T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman:

PROF. DR. ERDİNÇ ÖZTÜRK

GÖRÜNÜRDE NORMAL AİLE DİNAMİKLERİ EKSENİNDE TRAVMA, DİSSOSİYASYON VE DEPRESYON: ERZURUM ÖRNEKLEMİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. RUKİYE TURGUT

İSTANBUL, 2021

ÖZET

Üç nesil kadın yetişkinin (torun, anne, anneanne) görünürde normal aile dinamikleri ekseninde çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Erzurum'da ikamet eden 4 kuşak (Baby Boomer, X kuşağı, Y kuşağı, Z kuşağı) 3 nesil kadın yetişkin ile yürütülen bu çalışmanın örneklemini; 45 anneanne, 45 anne ve 45 torun olmak üzere toplam 135 kadın yetişkin oluşturmaktadır. Çalışmada; demografik bilgilerin dahil olduğu Görünürde Normal Aile Modellerine ilişkin 66 sorudan oluşan Demografik Bilgi Formu, Mini Mental Test (SMMT VE MMSE-E), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi (ÇKİS), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDI) kullanılmıştır. Frekans, varyans, regresyon, korelasyon, ANOVA ve MANOVA analizleri, bu çalışmada kullanılan istatiksel yöntemlerdir. Çocukluk çağı travmaları bildirme oranı en yüksek anneannelerde, en düşük ise torunlardadır. Anneanneler, annelerden ve torunlardan istatiksel açıdan daha fazla; duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal bildirmekte olup dissosiyatif yaşantılar ise nesiller arası farklılık göstermemektedir. Katılımcıların depresyon düzeyleri sadece anneanneler ve torunlar arasında farklılaşmakta olup, torunlar istatiksel açıdan daha az depresyon bildirmiştir. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve alt boyutlarının tamamı (beş alt boyut) ile dissosiyatif yaşantılar arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve alt boyutları (cinsel istismar hariç) ile depresyon düzeyleri arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmada dissosiyatif yaşantıların yordayıcıları, fiziksel istismar ve cinsel istismar; depresyonun yordayıcısı ise sadece cinsel istismar olarak bulunmuştur. Görünürde normal aile dinamikleri ekseninde dört kuşak ve üç nesil ile gerçekleştirilen bu çalışmada; çocukluk çağı travmaları,

dissosiyasyon ve depresyon, psikotravmatoloji ve klinik psikoloji perspektifinden değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Görünürde normal aile dinamikleri; çocukluk çağı travmaları; kuşaklararası travma geçişi; dissosiyasyon; depresyon; psikotravmatoloji; psikotarih; psikopatoloji

TRAUMA, DISSOCIATION AND DEPRESSION ON THE AXIS OF APPARENTLY NORMAL FAMILY DYNAMICS: THE SAMPLE OF ERZURUM

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate childhood traumas, dissociative experiences and depression levels of three generations of female adults (grandchildren, mother and grandmother) in line with apparently normal family dynamics. The sample of the study, which has been carried with 4 generations (Baby Boomer, Generation X, Generation Y, Generation Z) and 3 descendants of female adults residing in Erzurum, consists of 135 female adults, 45 of whom are grandmothers, 45 mothers and 45 grandchildren. In the study, Demographic Information Form consisting of 66 questions related to Apparently Normal Family Models including demographic information, Mini Mental Test (SMMT and MMSE-E), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Childhood Abuse and Neglect Inventory (CANI), Dissociative Experiences Scale (DES) and Beck Depression Inventory (BDI) have been used. The statistical methods used in this study have been frequency, variance, regression, correlation, ANOVA and MANOVA analysis. The highest rate of reporting childhood traumas has been in grandmothers and the lowest in grandchildren. Grandmothers report statistically more emotional abuse, physical abuse, emotional neglect and physical neglect than mothers and grandchildren, and dissociative experiences do not differ between generations. Depression levels of participants have differed only between grandmothers and grandchildren, and grandchildren have reported statistically less depression. There have been a statistically significant positive relationship between the total score of childhood traumas, and its sub-dimensions (except sexual abuse) and depression levels. In the study, the predictors of dissociative experiences have been found as physical abuse and sexual abuse; and the predictor of depression was found only as sexual abuse. In this study, which was carried out with four

generations and three generations of female adults on the axis of apparently normal family dynamics; childhood traumas, dissociation and depression were evaluated from the perspective of psychotraumatology and clinical psychology.

Keywords: Apparently normal family dynamics, childhood traumas; intergenerational transmission of trauma; dissociation; depression; psychotraumatology; psychohistory; psychopathology

ÖNSÖZ

Öncelikle, çalışmamın her aşamasında beni yönlendiren, karşılaştığım her sorunun çözümünde bana ışık tutan, değerli zamanının büyük bir kısmını biz öğrencileri için ayıran, Yüksek Lisans öğrenimimiz boyunca mesleki deneyimlerini ve üst düzey bilgilerini bizlerle paylaşan, karşılaştığımız her akademik zorluğu aşmamız için yanımızda olan, öğrencisi olmaktan onur ve gurur duyduğum İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü Sayın Prof. Dr. Erdinç Öztürk'e şükranlarımı sunarım.

