve ark., 2022).

Dissoanaliz kuramı ve dissoanalitik psikotarih, çocukluk çağı travmaları ve toplumsal travmaların, bireysel ve kolektif düzeyde dissosiyatif yaşantılar aracılığıyla tüm bireylere ve gelecek nesillere aktarıldığını ifade eder ki Öztürk bu kavramı “*kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı*” olarak tanımlamıştır. Kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı ise üç ve daha fazla nesil arasında benzer oranda görülen dissosiyatif yaşantılara işaret etmektedir (Öztürk, 2022a; 2023b). Bu çalışmamızda evli çiftler odağında ilerleyerek toplumsal devamlılığı sağlayan en önemli kurumlardan olan ailenin kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı ekseninde kendine zarar verme davranışı ve travma sonrası büyüme üzerindeki etkileri incelenerek modern psikotraumatoji ilkeleri ve dissoanaliz kuramının toplumların ilerleyişi ya da “*kuşaklararası gelişim*” açısından önemi vurgulanmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b).

Yüksek lisans tez çalışmamızda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) arasında pozitif korelasyon vardır; CTQ ile alt boyutları olan duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında yüksek, cinsel istismar ile arasında diğer alt boyutlara göre daha düşük olmakla beraber pozitif bir korelasyon bulunmaktadır (Bkz. Tablo X). Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları olan çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin yetişkinlikte dissosiyatif yaşantılar ile ilişkili olduğu, erken yaşta

başlayan ve daha uzun süren ebeveyn travmasının daha yüksek dissosiyasyon puanlarını önemli ölçüde yordadığı, kronik olarak stresli bir ortama maruz kalmanın kişinin dissosiyasyon olmasına ve kimliğinde bölünmelere ya da parçalanmalara yol açtığı tespit edilmiştir (Ruf ve ark., 2010). Ayrıca, bu travmatize deneyimin mağdur tarafından sembolik düzeyde anlaşılabilir olarak bütünleştirilmesinin imkansızlaştığı ve ilgili nedenle kişilikteki kesintilerin ya da bozulmaların ve duygusal durumunun kişide patolojik değişimi teşvik ettiği ifade edilmektedir (McGowan ve ark., 2009). Yu (2014) tarafından yapılan ilgili başka bir çalışma ise dissosiyasyon ile travma türleri arasında pozitif bir korelasyon olduğu ortaya konulmuş; bu bağlamda, dissosiyasyonun özellikle duygusal travmatik deneyimlerle olan ilişkisinin, fiziksel travmalara kıyasla daha güçlü ve belirgin bir bağa sahip olduğu belirlenmiştir.

Wagner-Skacel ve arkadaşları (2022) tarafından 67 kişi üzerinde yürütülen bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon ile olan bağlantısına bakılmıştır. Söz konusu çalışmada zihinselleştirmenin travma maruziyetinden sonra gerçekleşmesinin olası dissosiyatif semptomlar ile anlamlı bir ilişki gösterdiği, çocukluk çağı travmalarının ortaya çıkardığı dissosiyatif yaşantıların, utanç ve suçluluk korkusunu en aza indirmek ve ortama uyum sağlamak için maladaptif bir süreç olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Avustralya'da yapılan başka bir çalışmada, yetişkinlikte klinik dissosiyasyon seviyeleri ile çocukluk çağı travmaları maruziyeti arasındaki ilişki incelenmiştir. İlgili çalışmada dissosiyatif bozukluk tanımlı tedavi gören 26 yatan ve ayakta hasta (24 kadın ve 2 erkek) ve 220 kontrol (186 kadın, 34 erkek) dahil olmak üzere 277 kişi üzerinde yürütülen araştırmada bulgular, çocukluk çağı travmaları, özellikle cinsel ve fiziksel istismar ile terk edilme ve temel ihtiyaçlardan mahrum bırakılma tehditleri de dahil olmak üzere çocuğun hayatta kalma ihtiyaçlarını tehlikeye atan örseleyici yaşantı bildiren bireylerde klinik dissosiyasyon yaşantılandığını göstermiş, boğma veya boğulmaya ek olarak cinsel istismara uğradığını açıklayan kadınlarda klinik dissosiyasyon riskinin 106 kat daha fazla olduğu, dissosiyatif gruplarda amnezinin yaygın görüldüğü, sonuç

olarak ise dissosiyatif grupların istismar deneyimlerinin daha yüksek oranda doğrulandığını ortaya çıkmıştır (Kate ve ark., 2021). Bu sonuçlar, çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte olup; dissoanaliz kuramı, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantıların en önemli yordayıcı olduğunu vurgulamaktadır (Öztürk, 2022a).

“Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.” şeklinde ifade edilen ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır. Katılımcıların CTQ toplam puanları ile KZVDDE toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($r = ,187$) (Bkz. Tablo X). Alanyazındaki ilgili çalışmalar, çocukluk çağı travmalarının, intihar niyeti olmadan kişinin kendi bedenine kasıtlı olarak zarar verme davranışını ifade eden, vurmaya, kesmeyi, yakmaya, çarpmaya ve tırmalamaya içeren kendine zarar verme davranışı riskini artırdığını göstermektedir (Armiento ve ark., 2016; Garisch & Wilson, 2015; Kang ve ark., 2021). Kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerin olumsuz çocukluk deneyimi yaşama olasılıklarının yüksek olduğu, duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmalin depresyon ve kaygı yoluyla kendine zarar verme davranışı üzerinde aracılık etkisi oluşturduğu ancak duygusal ihmalin kendine zarar verme davranışı üzerinde etkisi olmadığı ortaya konulmuştur (Brown ve ark., 2018). Çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme davranışlarını pozitif yönde etkilediği (Hawton, 2006; Nada-Raja & Skegg, 2011), kendine zarar verme davranışının travmatik semptomlardan uzaklaşmayı belirli oranda sağladığı öncül bir önemle belirtilmektedir (Garisch & Wilson, 2015; Smith, 2014).

Duygu ve dürtü düzenleme becerisinin kaybı, çocukluk çağı travması ve ihmalinin en kapsamlı etkilerinden biri olarak değerlendirilmekte olup, bu durum yalnızca bireyin başkalarına karşı saldırganlık sergilemesine neden olmakla kalmamakta, aynı zamanda kişinin kendi üzerinde yıkıcı ve özdestrüktif davranışlar geliştirmesine de zemin hazırlamaktadır.

(Kolk & Fisler, 1994). Kang ve arkadaşları (2021) tarafından depresyon bozukluğu olan 444 lisans öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada katılımcıların %34,2'sinin kendine zarar verme davranışı uyguladığı, 117 (%26,4)'sinin duygusal istismara, 74 (%16,7)'ünün fiziksel istismara, 54 (%12,2)'ünün cinsel istismara, 174 (%39,2)'ünün duygusal ihmale ve 135 (%30,4)'inin ise fiziksel ihmale maruz kaldığı, duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ihmalin davranışı etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Kang ve arkadaşları (2021) çocukluk çağı travmalarının yanı sıra kişilik, kişilerarası ilişkiler ve aile ilişkilerinin ya da dinamiklerinin de kendine zarar verme davranışını etkilediğini ifade etmektedir. Söz konusu çalışmada çocukluk çağı ihmal ve istismarının aracı değişken olarak kendine zarar verme davranışı etkilediği ve aynı zamanda, kendine zarar verme davranışı üzerinde doğrudan etkisi olduğu ortaya koyulmuştur. İlgili araştırmaya göre örneklemin %34,2'si kendine zarar verme davranışı göstermekte olup, kendine zarar verme davranışı geçmişi olan depresif bozukluk hastalarının, kendine zarar verme davranışı göstermeyen hastalara kıyasla çocukluk çağı ihmal ve istismarına daha fazla maruz kaldığı ve kişilik özellikleri, kişilerarası ilişkiler ile aile ilişkilerinde önemli farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji paradigmalarına göre çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar kendine zarar verme davranışları ile yakından ilişkili olup bu kendine zarar verme davranışları, travmanın sürdürülmesinde de önemli bir role sahiptir (Öztürk, 2022b). Öztürk'ün (2022c) belirttiği gibi kuşaklararası travma geçişi, psikopatolojinin kuşaklararası aktarılmasıyla identiktir. Bu bağlamda daha genel olarak ifade edilen şey, çocuk yetiştirme tarzlarının zaman içerisinde hem değiştiği hem de evrildiği ve bunun sonucunda da ardışık nesillerde benzer çocukluk çağı travmaları ve benzer psikopatolojilerin ortaya çıktığıdır. Farklı bir şekilde ifade etmek gerekirse, aynı çocuk yetiştirme tarzına sahip ebeveynler hem kendilerinin hem de ebeveynlerinin travmatize nesillerine eşdeğer bir şekilde dissosiyasyon ve

psikopatolojik yeni nesiller yetiştirirler. Bu sebeple travmanın nasıl ortaya çıktığını fark etmek ve süreçlerini takip edebilmek, müdahale etmek adına temel bir gereklidir (Öztürk, 2022a).

“Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.” şeklinde ifade edilen üçüncü hipotezimiz kısmi oranda doğrulanmıştır. Katılımcıların CTQ toplam puanları ile TSBE alt boyutu -başkalarıyla ilişkilerde değişim- arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($r = -.154$) (Bkz. Tablo X). Ancak, çocukluk çağı travması bildiren katılımcılar arasında CTQ puanı 35’in üzerinde olan grup ile 35’in altında olan grup karşılaştırıldığında, TSBE’nin *“başkalarıyla ilişkilerde değişim”* alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken [$p < .05$], *“benlik algısında değişim”* ve *“yaşam felsefesinde değişim”* alt boyutlarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo VIII).

Literatürde evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi ele alan sınırlı sayıda bilimsel çalışma vardır. Yücel ve Öztürk (2021) evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ve travma sonrası büyümede eş desteğinin rolünü incelemiş, 194 evli çift üzerinde gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların %77,5’inin birden fazla çocukluk travması bildirdiği kişilerin duygusal, sosyal ve eş desteği alma noktasında daha az travmaya maruz kalan gruba göre daha az destek aldığı, daha az çocukluk çağı travmasına maruz kalanların çevrelerinden destek almalarının yanı sıra travma sonrası büyüme gösterme oranlarının da yüksek olduğu bulunmuştur. Özcan (2022) tarafından yapılan 756 kişinin katıldığı başka bir araştırmada ise çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, kişilerde travma maruziyeti azaldıkça travma sonrası büyümenin arttığı ortaya konulmuştur. Literatürdeki söz konusu bulgular, araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir. Çocukluk çağı travmalarının sıklığı, şiddeti ve süresi arttıkça bu paralellik sağlanmayabilir.