Hayatımın hemen her aşamasında yanımda olan, maddi manevi hiçbir eksiklik hissettirmemek için çalışan, dürüstlük, istikrar ve akademik çalışmaların kıymetini öğrendiğim, karşılaştığım her zorlukta samimiyetle yanımda olan çok sevdiğim abim Dr. Kadir Turgut'a,

Hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen aileme, öğrencilik hayatımdan itibaren hayatımı renklendiren, mutluluğumu, hüznümü ve başarımı paylaştığım arkadaşlarım Av. Ayşe Ergül Arslanoğlu'na, Dr. Arş. Gör. Bedriye Gülay Acar'a,

Tez yazım sürecimde yanımda olan ve beni destekleyen Uzm. Psikolog Öğr. Gör. Elif Darıcı'ya,

Çalışmam için yaşam deneyimlerini içtenlikle paylaşan katılımcılara teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

1. İçindekiler Tablosu

ÖZET i
ÖNSÖZ v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xvii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 18
2. GENEL BİLGİLER 24
2. 1. Aile Kavramı 24
2. 1. 1. Çocuk Kavramı 25
2. 1. 2. Aile Modelleri 27
2. 1. 3. Görünürde Normal (Disfonksiyonel) Aile Modelleri 28
2. 1. 4. 1. Extratensive (Dışa Dönük) aile 29
2. 1. 4. 2. İntroversive (İçe Dönük) aile 31
2. 1. 4. 3. Karışık (Mixed) aile 32
2. 1. 4. 4. Dönüşebilen (Reversible) aile 33
2. 1. 4. 5. Dissosiyatif (Bölünmüş) aile 34
2. 1. 4. 6. Şizoidi aile modeli 35
2. 1. 4. 7. Depresif (Melankolik) aile modeli 36
2. 1. 4. 8. Narsisistik aile modeli 37
2. 1. 4. 9. Ensest aile modeli 38
2. 1. 4. 10. Obsesif-kompulsif eğilimli aile modeli 39
2. 1. 4. 11. Dijital aile modeli 40
2. 1. 4. Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili 40
2. 1. 5. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Yanlış Çocuk Yetiştirme Sitilleri 42
2. 1. 5. 1. Sahte karşılıklılık 42
2. 1. 5. 2. Çift mesaj 43
2. 1. 5. 3. Güvensiz bağlanma ve istismarcıya bağlanma 43
2. 1. 5. 4. Güvensiz bağlanma Stilleri 44
a) Kaygılı bağlanma 44
b) Kararsız Bağlanma 44
c) Kaçınmacı bağlanma 45

d) Dezorganize/ Dağınık bağlanma 45
2. 1. 5. 5. Ailede gizli cepheleşme 46
2. 1. 5. 6. Hasta/Aptal rolü 46
2. 1. 5. 7. Şımartılma 47
2. 1. 5. 8. Arkadaş Anne/Baba 48
2. 1. 5. 9. Anne/babalık reddi 48
2. 1. 5. 10. Duyarsızlık 49
2. 1. 5. 11. Yüksek beklenti düzeyi 50
2. 1. 5. 12. Ebeveynlerin rol değişimleri ve diğerinin yerini başarısız doldurma girişimleri 50
2. 1. 5. 13. Okutulmama (Eğitim ihmali) 51
2. 1. 5. 14. Çocuk işçiliği 51
2. 1. 5. 15. Doktora, dişçiye ya da psikoloğa götürmeme 52
2. 1. 5. 16. Paylaşan ebeveynlik: "Sharenting" 53
2. 1. 5. 17. Evlat ayrımı 53
2. 1. 5. 18. Haset, kıskançlık ve nezaketsizlik 53
2. 1. 5. 19. Çocuktan, ergenden ve yetişkinden ebeveyne yönelik şiddet 54
2. 1. 6. Kuşak Kavramı 55
2. 2. Travma 57
2. 2. 1. Travma Kavramı 57
2. 2. 2. Çocukluk Çağı Travmaları 58
2. 2. 3. Çocuk İstismarı ve İhmali 59
2. 2. 3. 1. İstismar 59
2. 2. 3. 1. 1. Fiziksel İstismar 60
2. 2. 3. 1. 2. Duygusal İstismar 62
2. 2. 3. 1. 3. Cinsel İstismar 62
2. 2. 3. 2. İhmal 64
2. 2. 3. 2. 1 Fiziksel ihmal 65
2. 2. 3. 2. 2. Duygusal ihmal 65
2. 2. 4. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojisi 65
2. 2. 5. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi 67
2. 2. 6. Kuşaklararası Travma Geçişi ve Kuşaklararası Travma Aktarımı 67
2. 2. 7. Kuşaklararası Patoloji Aktarımı 71

2. 2. 8. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler 73
2. 3. Dissosiyatif Yaşantılar ve Dissosiyatif Bozukluklar 73
2. 3. 1. Dissosiyasyon Kavramı 73
2. 3. 2. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar 75
2. 3. 2. 1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu 75
2. 3. 2. 2. Dissosiyatif amnezi 77
2. 3. 2. 3. Depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğu 77
2. 3. 2. 4.Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar 78
2. 3. 3. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi 79
2. 3. 4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi 79
2. 3. 5. Dissosiyatif Bozukluklar ve Adli Bilimler 80
2. 4. Depresyon 81
2. 4. 1. Depresyon Kavramı 81
2. 4. 2. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları 82
2. 4. 2. 1. Yıkıcı duygu durum bozukluğu 82
2. 4. 2. 2. Majör depresyon bozukluğu 83
2. 4. 2. 3. Süregiden depresyon bozukluğu (Distimi) 85
2. 4. 2. 4. Aybaşı öncesi (Premenstrüel) disfori bozukluğu 86
2. 4. 3. 5. Madde / İlaç kaynaklı depresyon bozukluğu 87
2. 4. 3. Depresyon Bozukluklarını Açıklayan Kuramlar 89
2. 4. 4. Depresyonun Epidemiyolojisi 91
2. 4. 5. Depresyonun Etiyolojisi 92
2. 4. 6. Depresyon ve Adli Bilimler 93
2. 5. Görünürde Normal Aile Dinamikleri Açısından Çalışmanın Temel Kavramları ..94
2. 5. 1. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Depresyon Bozuklukları 94
2. 5. 2. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Dissosiyatif Bozukluklar 94
2. 5. 3. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Çocukluk Çağı Travmaları 95
2. 5. 4. Dissosiyatif Bozukluklar ve Çocukluk Çağı Travmaları 95
2. 5. 5. Dissosiyatif Bozukluklar ve Depresyon Bozuklukları 96
3. GEREÇ VE YÖNTEM 98
3. 1. Araştırmanın Modeli 98
3. 2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 98

3. 3. Veri Toplama Araçları 100
3. 3. 1. Görüşme Formu 100
3. 3. 2. Mini Mental Test (SMMT VE MMSE-E): 101
3. 3. 3. Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇKİS): . 101
3. 3. 4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28): 101
3. 3. 5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES): 102
3. 3. 6. Beck Depresyon Ölçeği (BDE): 102
3. 4. İstatistiksel Yöntem 103
4. BULGULAR 104
5. TARTIŞMA 155
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 167
7. KAYNAKLAR 173
8. EKLERÇ 198
Ek 1: Aydınlatılmış Gönüllü Olur Formu ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 2: Mini Mental Durum Testi Mini Mental State Examination (MMSE)..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 3: Görüşme Formu ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Demografik Bilgi Formu ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 4: Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı Soru Listesi..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 4: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 6: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 7: Beck Depresyon Envanteri (BDE) ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
9: ÖZGEÇMİŞ ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I: Baby Boomer Kuşağı Anneannelerin Mini Mental Puanları.....81

Tablo II: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Yaş Ortalamaları.....104

Tablo III: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumu.....105

Tablo IV: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Mesleki Bilgileri.....106

Tablo V: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Kimlerle Yaşadıkları.....107

Tablo VI: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Aylık Gelir Durumları.....108

Tablo VII: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Ailelerindeki Kişi Sayıları.....109

Tablo VIII: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu.....110

Tablo IX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri: "Sahte Karşılıklılık" Frekansları.....111

Tablo X: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Sahte Karşılıklılık" Ortalamaları.....112

Tablo XI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri: "Çift Mesaj" Frekansları 113

Tablo XII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Çift Mesaj" Ortalamaları.....113

Tablo XIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Güvensiz Bağlanma" Frekansları.....114

Tablo XIV: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Güvensiz Bağlanma" Ortalamaları.....115

Tablo XV: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Ailede Gizli Cepheleşme" Frekansları.....116

Tablo XVI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Ailede Gizli Cepheleşme" Ortalamaları.....116

Tablo XVII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Hasta/Aptal Rolü" Frekansları.....117

Tablo XVIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Hasta/Aptal Rolü" Ortalamaları 118

TabloXIX: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Şımartılma" Frekansı.....119

Tablo XX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Şımartılma" Ortalaması 119

Tablo XXI: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Arkadaş Anne/Baba" Frekansları.....120

Tablo XXII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Arkadaş Anne Baba" Ortalamaları 120

Tablo XXIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Anne/Babalık Reddi" Frekansları.....121

Tablo XXIV: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Anne/Babalık Reddi" Ortalamaları 121

Tablo XXV: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Duyarsızlık" Frekansları 122

Tablo XXVI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Duyarsızlık" Ortalamaları 122

Tablo XXVII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Yüksek Beklenti Düzeyi" Frekansları.....123

Tablo XXVIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Yüksek Beklenti Düzeyi" Ortalamaları 123

Tablo XXIX: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Yetişkinleştirme" Frekansları.....124

Tablo XXX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Yetişkinleştirme" Ortalamaları 125

Tablo XXXI: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Okutulmama" Frekansı 126

Tablo XXXII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Okutulmama" Ortalaması.....126

Tablo XXXIII:Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Doktora, Dişçiye ve Psikoloğa Götürmeme" Frekansı.....127

Tablo XXXIV: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Doktora, Dişçiye ve Psikoloğa Götürmeme" Ortalaması 127

Tablo XXXV: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar" Frekansı.....128

Tablo XXXVI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar" Ortalaması.....128

Tablo XXXVII: Nesillere Göre Normal: "Fonksiyonel Aile Dinamikleri" (a) Frekansları 129

Tablo XXXVIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri Normal: "Fonksiyonel Aile Dinamikleri" (b) Frekansları 130

Tablo XXXIX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri "Normal: Fonksiyonel Aile Dinamikleri" Ortalamaları.....131

Tablo XL: Nesillere Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puanları....132

Tablo XLI: Çocukluk Çağı Travmalarının Nesillere Göre Değişimine Dair Çoklu Varyans Analizi Sonuçları 133

Tablo XLII: Kuşaklara Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları 134

Tablo XLIII: Nesillere Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Sıklığı 135

Tablo XLIV: Nesillere Göre Duygusal İstismar Toplam Puanları.....136

Tablo XLV: Kuşaklara Göre Katılımcıların Duygusal İstismar Toplam Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları 136

Tablo XLVI: Nesillere Göre Katılımcıların Fiziksel İstismar Toplam Puanları 137

Tablo XLVII: Kuşaklara Göre Katılımcıların Fiziksel İstismar Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları 137