Alanyazında yapılan araştırmalar çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına yol açmasının yanı sıra travma sonrası büyüme gibi olumlu değişiklikler için bir katalizör görevi görebileceğini ifade etmektedir (Henson ve ark., 2021). Tranter ve arkadaşları (2021) tarafından 167 kişi üzerinde yapılan, çocukluk çağı travmaları, yılmazlık, olay merkeziliği, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve travma sonrası büyümeyi ele alan bir çalışmada yapılan aracılık analizleri yılmazlığın orta düzeyde, olay merkeziliğinin küçük düzeyde olumlu dolaylı etkilerle travma sonrası büyümeyi desteklediğini ifade etmektedir. Çocukluk çağı travmalarına ek olarak Öztürk tarafından tanımlanan “*nekrifisifili (necriphysiphilia)*” ya da ölü doğa seviciliği de evli çiftlerdeki ilişki dinamiklerini etkileyen örseleyici yaşantılardır. Bir Antroposen Çağ psikopatolojisi olarak nekrifisifili, haz, teknoloji ve lüks bağımlılıklarıyla eşlenik postmodern ilişki ve füzyone yaşam biçimi olarak özellikle ilişki dinamiklerinde majör bir rol oynamaktadır (Öztürk, 2024b).

Nekrifisifilin (Öztürk, 2024b) yanı sıra fiziksel, cinsel ve duygusal istismarı kapsayan çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte zihinsel ve ilişkisel durumları olumsuz yönde etkilediği (Fitzgerald & Gallus, 2020), bu deneyimlere sahip kişilerin düşük seviyelerde öz saygı ve yaşam memnuniyeti gösterdiği (Widom & Dutton, 2014; Parajuli, 2024), örseleyici yaşantıların bireylerin mental sağlığını etkileyerek aile yaşamını ve evliliğe olumsuz nüfuz ettiği yapılan ilgili çalışmalarla ortaya konulmuştur (DiLillo ve ark., 2009; Thoits, 2011). Çocukluk çağı travması olan kişilerin genellikle düşük evlilik memnuniyeti gösterdiği, sadakatsizlik ve istikrarsızlık yaşadığı (Colman & Widom, 2004), duygusal istismarın ilişki memnuniyetini düşürdüğü, kendi benlikleri ve başkaları hakkındaki algılarının süreçten etkilendiği ve bunun da kişilerarası çarpıtmalara yol açtığı ifade edilmektedir (Parajuli, 2024).

Modern psikotravmatoloji çalışmaları erken dönemde meydana gelen kümülatif, kronik ve kompleks çocukluk çağı travmalarının kısa ve uzun dönemli psikolojik etkileriyle paralel seyreden ve travmatik yaşam olaylarıyla en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar ve

travma sonrası stres bozukluğundan köken almakta (Öztürk, 2022c), dissoanaliz kuramı ise çocukluk çağı travmaları, şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, kuşaklararası travma geçişi, kuşaklararası psikopatoloji aktarımı, kuşaklararası dissosiyasyon aktarımı, psikotoplumsal baskılar, bireysel ve kitlesel dissosiyasyon deneyimleri üzerine odaklanan teorik ve klinik araştırmalarla ön plana çıkarak klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinlerine rehberlik eden modern psikotravmatoloji disiplinine en büyük bilimsel katkıları sağlamaktadır (Öztürk, 2022b). Kronik çocukluk çağı travmalarından sonra travma sonrası büyüme gösteren kişilerin psikoterapilerine daha aktif katılım sağlayabildiği ve optimal düzeyde terapötik ittifak kurabildiği bilimsel açıdan kanıtlanmış olup (Frazier ve ark., 2004) bu bulgu, dissoanalitik ekolün önemi ortaya koymaktadır (Öztürk, 2022b).

“Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30 ve üzeri olan evli çiftlerin, Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri toplam puanı, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30’dan az olan evli çiftlere göre daha yüksektir.” şeklinde ifade edilen dördüncü hipotezimiz doğrulanmamıştır. Buna göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği kesme puanına göre KZVDDE için iki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Bkz. Tablo XIV). Literatürde evli çiftlerde dissosiyatif yaşantılar ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkisinin ele alındığı çalışma literatürde bulunmamaktadır. Travma öyküsü olan kişilerde kendine zarar verme davranışlarının dissosiyatif yaşantılar gibi travmatik semptomlarla ile yakından ilişkili olduğu ve bu semptomların başa çıkma işlevi gördüğü ifade edilmektedir (Smith ve ark., 2014). Alanyazında yapılan ilgili araştırmalarda kendine zarar verme davranışları ile dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif yönde ilişki olduğu, kendine zarar veren kişilerin, kendine zarar vermeyenlere oranla daha fazla dissosiyatif belirti gösterdiği belirtilmektedir (Zlotnick ve ark., 1996; Batey, May & Andrade, 2010; Perez, Lorca & Marco, 2020). Dissoanalitik açıdan dissosiyasyonun eşlik ettiği self mutilatif davranışlar intihar girişimlerini önleyen bir ajan olarak işlev görmektedir. Şiddet

ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri öznedeki belirsizlik ve kendilik travması yarattığından dolayı self mutilatif davranışlar kadar dissosiyatif angust ve intihar girişimlerinin sıklığını da artırmaktadır! Aslında travma ile ilişkili bütün psikopatolojileri yaratan ana etken travmanın kendisi değildir. Travmatik yaşantılar kişi tarafından proses ya da nötralize edilemediğinde subklinik düzeyde psikopatolojik belirtiler ortaya çıkar; reviktimizasyon döngüleri devam ettikçe özne en az bir psikiyatrik tanı alan vakaya dönüşür (Öztürk, 2022a).

Dissosiyatif yaşantılar, travmatik olaya dair özelliklerin kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışını etkilediği ve çoğunlukla cinsel istismara uğrayan kişilerle yapılan çalışmalardan elde edildiği ifade edilmektedir (Stiene ve ark., 2020, Sumlin ve ark., 2020). 100 katılımcının dahil olduğu ergen grupla yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerin 23'ünün ensest, 39'unun genital bölgeye dokunma travmasına, 37'sinin travmatik bir olaya maruz kaldığı tespit edilmiş olup; kendine zarar verme davranışları gösteren katılımcıların, bu davranışı göstermeyenlere kıyasla belirgin düzeyde daha fazla dissosiyatif yaşantılar sergiledikleri ortaya konulmuş, dissosiyatif semptomların ve intihar girişiminin kendine zarar verme davranışlarını öngördüğü sonucuna ulaşılmıştır (Bikmazer ve ark., 2023). Öztürk, dissosiyatif yaşantılar ile kendine zarar verme davranışları arasında yakın ilişki dinamikleri olduğunu kendisi tarafından geliştirilen dissoanaliz kuramında net bir şekilde vurgulamaktadır (Öztürk, 2022a).

Perez ve arkadaşlarının (2020) 127 psikiyatrik vaka üzerinde yürüttüğü bir araştırmada kendine zarar verme ile dissosiyatif yaşantılar arasında ilişki bulunmuş, aynı zamanda, kendine zarar verme davranışının travma sonrası stres bozukluğu semptomları ve dissosiyatif yaşantılarla, yani travma kökenli psikiyatrik durumlarla ilişkili olduğu görülmüş, ayrıca bu tür örseleyici deneyimler değerlendirilen hastalarda kendine zarar vermenin en güçlü tepkilerden biri olduğu görülmüş, travmatik olaylar ve dissosiyatif olmuş acı verici epizodik anılar nedeniyle

ortaya çıkan travmatik bilgilerin istemsizce hatırlanmasının ardından, kişiyi içinde bulunduğu anla teması sağlaması için kendine zarar verme davranışına yönlendirdiği ortaya konulmuştur.

“Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30 ve üzeri olan evli çiftlerin, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)’nden aldıkları toplam puan, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30’dan az olan evli çiftlere göre daha düşüktür.” şeklinde ifade edilen beşinci hipotezimiz doğrulanmamıştır. Buna göre Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği kesme puanlarına göre travma sonrası büyüme alt boyutları olan benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim boyutları için iki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Bkz. Tablo XIV). Literatürde evli çiftlerde dissosiyatif yaşantılar ve travma sonrası büyüme ilişkisinin birlikte ele alındığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Öztürk bu konu ilgili olarak dissosiyatif yaşantı arttıkça travma sonrası büyümede azalmaların olabileceğini ve bu durumun kendiliğin assosisyatif fonksiyonlarında bozulmalardan ya da kendileşme sürecindeki kesintilerden kaynaklabileceğini ifade etmekte; ayrıca bilinç, bellek, kimlikteki kesintilerin de dolaylı travma sonrası büyümeyi engelleyebileceğini vurgulamaktadır (Öztürk, 2024a; 2024b).

Lahav ve arkadaşları (2016) travma mağdurlarının travmanın ardından baş etmeyi sağlamak için kişilerin kendilerine şemalar inşa ettiklerini, bunlar sayesinde travma sonrası büyümenin gerçekleştiği açtığı, ancak kişilerin dissosiyeye olmaları durumunda şemaların işe yaramadığını belirtmektedirler Travmanın gerçekliğiyle uyuşmayan ve proses edilmemiş travmadan kaynaklanan acıyı yansıtan travma sonrası büyüme ile ilgili dissosiyatif inançların ortaya çıktığı, kısa vadede rahatlatıcı etkiler sağladığı ancak travmanın neden olduğu kaybı deneyimlemekten kaçınmayı sağladığı için iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir. Lahav ve arkadaşlarının (2020) cinsel istismar mağduru 95 katılımcı üzerinde altı ay boyunca gerçekleştirmiş oldukları bir diğer araştırmada travma sonrası büyüme ile ilgili dissosiyatif inançların yeniden travma maruziyeti açısından riskli olduğunu, yüksek düzeyde

dissosiyatif yaşantıların travma sonrası büyümenin risk faktörü olarak hizmet ettiğini ve cinsel istismara sebep olabileceği ifade edilmektedir. Dissoanaliz kuramına göre travmatik yaşantılarını nötralize edebilen bireyler, “*travma sonrası büyüme*” gösterebilmektedir (Öztürk, 2022b). Bu çalışmadaki ilgili hipotezin doğrulanmamasının nedeni, patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantıya sahip bireyler ile daha düşük düzeyde dissosiyatif yaşantı bildiren kişiler arasındaki travmatik yaşantıların nötralizasyonu açısından bir farklılık bulunmaması olabilir.

“*Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide kendine zarar verme davranışlarının aracılık etkisi vardır.*” şeklinde ifade edilen altıncı hipotezimiz doğrulanmıştır. Buna göre, çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyümenin alt boyutlarından -başkaları ile ilişkilerde değişim- üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmakta ve kendine zarar verme davranışının bu etkide anlamlı bir aracılık rolü olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo XVI). Alan yazında çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme davranışıyla oldukça güçlü ve belirgin bir ilişki içerisinde olduğu (Franzke, Wabnitz & Catani, 2015; Brand ve ark., 2019; Öztürk, 2020a), bu travmalar disfonksiyonel aile yaşantılarıyla birlikte değerlendirildiğinde hem kendine zarar verme hem de intihar davranışlarını anlamlı ölçüde etkilediği (Klonsky & Moyer, 2008) ve aile ile kurulan ilişkilerin kendini kesme ve kendine zarar verme davranışı için korelasyon faktörü olduğu ifade edilmektedir (Laukkanen ve ark., 2008). Polskaya ve Melnikova (2020) dissosiyatif yaşantılarla yakından ilişkili olan kendine zarar verme davranışlarının, çocukluk çağı travmalarının duygu, düşünce ve davranış üzerindeki olumsuz psikolojik etkilerini kontrol etmek için benimsendiğini ifade etmektedir.