Tablo XLVIII: Nesillere Göre Katılımcıların Cinsel İstismar Toplam Puanları.....138

Tablo XLIX: Nesillere Göre Katılımcıların Duygusal İhmal Toplam Puanları 138

Tablo L: Nesillere Göre Katılımcıların Duygusal İhmal Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları 139

Tablo LI: Nesillere Göre Katılımcıların Fiziksel İhmal Toplam Puanları 139

Tablo LII: Nesillere Göre Katılımcıların Fiziksel ihmal Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları 140

Tablo LIII: Nesillere Göre Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları 140

Tablo LIV: Nesillere Göre Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantıları Düzeyleri Varyans Analizi Sonuçları (levene p=.891) 141

Tablo LV: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantı Düzeylerine İlişkin Frekans Tablosu 141

Tablo LVII: Nesillere Göre Katılımcıların Depresyon Düzeyleri Varyans Analizi Sonuçları (levene p=.001) 142

Tablo LVIII: Nesillere Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları.....143

Tablo LIX: Çocukluk Çağı Travmaları, Dissosiyatif Yaşantılar ve Depresyon Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları (N=135).....144

Tablo LX: Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Yordayıcılarına İlişkin Sonuçlar 145

Tablo LXI: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılarının Yordayıcılarına İlişkin Sonuçlar...146

Tablo LXII: Katılımcıların Fiziksel Şiddete Uğradığına İlişkin Sonuçlar 147

Tablo LXIII: Nesillere Göre Katılımcıların Kim Tarafından Fiziksel Şiddete Uğradığına İlişkin Sonuçlar.....148

Tablo LXIV: Katılımcıların Nesillere Göre Fizksel Şiddete Maruz Kalma Sıklığı 149

Tablo LXV: Katılımcıların Hakarete ve Tehdite Maruz Kaldıklarına İlişkin Sonuçlar 150

Tablo LXVI: Katılımcıların Kim Tarafından Hakatere ve Tehdide Uğradığına İlişkin Bulgular.....151

Tablo LXVII: Katılımcıların Fiziksel İhmal Bildirme Durumuna İlişkin Sonuçlar 152

Tablo LXVIII: Nesillere Göre Katılımcıların Duygusal İhmale Uğradığına İlişkin Sonuçlar 153

Tablo LXIX: Nesillere Göre Katılımcıların Cinsel İstismara Uğradığına İlişkin Sonuçlar153

Tablo LXX: Katılımcıların Kim Tarafından Cinsel İstismara Uğradığına İlişkin Sonuçlar 154

Tablo LXXI: Katılımcıların Cinsel İstismara Uğrama Sıklığına İlişkin Sonuçlar 154

KISALTMALAR

APA: American Psychiatry Association

BDE: Beck Depresyon Envanteri

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

ÇÇKKSL: Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kuşaklararası travma geçişi çalışmaları; psikiyatri, psikotarih, klinik ve adli psikoloji disiplinlerinde görünürde normal: disfonksiyonel aile dinamikleri ekseninde aile içi şiddet, aile psikopatolojisi, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile yakından ilişkili psikotravmatoloji temelli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kuşaklararası travma geçişindeki disfonksiyonel aile dinamikleri, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile işlev görmekte ve bu süreç de kuşaklararası patoloji geçişine yol açmaktadır. Daha genel bir ifade ile çocuk yetiştirme stilleri psikotarih açısından oldukça yavaş bir hızla hem değişmekte hem de gelişmekte olup ardışık kuşaklarda benzer psikopatolojiler ve çocukluk çağı travmaları görülmektedir. Kuşaklararası travma geçişi çalışmaları, modern psikotravmatoloji ve psikotarih paradigmaları tarafından teorik bir zeminde ölçülebilir ve sınanabilir nicel metodolojiler ekseninde yapılandırılarak adli bilimler açısından değerlendirilebilmektedir (Öztürk, 2020a; 2020b; 2021a**).**

Günümüzün travmatize ve dissosiye edici aile ve toplum karakteristiğinde kimliğin stabil ve mobil bir denge üzerinde fonksiyon görmesi, modern psikotravmatoloji paradigma ve modaliteleri açısından büyük bir yanılsama göstergesidir. Travmatik yaşantılar ve görünürde normal: disfonksiyonel ailelerin empatiden uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, insanların çocukluğundan yaşlılığına kadar uzanan hayatının bütünü üzerinde olumsuz ve belirli oranda kalıcı etkiler yaratabilmektedir. Olağan ve fonksiyonel dinamiklerle karakterize olan bir süreçte ise aile; pozitif doğalı bilginin, nezaketin, adaletin, sadakatin, geleneğin ve travmatik yaşantıların üstesinden başarıyla gelebilme stratejilerinin ebeveynlerden çocuklara aktarıldığı ya da öğretildiği toplumun en önemli ve en değerli ajanıdır. Ebeveynlerden çocuğa doğru aktarılan kuşaklararası deneyimler, çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla hem pozitif hem de negatif yönde gerçekleşebilmektedir. Çocukların aile içerisindeki ve dışarıdaki olumsuz yaşam olaylarına karşı baş etme stillerini efektif bir şekilde

kullanabilmeleri ve aşırı uyaran seviyesi ya da uyaran azlığına karşı optimal uyaran seviyesini koruyabilmeleri pozitif dinamiklerken, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ve empatiden uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin kuşaklararası eksende belirli oranlarda korunarak varlığını sürdürmeleri ise negatif dinamiklerdir. Özellikle negatif dinamiklerle karakterize olan kuşaklararası travma aktarımı veya kuşaklararası travma geçişi, çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişki gösteren başta dissosiyatif bozukluklar ve depresyon bozuklukları olmak üzere birçok psikopatolojinin nesiller arasında belirli oranda korunarak iletilmesine sebep olmaktadır (Öztürk, 2021a).

Kuşaklararası travma geçişinde; olumsuz yaşam olaylarının sıklığı, şiddeti ve süresi patolojinin nesiller arasındaki varlanışını sürdürmesinde temel bir öneme sahiptir. Travmatik yaşantılar kuşaklararası uzamda bir "domino etkisi" yaratarak sadece olumsuz ve dissosiye edici olaylara maruz kalan bireyleri değil, bu bireylerin çocuklarını ve hatta torunlarını da etkileyebilmektedir. Travmaların bu kuşaklararası nüfuzunda birinci faktör, negatif doğalı, şiddet odaklı, empatiden uzak ve karşılıklılığın kurulmadığı ya da sağlanmadığı çocuk yetiştirme stillerinin benimsenmesi ve kullanılmasıdır (Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021). Travmatik yaşantılarla mücadele etmeyi öğretmeyen ve bu olumsuz yaşam olaylarına maruz bırakan aileler, görünürde normal: disfonksiyonel aileler olarak sınıflandırılmakta ve bu instabil tutum ve davranışlarla karakterize çocuk yetiştiren ebeveynlerin çocukları da dissosiye edici bakım paternlerini kendi çocukları üzerinde belirli oranlarda koruyarak uygulamaktadır. Disfonksiyonel aileler, dışarıdan ve onları tanımayan bireyler tarafından olağan ve normal olarak algılanabilmelerine rağmen özellikle ev içerisinde veya yüz yüze etkileşimlerde bu ailelerin travmatize edici çocuk yetiştirme stilleri net bir şekilde fark edilebilmektedir (Öztürk, 2021a).

Kişilerarası ilişki dinamiklerinin ve toplumun en temel hatta en öncül unsuru olan aile, çocukların biyopsikososyal gelişimlerinde başat rol oynayarak toplumun pozitif yönelimli

değerlerinin ve ritüellerinin yeni kuşaklara aktarılması ile insan neslinin ve medeniyetlerin devamlılığını sağlamaktadır. Bu pozitif psikotoplumsal dinamiklerin yanı sıra aile içerisinde dissosiye edici kronik olumsuz yaşam deneyimlerinin varlanış göstermesi de gayet muhtemeldir. Ebeveynlerin uyguladığı şiddet odaklı empatiden uzak yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve aile içi çatışmalar başta olmak üzere birçok maladaptif tutum ve davranış bireylerin; psikolojik, sosyal ve mesleki yaşamlarında işlevselliklerinin bozulmasına sebep olabilmektedir. Bu durumda ise aile olumlu işlevlerinden sıyrılıp olumsuz bir süreç içerisine girerek çocuklarını travmatize edebilmektedir (Can, 2014; Öztürk, 2020a).

Aileler çocuklarını yetiştirirken yanlış çocuk yetiştirme stillerini kullanarak onları travmatize etmekte ve bu disfonksiyonel süreç, olumsuz yaşam olaylarının dissosiyatif bir zeminde kuşaklararası geçiş göstermesine zemin hazırlamaktadır. Ebeveynlerin çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olayları, çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla kendi çocuklarına aktarılmakta başka bir ifadeyle ise geçiş yapabilmektedir. Aile içinde yaşantılanan disfonksiyonel ve şiddet odaklı dinamiklere ebeveynlerin bazıları aktif olarak katılırken bazıları ise eylemsiz seyirci konumunda kalıp bu istismar ve ihmalin devamlılığını sağlamaktadır. Ebeveynlerinin yaşatmış olduğu travmatik deneyimleri kendi çocukları üzerinde yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla uygulaması bu maladaptif "kuşaklararası travma geçişi" sürecinin nesiller boyunca yaşantılanmasına sebep olabilmektedir (Öztürk, 2016; 2020a).

Uluslararası bilimsel platformlarda "kuşaklararası travma geçişi" ile ilgili ilk ve temel çalışmaları yapan Öztürk (2003) iki kuşak ve üç nesilde en az bir travma bildirimi olan dissosiyatif bozukluk vakalarındaki ve onların ailelerindeki olumsuz yaşam olaylarının kuşaklararası eksendeki geçişlerini detaylı bir şekilde değerlendirmiştir. Aydın (2018) ise çocukluk çağı travması bildiren kişilerin bildirmeyenlere göre anlamlı derecede daha fazla dissosiyatif yaşantılara ve depresif belirtilere sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çocukluk

çağı travmalarının depresyonun ortaya çıkmasındaki temel faktörlerden birisi olduğu önemle belirtilmiştir (Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber 2015). Öztürk'e göre (2017; 2020a) genel olarak görünürde normal aile modelleri çocukluk çağı travma ve ihmaline yol açan aile modelleridir. Görünürde normal aile modelleri kapsamında yer alan ebeveynlerin büyük bir bölümü psikiyatrik açıdan subklinik süreçte olup bu ailelerde problemler genellikle çocuk yetiştirme stillerinde yaşanan açmazlar/anlaşmazlıklardan ortaya çıkar. Bu aileler disfonksiyonel karakteristiklerinden dolayı psikiyatrik tanı alabilecek düzeyde çocuk yetiştirirler (Spigel & Cardena, 1991; akt. Öztürk & Şar, 2006).