Toprak ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada aileleriyle iyi ilişkiler içerisinde olmayan ergen grubun, ilişkileri daha iyi olan diğer gruba göre 13 kat daha fazla kendine zarar verme davranışı gösterdiği ifade edilmektedir. Duman ve Türk (2024) tarafından üniversite öğrencisi 360 kişiyle yapılan bir araştırmada erkek katılımcıların çocukluk çağı travmaları alt boyutlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu, aynı şekilde kendine zarar verme

davranışlarının da kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, kendine zarar verme davranışları ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, kendine zarar verme davranışının çocukluk çağı travmaları tarafından yordandığı, iki durum arasında anlamlı bağlantı olmasının terapötik süreçler açısından da anlamlı olduğu ve müdahalelerin yapılandırılması hususunda önem taşıdığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Dissoanaliz kuramı; savaşları, soykırımları ve kitlesel şiddet olaylarını toplumların kendine zarar verme davranışlarını olarak ele alır ve bu kendine zarar verme davranışlarının altında çocukluk çağı travmalarının yattığını ileri sürer (Öztürk, 2022a). Fonksiyonel, hümanist, empatik ve barışçıl bireylerin oluşturduğu, gelişim odaklı bir toplum hedefleyen dissoanaliz, bir modern psikotravmatoloji kuramı olarak ruhsal entegrasyonlarını sağlamış bireylerden oluşan bir toplumun kuşaklararası süreçte hakim olmasını hedeflediğinden, çocukluk çağı travmalarını göz önünde bulundurarak kendine zarar verme davranışlarını değerlendirmek doğru müdahalelerin geliştirilmesi için faydalı olacaktır (Öztürk, 2023; 2024b).

“Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisi vardır.” şeklinde ifade edilen yedinci hipotezimiz doğrulanmamıştır. Buna göre çocukluk çağı travmalarının başkaları ile ilişkilerde değişim üzerinde anlamlı bir etkisi mevcut olmasına rağmen dissosiyatif yaşantıların bu etkide anlamlı bir aracılık rolü etkisi bulunmamaktadır (Bkz. Tablo XVII). Papandrea (2022) tarafından yürütülen, 18-70 yaş aralığında 325 kişiye uygulanan, katılımcıların 217 (%66,8)’sinin evli olduğu bir bilimsel çalışmada çocukluk çağı travmaları ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuş olup, çalışmamızda da ilgili çalışma tarafından desteklendiği üzere tek bir alt boyutla ilişkili olarak bu sonuca ulaşılmıştır.

Lashkay ve arkadaşları (2023) tarafından 18-74 yaş arasında 180 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerde damgalama, travma ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiler incelenmiş ve sonuçlar, çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili

damgalanmanın (Purtle ve ark., 2022; Tasheuras, 2019), reylerin kimliklendirme süreçlerini olumsuz etkilediğini ve bu süreçte kimliksizleşme mekanizmalarını tetikleyerek travmaya yanıt olarak dissosiyasyon düzeylerinde artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Schneider ve ark., 2018). Bu bulgu, hayatta kalan bireylerin dissosiyasyon mekanizmasını kullanarak travmalarıyla başa çıktıklarını gösteren önceki araştırmalarla (Choi ve ark., 2017) uyumlu olup, damgalama hissinin bireyin kimliklendirme süreçlerini zayıflatarak kimliksizleşmeye yönelttiği ve bu durumun travma sonrası büyüme sürecini olumsuz yönde etkilediği anlaşılmaktadır. Literatürle uyumlu bir şekilde (Branscombe ve ark., 2012), hayatta kalan bireylerin çocukluk çağı travmalarını damgalandığını algıladıkları kişilerden uzaklaştıkları ve sosyal bağlarını zayıflattıkları da belirlenmiştir.

Bu çalışma hem çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme değişkenlerinin evli çiftlerde incelenmesine yönelik alan yazında dört temel değişkenin ilişkisini yansıtan başka bir çalışma bulunmaması hem de modern psikotravmatoloji alanına orijinal dissoanalitik katkılar sağlaması açısından özgündür. Araştırmamızın bulguları ile alan yazındaki konuya dair güncel klinik çalışmalar, travma sonrası büyümede çocukluk çağı travmalarının önemini ortaya koymasından oldukça değerlidir. Travma sonrası büyüme çoğunlukla kanserli hastalar, savaş/terör gazileri ve cinsel istismar mağduru kişiler ile çalışılmasına rağmen bu çalışma, cinsel istismar dışındaki diğer çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyüme üzerindeki etkisini ortaya çıkarması açısından kritiktir. Evli bireylerde, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve kendine zarar verme davranışları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkisine yönelik daha fazla akademik çalışmanın yapılmasını önermekteyiz.

Yüksek lisans tez çalışmamızın evli çiftler üzerinde gerçekleştirilmesinin önemi, evlilik dinamiklerinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme süreçlerini anlamada kritik bir bağlam sağlamasıdır.

Evlilik, bireylerin geçmiş travmatik deneyimlerinin etkilerini en yoğun şekilde yansıtabileceği ilişkisel bir alan olması nedeniyle, bu tür travmatik deneyimlerin eşler arası iletişim, bağlanma stilleri ve problem çözme süreçleri üzerindeki etkilerini ortaya koyma açısından değer taşımaktadır. Eşlerarası destek mekanizmalarının, aile içi iletişim dinamiklerinin ve karşılıklı empati düzeylerinin travmatik deneyimlerin olumlu bir değişime: “*travma sonrası büyüme*” transformasyonu sürecindeki rolü değerlendirildiğinde, evlilik, travma sonrası büyümede önemli bir katalizör olabilir. Kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyümeye engel olabileceği, belirli bir oranda meydana gelen travmatik yaşantıların travma sonrası büyümeyi desteklediği ancak belirli bir miltattan sonra bu örseleyici yaşantıların travma sonrası büyümeye ket vurduğu ve olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu bağlamda evli çiftlerde ortaklaşan travmalar ya da intertravmalar devreye girmektedir. İntertravma her iki partnerin de travmatik olaylar yaşamış olduğu ve karşılıklı bir şekilde travmatik anılarını tetiklediği ve ilişkinin bozulmasına yol açan bir döngüyü ifade eder (Öztürk, 2024b; Parson, 2001). İntertravma, çiftlerin ilişkilerinde güvensizlik ve kırılganlığı artırır ki bu iletişim dinamiğinin adı “*intertravmatik dissosiyatif bağlanma*” dır (Öztürk, 2024b). İntertravmatik dissosiyatif bağlanma, çiftlerde travmatik ortak geçmişin yarattığı hafıza ve kimlik süreksizliği nedeniyle yaşantılanan -örneklemimizde olduğu üzere- sağlıklı bir bağlanma biçimidir (Parson, 2001).

Bu çalışma, modern psikotravmatoloji paradigmaları ve dissoanalitik ekol perspektifinden incelendiğinde mevcut bulguların teorik açıklamalar ile örtüştüğü gözlemlenmektedir. Modern psikotravmatoloji ilkeleri, bireylerin maruz kaldıkları travmatik deneyimlerin nötralize ve/veya metabolize edilmediğinde başkalarına aktardığını vurgulamaktadır (Öztürk, 2022a; 2022c). Nötralize edilmeyen travmatik yaşantı bireyi ruhsal açıdan yaraladığı gibi diğer kişiler için de önemli bir risk faktörüdür. Başka bir kişiye ya da nesile aktarılan travma artık sadece kişinin kendisi için tehdit olmaktan çıkmıştır. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış bireylerin, travmatik deneyimleri en yakınındaki ve en güçsüz

kişiyeye -adeta bir zehir konteyneri olarak gördüğü özneye-, yani kendi çocuğuna aktarması oldukça muhtemeldir (deMause, 1982; Öztürk, 2021a). Dissoanalitik ekol açısından travmatik yaşantılar bireylerden ailelere ve toplumlara doğru yayılım göstermektedir. Evli çiftlerde dissosiyojenik düzlemde gerçekleşen kuşaklararası ve kuşaklararası travma geçişi fenomeni, başta dissosiyatif bozukluklar olmak üzere birçok farklı psikopatoloji ve disfonksiyonel aile dinamiğinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b).

Bu yüksek lisans çalışmamız travmatize ya da dissosiyeye evli çiftlerdeki psikopatolojilere odaklı olarak yürütülmüştür. Dissoanalitik bağlamda olumsuz yaşam deneyimleri ve yanlış çocuk yetiştirilme stilleri, bireylerdeki psikopatolojileri majör oranda açıklamaktadır ki aslında bütün subklinik ya da klinik psikiyatrik belirtiler, travmatik yaşantılar ve disfonksiyonel aile dinamikleri ile yakından ilişkilidir (Öztürk, 2022a; 2024b). Sonuç olarak örneklem grubumuzda evli erkeklerdeki travmatik yaşantılar oranı %42 iken evli kadınlarda ise %46 olarak bulgulanmıştır ki bu yüksek lisans tezinde travmatik geçmişi olan evli erkek ve kadınların psikopatolojik süreçlerinin dissoanalizi modern psikotravmatoloji açısından gerçekleştirilmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olarak evli erkeklerde dissosiyatif yaşantılar $M=20$, evli kadınlarda ise, $M=21$ olup her iki grupta da kendine zarar verme davranışları 10,60 oranlarındadır. Dissoanaliz kuramına göre insan kökenli bireysel travmalar insan kökenli toplumsal travmalara; insan kökenli toplumsal travmalar ise insan kökenli bireysel travmalara transforme olmaktadır. İnsan kökenli travmalar bireyden aileye; aileden topluma dominatik ve pervasif bir yayılım gösterir. Dünyanın bütün toplumlarında ve zamanlarında nötralize edilemeyen travmatik yaşantılar hem kadın hem de erkek evli bireylerde benzer dissosiyatif reaksiyonlara ve psikopatolojilere yol açmaktadır ki barış ve empati odaklı bir dünya adına, kısa ve uzun dönemli travmatik yaşantıları önleme stratejileri ve etkin psikoterapi modelleri artık tüm insanlık adına bir zorundalığa dönüşmüştür! (Öztürk, 2022a).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Perspektifinden Çocukluk Çağı Travması Bildiren Evli Çiftlerin Psikopatolojik Dinamikleri” başlıklı yüksek lisans tez çalışmamızın temel amacı; evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışı ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden değerlendirilmesidir. Çocukluk çağı travmalarının; “*dissosiyatif yaşantılar*”, “*kendini zarar verme davranışları*” ve “*travma sonrası büyüme*” üzerindeki yordayıcı etkisinin analiz edildiği çalışmamızın, evli çiftler evreninde gerçekleşmesi sebebiyle “*aile psikolojisi*”; modern psikotravmatoloji ve dissoanalitik perspektif temeli ile “*klinik adli psikoloji*”; kişilik özellikleri ve psikopatoloji gibi verilerle “*klinik psikoloji*” alanlarına önemli bilimsel katkılar sunacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda, bu çalışmadan elde edilen verilerin, aile hayatına yönelik etkin kurumsal politikaların ve fonksiyonel stratejilerin geliştirilmesine imkân sağlayacağı predikte edilmektedir. Araştırmamızdan elde edilen temel sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

1. Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.
2. Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.
3. Evli çiftlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları ile Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde kısmen bir ilişki vardır.

4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30 ve üzeri olan evli çiftlerin, Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri toplam puanı, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30'dan az olan evli çiftlere göre daha yüksek bulunmamıştır.
5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30 ve üzeri olan evli çiftlerin, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)'nden aldıkları toplam puan, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalaması 30'dan az olan evli çiftlere göre daha düşük bulunmamıştır.
6. Bu çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide kendine zarar verme davranışlarının aracılık etkisi vardır.
7. Ancak örneklem grubumuzda çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisi bulunmamaktadır.
8. Evli çiftlerde kadınlar erkeklere göre daha fazla cinsel istismar bildirmiştir.
9. Travma sonrası büyüme alt boyutları açısından evli çiftlerde; kadınlar erkeklere göre daha fazla benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim göstermiştir.
10. Evli çiftlerde kadınlar ile erkekler arasında kendine zarar verme davranışları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Örnekleminizin ortalamaya yakın sayıdaki evli çiftlerden meydana gelmesi bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı olup gelecek araştırmalar için önerilerimiz şöyledir:

- I. Yüksek lisans tez çalışmamız, İstanbul'da yaşayan evli çiftlerle gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, Türkiye profilini yansıtacak geniş örnekleme sahip bir grup ile çalışılması hem

araştırmamızın bulgularının desteklenmesine hem de daha farklı sonuçların ortaya çıkmasına imkan sağlayarak çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, travma sonrası büyüme ve kendine zarar verme davranışları temelli alan yazındaki akademik çalışmaların artarak kapsamlı bir literatürün ortaya çıkmasına zemin hazırlayacaktır.

- II. Örneklemimizde, psikiyatrik tanı alan evli katılımcılar oldukça sınırlı sayıdadır. Çocukluk çağı travmalarına sahip ve psikiyatrik tanı alan evli bireylerdeki kendine zarar verme davranışı ve travma sonrası büyüme ilişkisini daha iyi açıklayabilmek amacıyla sadece evli olan klinik örneklem ile yeni bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- III. Etkin ve uygulanabilir çocukluk çağı travmaları önleme stratejilerinin geliştirilmesi bütün ruh sağlığı uzmanlarının en temel görevleri arasında yer almalıdır. Bu nedenle bireysel travmaların tedavi edilmeleri kadar aile gibi psikotoplumsal bir kurumun içerisinde yaşanan travmatik yaşantıların sonlandırılması öncül bir önem taşımaktadır. Çocuklar aile ortamı içerisinde şımartılma, çift mesaj, sahte karşılıklılık, duyarsızlık, dissosiyatif bağlanma, anne-babalık reddi, yetişkinleştirme, evlat ayrımı ve okutulmama gibi psikopatojen dinamiklerin yer aldığı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile travmatize edilmektedirler. Bu yanlış çocuk yetiştirme stilleri zaten evlilik içerisinde disfonksiyonel ve travmatik bir sürecin olduğunun en net kanıtıdır ki bu kanıtlar klinik psikologlar, psikolojik danışmanlar ve psikiyatrlar tarafından ivedilikle fark edilmelidir.
- IV. Çalışmamızın sonuçlarına bağlı olarak dikkat edilmesi gereken diğer bir husus, çocukluk çağı travmalarının negatif yöndeki etkilerinin evlilik dinamikleri içerisinde yaşantılabilmesidir. Dissoanalitik açıdan bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının evlilik yaşamına olan etkilerine karşı sunulacak ruh sağlığı hizmetlerinin, yalnızca travmatik bireye odaklanmak yerine pozitif değişime katkı sunabilecek ve iyileşme yönünde potansiyel destek kaynağı olabilecek başta eşler olmak üzere tüm sosyal destek sistemlerinin de dahil edilmesi ve çocukluk çağı travmalarının kısa ve uzun dönemli

dissosiyeejik etkileriyle m¼cadele edebilme s¼recinde etkin bir g¼ce d¼n¼şebileceęi öngörülmektedir.

V. Çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşıntılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme; klinik ve adli psikoloji ile yakından ilişkili kavramlardır. Bu yüksek lisans tezi, modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden evli çiftlerde gerçekleştirilen çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşıntılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme ilişkisini yansıtan, güncel, özgün ve yeni bir çalışma olarak yapılandırılmıştır. Modern psikotravmatoloji ve/veya dissoanalitik ekol kuramsal çerçevesi temelinde benzer metodolojiyle, farklı değişkenler, farklı k¼ltürler ve farklı örneklem grupları ile ulusal ve uluslararası düzeyde yeni bilimsel çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

VI. Yüksek lisans tez çalışmamızda, evli çiftlerde çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyümeye olan etkisi tespit edilmiştir. Bu sonuç, sadece kanserli hastalar, cinsel istismar ve savaşı/terör gazileri gibi travma sonrası büyümenin çalışıldığı temel örneklem grupları dışında, çocukluk çağı travmaları ekseninde de travma sonrası büyüme ilişkisine yönelik daha fazla kesitsel ve boylamsal akademik çalışmaların yürütülebilmesinin yolunu açması açısından değerli gör¼lmektedir. Ayrıca, çalışmanın evli bireyler üzerinde gerçekleştirilmesi, çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki dinamikleri üzerindeki etkilerini anlamaya yönelik önemli bir katkı sunmaktadır. Bir yakın ilişki dinamiği olarak evlilik, bireylerin travmalarını proses edebileceği, bağlanma stilleri, iletişim ve duygusal destek mekanizmalarının travma sonrası büyüme sürecini nasıl etkilediğini ortaya koyabilecek kritik bir bağlamdır. Aynı zamanda kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımı odaklı evli çiftlerde nesillerarası çalışmalar da yürütülebilir ki bu kuşaklararası çalışmalar ile çocuk yetiştirme stillerindeki uzun dönemli

değişimlerin farklı nesillerin gösterdikleri travma sonrası büyüme üzerindeki etkileri de ele alınabilir.

- VII. Yüksek lisans tez çalışmamız, çocukluk çağı travmalarıyla baş etmek zorunda kalan evli bireylerde travma sonrası büyümeye yönelik pozitif değişim olabileceğini göstermekte ve bu temel bulgu ile gelecekteki bilimsel çalışmaların söz konusu doğrultuda planlanmasının önem arz ettiği belirtilmekle birlikte modern psikotraumatoji paradigmaları ve dissoanaliz kuramı çalışmalarına katkıda bulunarak nihai hedefimize ulaşmak ve toplumumuza fayda sağlayacak çalışmalara referans olmak açısından değerli görülmektedir.
- VIII. Çocukluk çağı travmalarının uzun dönemli psikopatolojik etkilerinin anlaşılmasında koruyucu faktörlerin rolü hem bireysel hem de ailesel bağlamda önemli bir araştırma konusu olarak değerlendirilmektedir. Koruyucu faktörler, yalnızca sosyal destekle sınırlı kalmayıp, bireyin öz yeterlik algısı, stresle başa çıkma becerileri, olumlu kişilik özellikleri ve destekleyici sosyal ortamlar gibi çok boyutlu unsurları kapsamaktadır. Bu unsurların, dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve travma sonrası büyüme üzerindeki etkisinin araştırılması, çocukluk çağı travmaları ile psikopatoloji arasındaki ilişkilerin daha derinlemesine anlaşılmasına olanak sağlayabilir.
- IX. Çocukluk çağı travmalarının yanı sıra evlilik hayatında deneyimlenen örseleyici olaylar, bireylerin hem kendi hayatlarında hem de aile hayatlarında işlevsizliklere yol açabilmektedir. Dissoanalitik perspektiften travmalara erken müdahaleler, bireylerin kendine zarar verme davranışlarının azalmasını sağlayabilir ve toplumsal uyumu destekleyebilir. Gelecek araştırmalar, psikotoplumsal sağaltım adına çocukluk çağı travmalarının uzun dönemli ruhsal yansımalarının nasıl daha iyi yönetilebileceği konusunda önemli bilimsel katkılar sağlayacaktır.
- X. Çocukluk çağı travmalarının, aile içindeki disfonksiyonel ilişki dinamiklerinin ve evlilik problemlerinin yetişkinlikteki olumsuz ruhsal sonuçları arasında dissosiyatif bozukluklar,

travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar, depresyon bozuklukları ve anksiyete bozuklukları öne çıkmaktadır. Her ne kadar örneklemimiz psikiyatrik vakalardan oluşmasa da katılımcılarımızın dissosiyatif yaşantıları genellikle subklinik düzeydedir hatta sınırlı bir bölümü dissosiyatif bozukluk tanısı alabilecek düzeyde dissosiyatif yaşantıya sahiptir. Dissosiyatif bozuklukların tedavisinde, “*modern psikotravmatoloji ilkeleri: travma ve dissosiyasyon*” temelli bir yapı üzerine kurulması, vakaların ruhsal sağlıklarını kazanabilmeleri açısından önemlidir. Dissoanalitik perspektiften “*Travma Merkezli Alyans Model Terapi*”, “*Kendileşme Psikoterapisi*” ve “*Travma Model Terapi*” gibi terapi modelleri, başta travma kökenli dissosiyatif bozukluklar olmak üzere tüm örseleyici yaşantılarla ilişkili ruhsal hastalıkların tedavisinde etkili ve kısa dönemli fonksiyonel çözümler sunmaktadır.

XI. Günümüzün postmodern toplumlarındaki bireyler hem kronik çocukluk çağı travmalarının etkisiyle hem de dissosiyojen dijital iletişim ağları aracılığıyla güdümlü ilişkiler ve evlilikler deneyimlemektedirler. Disfonksiyonel aile içerisinde dissosiyasyonla edilerek yetiştirilen disfonksiyonel bireyler, başlangıç aşamasında fark edemediği güdümlü istismarcı partnerlerinin kontrolü odağında bir yaşam sürdürmeye direnç gösterebilmekten uzaklaşmışlardır. Füzyone ve psikopatolojik ilişkilerden direnç göstermekten uzaklaşmaları onları başlangıçta hayranlık duydukları narsisistik istismarcılarına ruhsal açıdan bağımlı bir hale getirmekte, kişisel gelişimlerinde ve işlevselliklerinde kesintilere neden olmaktadır. Bu nedenle dissoanalitik açıdan manipülasyon, gaslightinge maruz kalan bireylerin psikoterapi süreçlerinde, baskı karşısında itaat modaliteleri ve disfonksiyonel yakın ilişki dinamiklerinin hassasiyetle ele alınması temel bir gerekliliktir.