Çocukluk çağı travmaları kişilerin psikososyal işlevselliğinde kesintilere yol açmaktadır. Bireyler deneyimledikleri travmatik olaylar esnasında ve/veya sonrasında; konsantrasyon güçlükleri, amneziler, angoisse, kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri ve dissosiyatif yaşantılar gibi psikopatolojik reaksiyonlar verebilmektedir. Bu psikopatolojik reaksiyonlar kişilerin psikolojik sağlamlıklarını, sosyal hayatlarını ve meslek yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Lu ve arkadaşları, 2011; Öztürk, 2020). Çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon birbiriyle en yakın düzeyde ilişki gösteren temel psikiyatrik kavramlardır (Öztürk, 2003; Belli, 2014; Kılıç & ark. 2017; Derin, 2018). Travma kökenli psikiyatrik bozuklukların psikoterapilerinde, özellikle kadın vakaların çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif semptomlar ile yakın ilişki gösterdiği net bir şekilde ifade edilmektedir (Kolko & Berkout. 2017; Öztürk, 2020a).

Çok sayıda ya da yineleyici, erken yaşta başlayan çocukluk çağı travmatik yaşantılarıyla ilişkili olan dissosiyasyon, her bireyde bulunan ve uyuma hizmet eden bir kapasitedir. Dissosiyasyon başlangıçta çocuk tarafından travmatik yaşantının üstesinden gelme çabasıyla ilişkili bir süreç olarak ortaya çıkmasına rağmen zamanla bu savunma uyumsal olmayan psikopatolojik bir tabloya dönüşebilir. Dalgınlık, unutma ve hayal kurma halleri, aktüel hayatta en sık görülen dissosiyatif yaşantılardır (Öztürk, 2020a).

Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile karakterize olan dissosiyatif bozukluklarda "dissosiyatif depresyon" oldukça sık olarak görülmekte olup bu depresyon türü travma temelli terapötik yaklaşımlarla büyük oranda tedavi edilebilmektedir Depresyon ise, genel olarak; üzüntü, ilgi kaybı ve azalmış enerji ile eşlik eden bazı belirtilerle tanımlanmaktadır. Bu belirtiler, iştah problemleri, diyete bağlı olmaksızın kilo kaybı, uyku problemleri ve konsantrasyon sorunları olarak görülebilmektedir (WHO, 2001). Çocukluk çağı travmalarının depresyonun etiyolojisinde önemli bir etken olduğu, çocukluk çağı travmaları sırasında ve sonrasında yaşanılan psikolojik değişimlerin (uyku problemleri, iştah sorunları, konsantrasyon sorunları gibi) depresyon bozuklukları için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015; Şar, Akyüz., Öztürk & Alioğlu, 2013).

Bu çalışmada görünürde normal aile dinamikleri, çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve depresyon, üç nesil kadın yetişkinde kuşaklararası bir süreçte değerlendirilmiştir. Araştırmanın özgün değerini görünürde normal aile dinamikleri perspektifinde; çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve depresyonun 135 kişilik geniş bir örneklem üzerinde incelenmesi oluşturmaktadır. Aynı zamanda Erzurum örnekleminde görünürde normal aile dinamikleri ekseninde kuşaklararası travma geçişi temelli bir çalışmanın ilk defa yapılıyor olması da bu araştırmanın bir diğer özgün değerini oluşturmaktadır. Diğer bir ifadeyle, bu yüksek lisans tezinde üç nesil kadın yetişkinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları ve depresyon düzeyleri görünürde normal aile dinamikleri bağlamında değerlendirilmektedir. Çalışmamızın temel amacı ise üç kuşak kadın yetişkinin benzer oranlarda çocukluk çağı travmalarına ve psikopatolojiye: dissosiyatif yaşantılara ve depresyon düzeylerine sahip olup olmadığının incelenmesidir.

Araştırmanın temel amacı kapsamında hipotezler şu şekilde belirlenmiştir:

1. Üç nesil kadın yetişkinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması ve Beck Depresyon Envanteri toplam puanı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.
2. Üç nesil kadın yetişkinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları istatiksel açıdan farklılaşmamaktadır.
3. Üç nesil kadın yetişkinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları istatiksel açıdan farklılaşmamaktadır.
4. Üç nesil kadın yetişkinin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları istatiksel açıdan farklılaşmamaktadır.
5. Çocukluk çağı travmaları alt boyutları (fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal) dissosiyatif yaşantıları ve depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde yordamaktadır.
6. Üç nesil kadın yetişkinin görünürde normal aile dinamikleri belirli bir oranda farklılaşmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Aile Kavramı

Psikiyatri, psikotarih, klinik ve adli psikoloji disiplinlerinde ailenin bir çocuğun gelişimi ve işlevselliğindeki rolü ile ilgili geçmişten günümüze olan uzamda birçok bilimsel araştırma yapılmakta ve aile, çocuk için hayati önemi olan bir yapı olarak kabul edilmektedir (Ayhan & Öztürk, 2021; Öztürk, 2020a, 2020b, 2021a). Hayatın önemli bir bölümünün geçtiği, olumlu ya da olumsuz yönde ilk ve temel öğrenme süreçlerinin yaşantılandığı aile içerisinde bireyler, psikolojik ve sosyal olarak gelişimlerini sürdürmeye çalışmaktadır (Eyce, 2014). Aile fertlerinin psikolojik ve fiziksel açıdan sağlıklı olmasının yegâne unsuru, içten sevgi ve yeterli ilginin ebeveynler tarafından optimal düzeyde sağlanmasıdır (Sağlam, Ulutaş, Çalışkan & Aral, 2016). Aile içi iletişim sürecinin samimi, içten ve özenli bir şekilde yürütülmesi, bireylerin ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Öztürk, 2018a). Aile ile ilgili literatürde yer alan bazı tanımlar şunlardır:

Aile kavramı, Türk Cumhuriyeti Anayasası'nın, 3'üncü bölümünde Aile'nin Korunması başlığı altında madde 41'de "Aile, Türk toplumunun temelidir" ifadesi ile betimlenmektedir (Ağdemir, 1991). Türk Dil Kurumu (TDK), aile için birden çok tanım yapmıştır. Aileye ilişkin bazı tanımlar şu şekildedir: *"Evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik.", "Erkeğin ve kadının çocuklarıyla oluşturdukları, iş bölümüne dayalı, küçük (çekirdek) ve büyük ya da dar ve geniş aile gibi tipleri olan toplumsal ve ekonomik temel birliktir"* (TDK, 2021).

Literatürde aile türleri çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Aileyi tasnif ederken üye sayısına bağlı iki farklı kategori "geleneksel geniş aile" ve "modern çekirdek aile" bulunmaktadır (Alkan, 2014). Geleneksel geniş ailelerde; anne, baba, çocuklar, dede, babaanne, amca ve hala gibi bireyler bir arada ve aynı ev içerisinde yaşamaktadır. Bu

ailelerde çocukların eğitiminden aile için alınması gereken temel kararlara kadar aile büyüğü birincil söz sahibidir. Sanayileşmenin gelişmesi ile birlikte kırsal kesimden kentlere yaşanılan göç neticesinde geleneksel ailenin yerini modern çekirdek aileler almıştır. Bu aileler, anne baba ve çocuklardan oluşmaktadır. Modern çekirdek ailelerde çocukların eğitiminin öncelikli bir misyona sahip olmasıyla birlikte boş zaman aktiviteleri için kurs, spor ve gezi gibi çeşitli etkinliklere de sıkça katılım sağlanmaktadır (Aslan, 2002).

Geleneksel geniş aile daha çok tarım ile uğraşmaktayken modern çekirdek aileler ise kentlerde yaşayan ve önemli bir çoğunluğu beyaz yaka çalışanı olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Modern çekirdek ailelerde iletişim belirli oranda daha sınırlı olmaktadır (Sharma, 2013). Birden fazla kuşağın bir araya gelmesiyle oluşan geniş ailelerin akraba ilişkileri kuvvetli olup bu ailelerde çocukların anneannelerine/babaannelerine sevgi ve merhamet gösterdikleri ifade edilmektedir (Ünal, 2013). Sanayi devrimi ile birlikte Avrupa'da oluşmaya başlamış olan çekirdek aile yapısının temel özellikleri; "anne-baba ve evlenmemiş olan çocukların dahil olduğu bir yaşantının bulunması" ve "üye sayısının geleneksel aileye göre daha az olmasıdır" (Çakmak & Koçyiğit, 2017).

2.1.1. Çocuk Kavramı

Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'sinde çocukluk "uygulanabilecek kanunlara göre daha erken erişkin olma hali dışında, her insan on sekiz yaşına kadar çocuk sayılır" ifadesi ile tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuğu; "erken yaşta erişkin olsalar dahi, on sekiz yaşını tamamlamamış bireyler" ifadesi ile açıklamaktadır. Çocuk kavramı, multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmalı ve çocuğun çevresinde bulunan başlıca kişiler (ebeveynler ve yakın arkadaşlar gibi) ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Sağlam & Aral, 2016). Türk Dil Kurumu ise çocuk kavramını birden fazla biçimde tanımlamıştır:

1. Ufak yaşta olan erkek ya da kız.
2. Soydan gelen oğul ya da kız, evlat.
3. Bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak (https://sozluk.gov.tr/)

Çocuk kavramı, ait olunan toplumun ve kültürün dinamiklerine göre farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Çetinkaya (2020) çocukluk kavramı ile ilgili yapılan farklı tanımlamalardaki ortak paydanın, çocukluğun bebeklikten başlayıp erginlik dönemine kadar olan bölümü kapsaması olarak belirtmiştir. Bireylerin başat özellikleri (dışa dönüklük, açıklık, duygusallık vb.) erken çocukluk döneminden başlayarak oluşmaktadır. Yetişkin yaşamımızda meydana gelen/ortaya çıkan davranışların ve olayların sebeplerini açıklayabilmek amacıyla çocukluk dönemine bakmak temel bir gerekliliktir (Akcan & Öztürk, 2020).

Çocukluk gelişim dönemlerine göre; "fiziksel, psikomotor, bilişsel, dil, ahlak ve psikososyal" olarak incelenmektedir. Çocuk gelişimi için 0-8 yaşın kritik olduğu, bu dönemin çocuğun bilişsel, dil, psikomotor ve psikososyal gelişimi için oldukça kritik bir dönem olduğu vurgulanmaktadır. Erikson'a göre gelişim yaşam boyu devam ederken Freud gelişimi 18 yaşına kadarki dönemleri ayırarak incelemiştir. Psikososyal gelişim kuramı ile psikoseksüel gelişim kuramına göre çocukluk, yetişkinlik döneminin başlamasıyla son bulmaktadır (Yazgan İnanç, Bilgin & Kılıç Atıcı, 2007).