XII. Modern psikotravmatoloji paradigmaları ve dissoanalitik mottolar ışığında evlilik içerisindeki travma sonrası büyüme, bireylerin travmatik deneyimlerini yeniden anlamlandırma sürecinde partner desteğiyle tetiklenebilen ve çiftlerin duygusal

dayanıklılıklarını güçlendiren çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, terapötik müdahalelerin yanı sıra, çiftlere yönelik yapılandırılmış psikoeğitim programlarının geliştirilmesi, ortak dayanıklılık ve etkili başa çıkma becerilerinin kazandırılmasında önemli bir araç olarak kullanılabilir. Söz konusu programlar, çocukluk çağı travmalarından kaynaklanabilecek dissosiyatif eğilimler ve kendine zarar verme davranışlarının evlilik ilişkisi üzerindeki etkilerini ele alacak şekilde tasarlanmalı hatta çiftlerin bu tür zorluklarla daha sağlıklı başa çıkmalarını desteklemeye odaklanmalıdır. Bu tür ruhsal entegrasyon ve kendileşme ya da dissoanalitik odaklı psikoeğitim programlarının, çiftlerin travmatik geçmişlerini anlamlandırmalarını kolaylaştırarak travma sonrası büyüme sürecini desteklemesi hedeflenmelidir.

Dissoanalitik açıdan hem birbirini besleyen hem de birbirine transforme olabilen insan kökenli bireysel ve toplumsal travmaların işlevsel psikoterapi yöntem ve teknikleriyle tedavi edilmesi ve koruyucu psikososyal müdahale çalışmalarıyla muhtemel zorlayıcı deneyimlerin önlenmesi amacıyla yeni psikotoplumsal politikaların ve etkin önleme stratejilerinin geliştirilmesi elzemdir. Kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının doğrudan sonucu olan dissosiyatif bozuklukların, travma sonrası stres bozukluğunun, aile psikopatolojilerinin, şiddet ya da şımartılma odaklı çocuk yetiştirme stillerinin ve bu stillerin sebep olduğu kuşaklararası travma geçişlerinin, kuşaklararası dissosiyasyon ve psikopatoloji aktarımlarının kalıcı bir şekilde ortadan kaldırılabilmesi ve optimal düzeyde travma sonrası büyümenin deneyimlenebilmesi adına bilimsel ve bütüncül bir perspektifle modern psikotravmatoloji ilkeleri ve paradigmaları temel alınarak geliştirilen “*Dissoanaliz Kuramı*”nın kitlesel hatta evrensel şekilde benimsenip uygulanması oldukça önemlidir. Olumsuz yaşam deneyimleri ile ilişkili bireyden aileye; aileden topluma yayılım gösteren psikopatolojiler ancak ve ancak travma odaklı etkin psikoterapi yöntemleri ve kendileşme yönelimli psikoeğitimler aracılığıyla sonlandırılarak gelişim odaklı bir kitle ya da ulusun varlanış göstermesi imkanı kılınabilir!

7. KAYNAKLAR

Abdulrehman, R. Y., & De Luca, R. V. (2001). The implications of childhood sexual abuse on adult social behavior. *Journal of Family Violence*, 16(2), 193-203.

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

Affleck, G., Tennen, H., & Croog, S. (1987). Causal attributions, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8 year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.

Alicıgüzel, İ. (2001). Çağdaş okulda eğitim ve öğretim. *Istem Yayıncılık*, 2. Allen, D. M. (2010). *How dysfunctional families spur mental disorders: A balanced approach to resolve problems and reconcile relationships*. Bloomsbury Publishing USA.

Aiken, M., Moran, M., & Berry, M. J. (2011, September). Child abuse material and the Internet: Cyberpsychology of online child related sex offending. In *29th meeting of the INTERPOL Specialist Group on Crimes against Children, Lyons, France, September* (pp. 5-7).

Akiş, A. D., & Öztürk, E. (2021). Patolojik narsisizm: Duygusal istismar ve “gaslighting” perspektifinden kapsamlı bir değerlendirme. *Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi*, 6(2), 1-31.

American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). Washington, DC: American psychiatric association.

Amerikan Psikiyatri Birliği [APA]. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arı, R. (2005). *Eğitim Psikolojisi Gelişim ve Öğrenme*. Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı.

Armiento, J., Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Leschied, A. (2016). Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *Journal of Affective Disorders*, 200, 212-217.

Aydemir, Ö., & Köroğlu, E. (2000). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, 5.

Ayhan, H., & Öztürk, E. (2019). Dissosiyatif bozukluklar ve psikoterapisi: Travma model terapi. V. *Turkcess International Education and Social Sciences Congress*, İstanbul, Türkiye, 27-29 Haziran 2019, 1, 1581-1586.

Ateş, R. (2017). Evlilikte ilk yıllar, çatışmalar ve güç kavramı. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım, ss. 114-124). İstanbul: Remzi Kitabevi.

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

Batey, H., May, J., & Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 35-49.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(2), 1.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.

Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(4), 267-287.

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

Bikmazer, A., Koyuncu, Z., Kavruk Erdim, N., Kadak, M. T., Tarakcioglu, M. C., Gokler, E., ... & Ozer, O. A. (2023). Association of dissociation with suicide attempt and non-suicidal self-injury in adolescents with a history of sexual abuse. *Psychiatry*, 86(1), 17-28.

Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 1-14.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation, anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.

Braga, T., Goncalves, L. C., Basto-Pereira, M., & Maia, A. (2017). Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: A meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 37-50.

Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Lanius, R. (2014). Treatment of dissociative identity disorder. In: Gabbard GO, ed. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 439- 458.

Brand, B. L., Schielke, H. J., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Loewenstein, R. J., Myrick, A., ... & Lanius, R. A. (2019). An online educational program for individuals with dissociative disorders and their clinicians: 1-year and 2-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 156-166.

Branscombe, N. R., Fernández, S., Gámez, A., & Cronin, T. (2012). Moving toward or away from a group identity: Different strategies for coping with pervasive discrimination. In *The Social Cure* (pp. 115-131). Psychology Press.

Briere, J. (1988). The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528(1), 327-334.

Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 196.

Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 78-82.

Briere, J., & Armstrong, J. (2007). Psychological assessment of posttraumatic dissociation. In E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel (Eds.), *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment* (pp. 259–274). Arlington, VA: American Psychiatric.

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.

Brown, R. C., Heines, S., Witt, A., Braehler, E., Fegert, J. M., Harsch, D., & Plener, P. L. (2018). The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry*, 18, 1-8.

Budak, S. (2005). *Psikoloji Sözlüğü*, 3. Baskı. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Burt, M. R., & Katz, B. L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 57-81.

Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-269.

Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 245–267.

Chiu, C. D., Tseng, M. C. M., Chien, Y. L., Liao, S. C., Liu, C. M., Yeh, Y. Y., ... & Ross, C. A. (2017). Dissociative disorders in acute psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Research*, 250, 285-290.

Choi, K. R., Seng, J. S., Briggs, E. C., Munro-Kramer, M. L., Graham-Bermann, S. A., Lee, R. C., & Ford, J. D. (2017). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder

(PTSD) among adolescents: Co-occurring PTSD, depersonalization/derealization, and other dissociation symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1062-1072.

Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(2), 178.

Claassen, C. A., Trivedi, M. H., Shimizu, I., Stewart, S., Larkin, G. L., & Litovitz, T. (2006). Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 192-212.

Cloitre, M., & Rosenberg, A. (2006). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma: Second edition* (pp., 321-361). Guilford Press.

Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*.

Colangelo, J., & Keefe-Cooperman, K. (2012). Understanding the impact of childhood sexual abuse on women's sexuality. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(1), 14-37.

Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8(3), 263-285.

Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133-1151.

Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.

Cook, W. L. (2001). Interpersonal influence in family systems: A social relations model analysis. *Child Development*, 72(4), 1179-1197.

Conway, T., & Hutson, R. Q. (2008). Healthy marriage and the legacy of child maltreatment: A child welfare perspective. *Center for Law and Social Policy, Rutledge*, s:1-13

Creamer, M., O'Donnell, M. L., Carboon, I., Lewis, V., Densley, K., McFarlane, A., ... & Bryant, R. A. (2009). Evaluation of the Dispositional Hope Scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 613-617.

Cummings, E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 479-489.

Cüceloğlu, D., (1996). *Yeniden İnsan İnsana*. Remzi Kitabevi. 13. Basım, İstanbul

Çağdaş, A. (2003). *Anne-baba-çocuk iletişimi*. Konya: Eğitim Kitabevi Yayınları

Çelik, F. G. H., & Hocaoglu, Ç. (2017). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 209-226.

Çiydem, E., Bilgin, H., & Öztürk, E. (2023). Investigation of the effect of childhood traumas on mental health and family functionality in context of intergeneration line. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1-18.

Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., ... & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550.

Darling, N. (1999). *Parenting style and its correlates*. ERIC Digest.

Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2010). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge.

deMause, L. (1982). *Foundations of Psychohistory*. Londra: Creative Roots Pub.

deMause, L. (1998). The history of child abuse. *The Journal of Psychohistory*, 25(3), 216-236.

DiLillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., Trask, E., & Evans, S. (2009). Child maltreatment history among newlywed couples: a longitudinal study of marital outcomes and mediating pathways. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 680.

Duhig, M., Patterson, S., Connell, M., Foley, S., Capra, C., Dark, F., ... & Scott, J. (2015). The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 651-659

Duman, M. K., & Türk, B. (2024). *Üniversite Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının İncelenmesi: Çocukluk Çağı Travmalarının Etkisi* (Doctoral dissertation, Halic University).

Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry* (Vol. 1, pp. 280-281). New York: Basic books.

Elmacıoğlu, T. (1988). Başarıda Aile Faktörü. *Hayat Yay. İstanbul*.

English, D. J. (1998). The extent and consequences of child maltreatment. *The future of children*, 39-53.

Erim, O. S., Erdoğan, B., & Doğangün, B. (2022). Psikotravmatolojinin duayeni Pierre Janet ve psikolojik analiz yöntemi. *Psikotravmatoloji*, 95-101.

Ertuğrul, H. (2000). *Ailede ve okulda çocuk eğitimi*. Nesil Basım Yayın Gıda Ticaret ve Sanayi A. Ş.

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

Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Oncu, F., & Cakmak, D. (2009). Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatry Research*, 165(3), 273-280.

Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134-140.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Johns Hopkins University.

Fitzgerald, M., & Gallus, K. (2020). Emotional support as a mechanism linking childhood maltreatment and adult's depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104645.

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 53(3), 372–380.

Frankel, A. S., & O'Hearn, T. C. (1996). Similarities in responses to extreme and unrelenting stress: Cultures of communities under siege. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 485.

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.

Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M., & Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 19.

Friedl, M. C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 1012-1013.

Fung, H. W. (2018). The phenomenon of pathological dissociation in the ancient Chinese medicine literature. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(1), 75-87.

Fung, H. W., Ross, C. A., Yu, C. K. C., & Lau, E. K. L. (2019). Adverse childhood experiences and dissociation among Hong Kong mental health service users. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(4), 457-470.

Gander, M.J. ve Gardiner, H.W. (2001). *Çocuk ve ergen gelişimi*. (Çev. Ali Dönmez, Nermin Çelen ve Bekir Onur) (4. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi

Gander, M.J., & Gardiner, H.W. (2010). *Çocuk ve ergen gelişimi*. (Çeviren: A, Dönmez, N, Çelen ve B, Onur), (7. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.

Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 1-11.

Geçtan, E. (2020). *İnsan Olmak*. Metis Yayınları. 20. Baskı. İstanbul

Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2007). *Family therapy: an overview* (7. bs.). United States of America: Thomson Brooks/Cole.

Grand, S., & Salberg, J. (2021). Trans-generational transmission of trauma. *Social trauma—An interdisciplinary textbook*, 209-215.

Gürbüz, S., & Şahin, F. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 271.

Gürpınar, D. (2013). Eşlerin evlilik birliğinin giderlerine katılma borcu. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 8 (Özel), 1293-1340.

Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M., & Berry, A. (2016). The nature of posttraumatic growth in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 201-220.

Hawton, K., Rodham, K., & Evans, E. (2006). *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. Jessica Kingsley Publishers.

Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 645-659.

Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195.

Herman, J. (1983). Recognition and treatment of incestuous families. *International Journal of Family Therapy*, 5(2), 81-91.

Herman, J.L. (2019). *Travma ve İyileşme: şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre* (6. Baskı). Tamer Tosun (Çev.). İstanbul: Literatür.

Hilgard, E. R. (1977). The problem of divided consciousness: A neodissociation interpretation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 296(1), 48-59.

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

Hurlock, E. B. (1949). *Adolescent development*. McGraw-Hill

Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes [Neuroses and fixed ideas]*. Paris: Félix Alcan.

Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. 1st ed. Londra & New York: Macmillan.

Janet, P. M. F., Paul, E. T., & Paul, C. T. (1925). *Psychological healing*. 2 vols.

Janet, P., & Prince, M. (1907). A symposium on the subconscious. *The Journal of Abnormal Psychology*, 2(2), 58.

Janet, P. (1920). *The major symptoms of hysteria: Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University*. Macmillan.

Janet, P. (1929). *L'évolution de personnalité*. Paris: A. Chahine.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.

Janoff-Bulman, R., Berg, M., & Harvey, J. H. (1998). Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains. *Perspectives on loss: A sourcebook*, 35-47.

Joseph, J. (2005). The 1942 'euthanasia' debate in the American Journal of Psychiatry. *History of Psychiatry*, 16(2), 171-179.

Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280.

Kahana, B. (1992). Late-life adaptation in the aftermath of extreme stress. In M. Wykel, E. Kahana, & J. Kowal (Eds.), *Stress and health among the elderly* (pp. 5-34). New York: Springer

Kalkan, M. (2002). Evlilik ilişkisini geliştirme programının evlilerin evlilik uyum düzeyine etkisi.

Kang, L., Li, R., Liu, H., Ma, S., Sun, S., Zhang, N., ... & Liu, Z. (2021). Nonsuicidal self-injury in undergraduate students with major depressive disorder: the role of psychosocial factors. *Journal of Affective Disorders*, 290, 102-108.

Kanunu, T. M. (2001). Türk Medeni Kanunu. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5,4721>.

Kara, H. G. E. (2017). Aile Kuramları. Tülin Güler Yıldız (Ed.), *Ana Baba Eğitimi* içinde (4.Baskı). Ankara: Pegem Akademi, (s.17-37).

Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (26.baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.

Kartono, K. (2000). *Hygiene mental*. Bandung: Mandar Maju

Kaslow, F. W. (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. John Wiley & Sons.

Kate, M. A., Jamieson, G., & Middleton, W. (2021). Childhood sexual, emotional, and physical abuse as predictors of dissociation in adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(8), 953-976.

Kaya, M. (1997). Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 9(9), 193-204.

Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123(1), 100.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219.

Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170.

Kluft, R. P. (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. American Psychiatric Pub.

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.

Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 467-473.

Knoff, W. F. (1971). Four thousand years of hysteria. *Comprehensive Psychiatry*, 12(2), 156-164.

Kokurcan, A., & Hüseyin, H. Ö. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.

Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145.

Köknel, Ö. (1992). *Dolu dolu yaşamak*. Altın Yayınları.

Kulaksızoğlu, A. (1989). Çocuk yetiştirme tutumları ve aile. *Eğitim ve Bilim*, 13(74).

Lahav, Y., Bellin, E. S., & Solomon, Z. (2016). Posttraumatic growth and shattered world assumptions among ex-POWs: the role of dissociation. *Psychiatry*, 79(4), 418-432.

Lahav, Y., Ginzburg, K., & Spiegel, D. (2020). Post-traumatic growth, dissociation, and sexual revictimization in female childhood sexual abuse survivors. *Child Maltreatment*, 25(1), 96-105.

Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29(8), 701-708.

Lao, R. C. (1974). The developmental trend of the locus of control. *Proceedings of the Division of Personality and Society Psychology*, 1(1), 348-350.

Lashkay, A. M., Kinsella, E. L., & Muldoon, O. T. (2023). When trauma is stigmatized: Disidentification and dissociation in people affected by adverse childhood experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 33(5), 1225-1240.

Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T., & Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13-to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 23-28.

Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., & Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1703-1710.

Linley, P. A., Joseph, S. (2004) Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.

Loewenstein, R. J. (1991a). Psychogenic amnesia and fugue: a comprehensive review. *Dissociative disorders: A clinical Review*, 45-78.

Loewenstein, R. J. (1991b). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 14(3), 567-604.

Lykins, E. L., Segerstrom, S. C., Averill, A. J., Evans, D. R., & Kemeny, M. E. (2007). Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(8), 1088-1099.

Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 51, 883-911.

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.

Maercker, A., & Augsburger, M. (2017). Psychotraumatologie. *Der Nervenarzt*, 88(9). Martin, J., Anderson, J., Romans, S., Mullen, P., & O'Shea, M. (1993). Asking about child sexual abuse: methodological implications of a two stage survey. *Child Abuse & Neglect*, 17(3), 383-392.

Martin, J., Bureau, J. F., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M. F., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170-180.

Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005). Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 62-69.

Maunder, R. G., Hunter, J. J., Tannenbaum, D. W., Le, T. L., & Lay, C. (2020). Physicians' knowledge and practices regarding screening adult patients for adverse childhood experiences: A survey. *BMC Health Services Research*, 20, 1-5.

McCullough, C., Miller, E., & Johnson, J. G. (2010). Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3, 224-233.

McGowan, P. O., Sasaki, A., D'alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., ... & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348.

McIntosh, B. J. (1989). Spoiled child syndrome. *Pediatrics*, 83(1), 108-115.

Megawati, M. (2019, November). The influence between mothers's over protective attitude to the independence of children aged 5-6 years. In *Proceedings of the UR International Conference on Educational Sciences* (pp. 343-348).

Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 647–658.

Messman-Moore, T. L., Brown, A. L., & Koelsch, L. E. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 253-261.

Mevlüt, K. (1997). Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 9(9), 193-204.

Miller, D. (1994). *Women who hurt themselves: A book of hope and understanding*. Basic Books.

Millman, L. M., Hunter, E. C., Orgs, G., David, A. S., & Terhune, D. B. (2022). Symptom variability in depersonalization–derealization disorder: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 78(4), 637-655.

Minuchin, P. (2002). Looking toward the horizon: Present and future in the study of family systems. *Retrospect and prospect in the psychological study of families*, 1, 259-278.

Mohr, D., & Rosén, L. A. (2017). The impact of protective factors on posttraumatic growth for college student survivors of childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(7), 756-771.

Nada-Raja, S., & Skegg, K. (2011). Victimization, posttraumatic stress disorder symptomatology, and later nonsuicidal self-harm in a birth cohort. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3667-3681.

Nemiah, J. C. (1995). Dissociation, conversion, and somatization. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (2nd ed., pp. 1296-1307). American Psychiatric Press.

Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.

Ocak T, Karagöl A, Uzun Ö, Oruçoğlu A, Duruk M (2013) Kendini kesme şeklinde olan kendine zarar verme olgusu. *Yeni Tıp Dergisi*, 30:101-103.

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

Okumuş, V. (2018). *Çocukların sosyal medya kullanımları ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi.

Özcan, H. (1996). *İlkokul öğrencilerinin özgüvenleri, akademik başarıları ve anne-baba tutumları arasındaki ilişkiler*. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi.

Özcan, C. (2022). *Çocukluk çağı travma öyküsüne sahip yetişkin bireylerde kolektivist başa çıkma stillerinin travma sonrası büyümeyle olan ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Özkardeş, O. G. (2017). Evlilik ve Çocuk. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 125-148.

Özmen, S. K. (2004). Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(2), 27-39.

Öztürk, E. (2003). *Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı*. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi.

Öztürk, E. (2009a). Dövüş kulübü: Çifte kendilikler, çifte yaşamlar. *Psike Dergi*, 2, 75-83.

Öztürk, E. (2009b). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. *Psike Dergi*, 2, 75-83.

Öztürk, E., & Şar, 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. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Bozuklukların Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 4-94.

Öztürk, E. (2018a). Travma merkezli alyans model terapi: dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 3, 31-38.

Öztürk, E. (2018b). Psikotarih Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon. Celbiş, O (Ed.), *Turaz Akademi Adli Bilimler 2018* içinde. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 92-106.

Öztürk, E. (2020a). *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı* (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1-210.

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

Öztürk, E. (2020c). Siber toplumlar ve siber hayatlar: dissosiyojen bir ajan olarak dijital iletişim ağıları. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 5(3), 1-13.

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

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

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

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

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

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

Öztürk, E. (2023a). Dissoanalitik psikotarih: Soykırımların, baskıların, çocuk istismarlarının ve savaş travmalarının dissoanalizi. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 8(1), 1-35.

Oztürk, E. (2023b). Shared dissociative identity disorder and defector alter personality: controlled human syndrome and the objectification trap phenomenon as a gaslighting form based on dissociative narcissism from the perspective of dissoanalysis theory and dissoanalytic psychohistory. *Medicine Science*, 12(2).

Öztürk, E. (2024a). *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı* (3. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

Öztürk, E. (2024b). Necrophysiphilia as a psychopathology of the anthropocene epoch and, a dissoanalytic political psychology perspective on the transformation of individual trauma to social trauma. *Medicine Science*, 13(4), 962-72.

Öztürk, E. & Derin, G. (2019). *Travma, Dissosiyasyon ve Terör*. İstanbul: V. Uluslararası TURKCESS Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Çalıcı, C. (2019). Göçmenler ve ruh sağlığı göçmenler ve göç süreci: psikotravmatolojik bir değerlendirme. *Türkiye'de Göçmen Kapsayıcılığı: Sorundan Fırsata Dönüşüm Önerileri* (Ed. H. Sakız-H. Apak). Ankara: Pegem Akademi, 213-226.

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

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Derin, G. (2021). Psychotraumatology and dissociation: A theoretical and clinical approach. *Medicine Science*, 10, 246-54.

Öztürk, E., & Erdoğan, B. (2022). On the psychodigital components of cyber traumatization and dissociation: A psychosocial depiction of cyber societies as dissociogenic. *Medicine Science*, 11(1), 422-428.

Öztürk, E., & Derin, G. (2021). 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., & Okudan, M. (2020). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences*, 17(1).

Öztürk, E., & Derin, G. (2022a). Disfonksiyonel nesiller ve görünürde normal aile dinamikleri. *Sciences*, 20, 23.

Öztürk, E., & Derin, G. (2022b). Aile psikopatolojisi ve disfonksiyonel aile modelleri. *Sciences*, 20, 23.

Ozturk, E., & Derin, G. (2023). Modern psychotraumatology and theory of dissoanalysis: Traumatic experiences and phenomenon of dissociation. *NOFOR*, 2(3), 50-6.

Pantley, E. (2002). *Çocuklarımıza verdiğimiz gizli mesajlar*. Çev. H. Gürel, Ankara: Hsb Yayıncılık.

Papandrea, C. C. (2022). *A Study of the Relationship between Adverse Childhood Experiences, Attachment, and Trauma-Related Growth*. College of Saint Elizabeth.

Parajuli, P. (2024). Adverse childhood experiences and adult marital adjustment: The role of personality development and resilience factors. *The Batuk*, 10(2), 97-110.

Parke, R. D., & O'Neil, R. (1999). Social relationships across contexts: family-peer linkages. In *Minnesota Symposium on Child Psychology*, ed. WA Collins, B Laursen, 211–39. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Parson, E. R. (2001). Intertraumatic Dissociative Attachment: Treating Trauma-Based Transactions in Couples. *Journal of Couples Therapy*, 10(1), 69–112.

Perez, S., Lorca, F., & Marco, J. H. (2020). Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 520-535.

Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3(1), 79-100.

Peterson R, Green S. Families first-keys to successful family functioning: Family roles. 24. Erişim Tarihi: 20.02.2024. Erişim linki: <https://www.pubs.ext.vt.edu/350/350-093/350-093.html>.

Polskaya, N. A., & Melnikova, M. A. (2020). Dissociation, trauma and self- harm. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 28(1), 25-48.

Potts, N.L. & Mandleco, B.L. (2002). *Pediatric nursing: caring for children and their families*. US: Delmar Thomson Learning, 66-77

Purtle, J., Nelson, K. L., & Gollust, S. E. (2022). Public opinion about adverse childhood experiences: Social stigma, attribution of blame, and government intervention. *Child Maltreatment*, 27(3), 344-355.

Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 413-429.

Putnam, F. W. (2003). Ten year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.

Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 1-11.

Read, J., & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 89-91

Rosen, B. C. (1964). Social class and the child's perception of the parent. *Child Development*, 1147-1153.

Rosen, G. M., Spitzer, R. L., & McHugh, P. R. (2008). Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 3-4.

Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 503-517.

Ross C. (1997). *Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment*. John Wiley and Sons, New York.

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.

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

Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 23(3), 300-317.

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7-to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445.

Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., & Yeşilbaş, D. (2013). Evaluation of the relation between deliberate self-harm behavior and childhood trauma experiences in patients admitted to a secondary-care psychiatric outpatient clinic for adolescents and young adults. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(3), 222.

Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 11.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.

Saxe, G. N., Chawla, N., & Kolk, B. V. D. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 313-320.

Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011(1), 404538.

Say, G. N., Babadağı, Z., Karabekiroğlu, K., Yüce, M., & Akbaş, S. (2015). Abuse characteristics and psychiatric consequences associated with online sexual abuse. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(6), 333-336.

Sebre, S. B., Miltuze, A., & Limonovs, M. (2020). Integrating adolescent problematic internet use risk factors: Hyperactivity, inconsistent parenting, and maladaptive cognitions. *Journal of Child and Family Studies*, 29(7), 2000-2009.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149–170). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 99, 126.

Schneider, A., Conrad, D., Pfeiffer, A., Elbert, T., Kolassa, I. T., & Wilker, S. (2018). Stigmatization is associated with increased PTSD risk after traumatic stress and diminished likelihood of spontaneous remission—A study with east-African conflict survivors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 423.

Schroeder, S. R., Oster-Granite, M. L., & Thompson, T. (2002). *Self-Injurious Behavior*. Washington, DC: American Psychological Association, pp.165-179.

Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288.

Schwartzberg, S. S. (1994). Vitality and growth in HIV-infected gay men. *Social Science and Medicine*, 38, 593-602.

Scott, J. G., Ross, C. A., Dorahy, M. J., Read, J., & Schäfer, I. (2018). Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology*, 141-157.

Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M., Embelton, G., Baird, L. (2003), The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 9, 58-71.

Sheridan, G., & Carr, A. (2020). Survivors' lived experiences of posttraumatic growth after institutional childhood abuse: An interpretative phenomenological analysis. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104430.

Silver, R. L., Boon, C., & Stones, M. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *Journal of Social Issues*, 39, 81-102.

Simeon, D., & Abugel, J. (2006). Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self. *Oxford University Press*.

Simeon D, Favazza AR (2001) Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*.

Simeon, D., & Hollander, E. (Eds.). (2008). Self-injurious behaviors: Assessment and treatment. *American Psychiatric Pub*.

Simpson, C. A., & Porter, G. L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45(5), 428.

Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77.

Sledge, W H., Boydston, J. A., & Rabe, A. J. (1980). Self-concept changes related to war captivity. *Archives of General Psychiatry*, 37, 430-443.

Smith, N. B., Kouros, C. D., & Meuret, A. E. (2014). The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 41-56.

Soygüt, G., & Işikli, S. (2008). Terapötik ittifakın değerlendirilmesi: Terapötik İttifak Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4).

Söylemez, S. (2003). *Çocuk ve Disiplin, Çocuğumu Nasıl Yetiştirmeliyim?* Morpa Kültür Yayınları Ltd. Ş., 1. Baskı, İstanbul.

Steele, K., Van Der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.

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

Steine, I. M., Nielsen, B., Porter, P. A., Krystal, J. H., Winje, D., Grønli, J., ... & Pallesen, S. (2020). Predictors and correlates of lifetime and persistent non-suicidal self-injury and suicide attempts among adult survivors of childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1815282.

Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33.

Sumlin, E., Wall, K., & Sharp, C. (2020). The moderating role of dissociation in the relation between borderline features and factors of self-injury in adolescents. *Personality and Mental Health*, 14(2), 215-226.

Summit, R. (1978). Sexual child abuse, the psychotherapist and the team concept. *Dealing with sexual child abuse*, 2, 19-33.

Sutton, J. (2004) Understanding dissociation and its relationship to self-injury and childhood trauma. *Counseling & Psychotherapy Journal*, 15, 24-25.

Şanlı, D., & Öztürk, C. (2012). Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32, 31-48.

Şar, V., Yargic, L. I., & Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *The American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1329-1333.

Şar, V., & Öztürk, E. (2006). What is trauma and dissociation?. *Journal of Trauma Practice*, 4(1-2), 7-20.

Şar, V., & Öztürk, E. (2007). Functional dissociation of the self: A sociocognitive approach to trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(4), 69-89.

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

Şar, V. (2010). Dissosiyatif kimlik bozukluğu: Ruhsal travma kökenli bir psikopatoloji *Klinik Gelişim*, 22(4), 26-33

Şarlak, D., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. E. Öztürk, (Ed.).

Şekerli, B., & Bilge, Y. (2020). Çocuk ve ergenlerde travma sonrası büyüme: sistematik bir derleme çalışması. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Alanında Akademik Çalışmalar II* (cilt 4).

Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158-164.

Tan, H. (1976). Psikolojik danışma ve evlilik sorunları. *Psikoloji Çalışmaları*, 12, 97-113.

Tasheuras, O. N. (2019). Fostering resiliency and preventing re-victimization: A proposed social learning theory intervention for adult survivors of childhood sexual abuse. *Crisis, Stress, and Human Resilience: An International Journal*, 1(1), 22-27.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events.: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 319-341.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive Psychology in Practice*, 405.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 48, 10-20.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.

Thomas, L. E., DiGiulio, R. C., & Sheehan, N. W. (1991). Identifying loss and psychological crisis in widowhood. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 279-295.

Thompson, S. C. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 279-295.

Thornton, A., and T. E. Fricke. (1989). Social change and the family: Comparative perspectives from the West, China and South Asia. In *Demography as an interdiscipline*. Edited by J. Mayone Stycos. New Brunswick, N.J.: Transaction. Hintikka J.: Transaction. p. 128–161

Tolmunen, T., Rissanen, M. L., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylvä, J., & Laukkanen, E. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 768-771.

Toprak, S., Cetin, I., Guven, T., Can, G., & Demircan, C. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 140-144.

Tranter, H., Brooks, M., & Khan, R. (2021). Emotional resilience and event centrality mediate posttraumatic growth following adverse childhood experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 165.

Tuzcuoğlu, N. (2003). *Anne Baba Olmanın Altın Kuralları, Bir Aile Olmak*. Morpa Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.

Ubaidi, B. A. A. (2017). Cost of growing up in dysfunctional family. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 3(3), 1-6.

UNICEF. (2005). *Early marriage a harmful traditional practice a statistical exploration 2005*. Unicef.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. WW New York: Northon & Company. 41-65.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76.

Van der Kolk, B. A., Herron, N., & Hostetler, A. (1994). The history of trauma in psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 583-600.

Van Slyke, J. (2013). *Post-traumatic growth*. Naval Center for Combat & Operational Stress Control, 1-5.

Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., & Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1), 6809.

Waite, L. J. (2006). Marriage and family. In *Handbook of population* (pp. 87-108). Boston, MA: Springer US.

Waite, L., & M. Gallagher. (2000). *The case for marriage*. New York: Doubleday.

Wen, Y. J., Li, X. B., Zhao, X. X., Wang, X. Q., Hou, W. P., Bo, Q. J., & Wang, C. Y. (2019). The effect of left-behind phenomenon and physical neglect on behavioral problems of children. *Child Abuse & Neglect*, 88, 144-151.

Widom, C. S., Czaja, S., & Dutton, M. A. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 650-663.

Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American journal of psychiatry*, 148(3), 306-317.

Wolff, J. C., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Becker, S. J., Burke, T. A., Cataldo, A., & Spirito, A. (2014). Negative cognitive style and perceived social support mediate the relationship between aggression and NSSI in hospitalized adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(4), 483-491.

Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 267-283.

World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*, 29-31 March 1999, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization.

World Health Organization. (2011). A report about health. Retrieved from www.who.int/gho/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). World Health Organization.

Wu, X., Zhou, X., Wu, Y., & An, Y. (2015). The role of rumination in posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adolescents after the Wenchuan earthquake. *Frontiers in Psychology*, 6, 1335.

Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334-345.

Yavuzer, H. (1997). *Çocuk Eğitimi El Kitabı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2001). *Ana-Baba Okulu*. Remzi Kitabevi, 9. Basım, İstanbul.

Yavuzer, H. (2003). *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 145-160.

Yavuzer, H. (2004). *Ana baba ve çocuk*. Remzi Kitabevi, 7. Baskı, İstanbul.

Yavuzer, H. (2006). *Çocuk eğitimi el kitabı*. Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2017a). *Anne-Baba ve Çocuk* (27. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2017b). Çocuk yetiştirmede farklı ebeveyn tutumları. Haluk Yavuzer (Ed.), *Ana-Baba okulu* (21. Basım, s.115-127). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yörükoğlu, A. (1992). *Değişken toplumda aile ve çocuk*. Özgür Yayın Dağıtım, 4. Baskı, İstanbul.

Yörükoğlu, A. (2004). *Çocuk ruh sağlığı* (27. Basım). İstanbul: Özgür Yayınları, 29-38.

Yu, C. K. C. (2014). Psychopathological symptoms as a function of trauma, dreams, and inhibitions. *Dreaming*, 24(4), 309.

Yumbul, C., Cavusoglu, S., & Geyimci, B. (2010). The effect of childhood trauma on adult attachment styles, infidelity tendency, romantic jealousy and self-esteem. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 5, 1741-1745.

Yücel, D., & Öztürk, E. (2021). Evli Çiftlerde Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Eş Desteğinin Aracılık Rolü. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 290-307.

Zetzel E. (1956). Current concepts of the transference. *International Journal of Psychoanalysis* 37:369-76.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12-16.



8. EKLER

8.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Prof. Dr. Erdiç ÖZTÜRK danışmanlığında Psikolojik Danışman Ümmehan PEKER tarafından yürütülen “Modern Psikotraumatoji ve Dissoanaliz Kuramı Perspektifinden Çocukluk Çağı Travması Bildiren Evli Çiftlerin Psikopatolojik Dinamikleri” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı çocukluk çağı travması bildiren evli çiftlerin dissosiyatif yaşantı, kendine zarar verme davranışı ve travma sonrası büyüme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE), Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) adlı veri toplama araçları kullanılacaktır. Araştırma için tahminen 30 dakika ayırmanız beklenmektedir. Araştırmaya siz dahil 125 çift, 250 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece sizin iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Araştırmada toplanan tüm veriler ise tamamıyla gizli tutulacak ve araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Dijital ortamda saklanan veriler

şifreleme yöntemi ile korunacak; kağıt ortamında yer alan veriler ise kilitli bir dolapta saklanacaktır. Toplanan tüm veriler çalışmanın tamamlanmasının ardından 2 sene içerisinde geri döndürülemeyecek şekilde imha edilecektir. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Danışman: Prof. Dr. Erdinç Öztürk

Araştırmacı: Ümmehan PEKER

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

İmzası:

8.2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş: ...

2. Cinsiyet:

Kadın () Erkek ()

3. Eğitim Durumu:

Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Lisans()

Lisansüstü (Yüksek Lisans/Doktora) ()

4. Mesleğiniz:

5. İş Durumu:

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

6. Ailenizin Aylık Toplam Geliri:

11402 TL ve altı () 11402-30000 () 30001-50000 () 50001-75000 ()

75000 TL ve üstü ()

7. Annenizin Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Lisans () Lisansüstü (Yüksek Lisans/Doktora) ()

8. Babanızın Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Lisans () Lisansüstü (Yüksek Lisans/Doktora) ()

9. Adli sicil kaydınız var mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise hangi suç/suçlarla ilişkili adli sicil kaydınız var?

.....

10. Daha önce psikolojik destek aldınız mı?

Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise, ne kadar süre psikolojik destek aldınız?

0-1 yıl () 2-3 yıl () 4 yıl ve üzeri ()

Daha önce psikolojik destek aldıysanız hangi amaç/larla aldınız?

Aile içi sorunlar ()

Eş ile ilgili sorunlar ()

Çocuklar ile ilgili sorunlar ()

İş ile ilgili sorunlar ()

Kendinizle ilgili sorunlar ()

Diğer ()

.....

11. Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet () Hayır ()

Psikiyatrik tanı aldıysanız bu tanı/tanılar nelerdir?

.....

12. Anneniz ile olan ilişkiniz nasıldır?

İlişki yok () Kötü () Orta () İyi ()

13. Babanız ile olan ilişkiniz nasıldır?

İlişki yok () Kötü () Orta () İyi ()

14. Anne ve babanızın birbirleri ile olan ilişkileri nasıldır?

İlişki yok () Kötü () Orta () İyi ()

15. Kardeşleriniz ile olan ilişkiniz nasıldır?

İlişki yok () Kötü () Orta () İyi ()

16. Eşiniz ile olan ilişkiniz nasıldır?

İlişki yok () Kötü () Orta () İyi ()

17. Anne-baba tutumları açısından kendi ebeveynleriniz aşağıdaki seçeneklerden

hangisine en yakındır?

Aşırı koruyucu ()

Otoriter ()

Tutarsız ()

İlgisiz ()

Destekleyici ve kabul edici ()

18. Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

Çocuğunuz varsa, kaç çocuğunuz var?

1 () 2-3 () 4 ve üzeri ()

Çocuğunuz varsa, çocuğunuz/çocuklarınız ile olan ilişkiniz nasıldır?

İlişki yok () Kötü () Orta () İyi ()

19. Kaç yıldır evlisiniz?

1-2 yıl () 3-5 yıl () 6-9 yıl () 10 yıl ve üzeri ()

20. Evlenmeden ne kadar zaman önce tanıştınız?

1 yıldan az () 1-3 yıl () 4-6 yıl ()

7-10 yıl () 11 yıldan fazla ()

21. Tanışma şekliniz:

Görücü usulü () Arkadaş ortamı () İş ortamı ()

İnternet ortamı () Diğer ().....

22. Kaç yaşında evlendiniz?

.....

23. Bu kaçınıcı evliliğinizdir?

İlk () İkinci () Üçüncü ya da üzeri ()

24. Evlilik problemleri yaşıyor musunuz?

Evet () Bazen () Hayır ()

25. Cevabınız bazen ya da evet ise, en sık yaşadığınız evlilik problemi nedir?

Duygusal şiddet ()

Fiziksel şiddet ()

Cinsel şiddet ()

Duygusal ihmal ()

Fiziksel ihmal ()

Kayınvalide/kayınpeder problemleri ()

Çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık ()

Diğer.....

26. Eşinizle tartıştıktan sonra kendinizi suçlar mısınız?

Evet () Bazen () Hayır ()

27. Travmatik yaşantılarla başa çıkarken eşinizden destek alır mısınız?

Evet () Bazen () Hayır ()

28. Travmatik yaşantılarla baş edebildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet () Bazen () Hayır ()

8.3. 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 içeresine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	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. Ailemdedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tıpsız” 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, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi 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. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

8.4. DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Bu ölçek 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 işaretleyiniz.

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 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 rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin, nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı İşaretleyiniz.

% 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 rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olanrakamı işaretleyiniz.

% 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. Bud urumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin, spor türleri, iş ve sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin, bir mektubu postaya attığını, yoksa sadece atmayı mı düşündüğünü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan rakamı işaretleyiniz.

% 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8.5. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama durumlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı) ve intihar amacı olmaksızın gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1. Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	.....	Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	.....
Isırma	.....	Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	.....
Yakma	.....	Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	.....
Cilde bir harf / yazı / şekil kazıma	.....	Cildi sert bir yüzeye sürtme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökünden)	.....	Tehlikeli / zararlı madde içme / yutma	.....
		Aşırı yemek yeme	.....
		Aşırı alkol tüketimi	.....
		Aşırı sigara tüketimi	.....
		Aşırı uyuşturucu madde tüketimi	.....

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

2. Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sorudaki bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.
3. Hangi yaşta? İlk kez kendinize zarar verdiniz
En son ne zaman kendinize zarar verdiniz

4. Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?
Lütfen daire içine alınız **EVET** **BAZEN** **HAYIR**

5. Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?
Lütfen daire içine alınız **EVET** **BAZEN** **HAYIR**

6. Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?
Lütfen daire içine alınız
< 1 saat **1-3 saat** **3-6 saat**
6-12 saat **12-24 saat** **> 1 gün**

7. Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?
Lütfen daire içine alınız **EVET** **HAYIR**

Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

Kendime zarar verdiğimde, ...	Bana hiç uygun değil	Bana kısmen uygun	Bana çok uygun
1. Kendimi sakinleşmiş hissederim.	0	1	2
2. Kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.	0	1	2
3. Kendimi cezalandırmış olurum.	0	1	2
4. Kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek).	0	1	2
5. Uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.	0	1	2
6. İntihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.	0	1	2
7. Heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum.	0	1	2
8. Akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur.	0	1	2
9. Başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum.	0	1	2
10. Acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.	0	1	2
11. Kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.	0	1	2
12. Birisinden hincımı çıkartmış olurum.	0	1	2
13. Kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2
14. İçimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum.	0	1	2
15. Başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
16. Değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.	0	1	2
17. Duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.	0	1	2
18. Fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense).	0	1	2
19. İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum.	0	1	2
20. Uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum.	0	1	2
21. Başkalarına uyum sağlamış olurum.	0	1	2
22. Başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum.	0	1	2
23. Güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
24. Duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum.	0	1	2

25. Başkalarından intikam almış olurum.	0	1	2
26. Başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.	0	1	2
Kendime zarar verdiğimde, ...	Bana hiç uygun değil	Bana kısmen uygun	Bana çok uygun
27. Kaygı, hüsrân öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafıflemiş olur.	0	1	2
28. Kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum.	0	1	2
29. Kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum.	0	1	2
30. Kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım. Bu, benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir.	0	1	2
31. Kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum.	0	1	2
32. İntihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum.	0	1	2
33. Sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi).	0	1	2
34. Arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum.	0	1	2
35. Sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum.	0	1	2
36. Fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2
37. Yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum.	0	1	2
38. Bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum.	0	1	2
39. Özerkliğimi, bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum.	0	1	2

8.6. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
4. Kendime güven hissinde artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
18. Daha güçlü bir inanca sahibim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
19. Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)

Türkçe Forma İlişkin Puanlama Yönergesi

Benlik algısında değişim = Madde 5 + Madde 10 + Madde 11 + Madde 12 + Madde 13 + Madde 15 + Madde 16 + Madde 17 + Madde 18 + Madde 19

Yaşam felsefesinde değişim = Madde 1 + Madde 2 + Madde 3 + Madde 4 + Madde 7 + Madde 14

Başkalarıyla ilişkilerde değişim = Madde 6 + Madde 8 + Madde 9 + Madde 20 + Madde 21

Orijinal Forma İlişkin Puanlama Yönergesi

Başkalarıyla ilişkiler = Madde 6 + Madde 8 + Madde 9 + Madde 15 + Madde 16 + Madde 20 + Madde 21

Yeni olanaklar = Madde 3 + Madde 7 + Madde 11 + Madde 14 + Madde 17

Kişisel dayanıklılık = Madde 4 + Madde 10 + Madde 12 + Madde 19

Manevi değişim = Madde 5 + Madde 18

Hayata değer verme = Madde 1 + Madde 2 + Madde 13

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ümmehan PEKER

Eğitim Bilgileri:

- 2016-halen** İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
- 2009-2014** Boğaziçi Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü
- 2005- 2009** Altınkaya Anadolu Lisesi, Türkçe-Matematik, Haziran 2009

İş Bilgileri:

- 2023** Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Görevlendirmesi- Hatay- Deprem Psikososyal Destek
- 2022- halen** Psikoterapi- Kabul ve Kararlılık Terapisi- Online ve Yüz yüze Psikolojik Danışmanlık
Korunma ve bakım altında olan refakatsiz ve ailesinden ayrı düşmüş çocuklara bireysel danışmanlık, grup çalışmaları ve proje koordinatörlüğü
- 2015- halen** İstanbul Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü- Avrupa Yakası Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi Müdürlüğü
- 2013-2014** Özel Mavigün Anadolu Lisesi/ uygulama stajı (1 sene boyunca-150 saat)
Özel Mavigün Anadolu Lisesi/ gözlem stajı (15 saat)