Gelişim kuramlarında çocuk ele alınıp incelenirken yaş aralıklarına göre her dönem için belirli özellikler atfedilmiş ve bu özelliklerin kazanılması hedeflenmiştir. Normal aile modellerinde çocuğa ve doğru çocuk yetiştirme stillerine oldukça önem verilmekte iken görünürde normal aile modellerinde ise yanlış çocuk yetiştirme stillerinin neden olduğu çocukluk çağı travmalarının oldukça sık olarak görülebildiği vurgulanmaktadır. Çocukluk dönemlerinde maruz kalınan travmatik yaşantılar daha sonraki dönemde bu olumsuz yaşam

olaylarıyla karakterize psikopatolojilerin etiyolojisinde aracı rol üstlenmektedir (Öztürk, 2020a; Öztürk, 2021a; Ayhan & Öztürk, 2021).

2. 1. 2. Aile Modelleri

Fertlerin olumlu veya olumsuz nitelikteki tutum ve davranışları öğrendikleri ve uyguladıkları ilk ortam ailedir. Aile içerisinde ebeveynler ve çocuklar, olumlu davranışlar sergilediği gibi olumsuz ve yıkıcı davranışlar da sergilemektedir (Özmen, 2004). Aile üyelerinin birbirleri ile ilişkilerinde istikrar ve adalet mevcut olduğunda topluma da bu pozitif dinamiklerin yansıyacağı düşünülmektedir. Aile fertleri birbirlerine karşı ilgi, hürmet ve şefkat ile karakterize tutum ve davranışlar sergiledikleri takdirde toplumsal merhamet ve gelişim de hızlanmaya başlayacak ve hem bireysel hem de toplumsal huzurun yaşantılandığı bir dönüşüm ortaya çıkacaktır (Öğüt-Eker, 2001).

Toplum bünyesinde bulunan unsurlar birbirleri ile irtibatlı/bağlantılıdır. Aile, toplumun bünyesinde bulunan en temel unsur olduğundan dolayı bu süreçte aile içerisinde yaşantılanan olumlu ya da olumsuz durumlar da ait olunan gruba belirli ölçüde yansımaktadır (Alacahan, 2010). Kalyencioğlu ve Kutlu (2010) yaptıkları çalışmada; ailenin işlevselliği kesintiye uğradığında ya da bozulduğunda çocukların da birtakım problem yaşayabildiklerini ortaya çıkarmıştır. Aile, fonksiyonalite ya da disfonksiyonalite bakımından incelendiğinde; müsamaha, sevgi, optimal düzeyde bakım ve aile üyelerinin birbirlerine verdikleri destek gibi faktörler arasında farklılık olduğu saptanmıştır. (Palabıyıkoğlu, Azizoğlu, Özayar & Ercan, 1993).

Aile modelleri genel olarak alanyazında; “normal aile modeli, ilgisiz aile modeli, titiz baskıcı aile modeli ve aşırı düşkün aile modeli” olarak sınıflandırılmaktadır. Aile üyelerinden psikiyatrik tanı alan bir birey bulunmayan, ebeveynler ve çocuklar arasında pozitif iletişimlerin olduğu toplum normlarına uygun özellikler gösteren aileleri “normal aile” olarak

tanımlanmaktadır (Tınaz, 1999; Öztürk, 2021a). İlgisiz aile modelinde ebeveynlerin çocuklarına karşı umursamaz tavırları vardır. Bu ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarını gidermekte ihmalkâr davranmakta, yeterli ilgi ve desteği de sağlamamaktadır. İlgisiz anne babalar kimi zaman çocuklarına karşı çok fazla hoşgörülü olmakta kimi zaman ise daha az tahammül gösterebilmektedir. Titiz baskıcı aile modelinde ebeveynler çocuk yetiştirirken baskıcı ve otoriter tutum göstermektedirler. Bu ailelerde çocuğun fikirleri önemsenmemekte ve ebeveynleri tarafından çok fazla eleştiriye maruz kalmaktadır. Aşırı düşkün/koruyucu aile modelinde ebeveynler çocuklarına karşı gerekenden çok daha fazla ilgi göstermektedir. Bu ebeveynler çocuklarının her isteklerine cevap vermektedirler. Ebeveynlerin bu koruyucu tutumları, çocukların karar alma süreçlerinde belirli oranda arka planda kalmasına sebep olabilmektedir. Demokratik anne-baba tutumu ile çocuklarını yetiştiren ebeveynler sorunları konuşarak büyük ölçüde çözmektedirler. Ebeveynler çocuklarına gereken hoşgörü, ilgi, sevgi ve şefkat göstermekte ve çocuklar da kendi kararlarını verirken özgüven sahibi olmakta ve gerekli durumlarda ebeveynlerine danışabilmektedir (Kaya, 1997).

Öztürk (2020a) psikopatolojik açıdan üç tip aile modeli olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki olan "Normal Aile Modeli"nde; aile bireylerinde psikiyatrik tanı alan kimse yoktur. İkinci tip olan "Görünürde Normal Aile Modeli"nde; ebeveynler tanı kriterlerini tam olarak karşılamamakla birlikte subklinik süreçte olup çocuklarından biri ise büyük ölçüde en az bir psikiyatrik tanı almaktadır. Son tip olan "Patolojik Aile Modeli" nde ise aile bireylerinin neredeyse tamamı en az bir psikiyatrik tanı almaktadır (Öztürk, 2021a).

2. 1. 3. Görünürde Normal (Disfonksiyonel) Aile Modelleri

Görünürde normal aile modelleri, "şiddet odaklı ve empatiden uzak yanlış çocuk yetiştirme stili" ile kuşaklararası eksende belirli oranda korunarak aktarılan ve çocukluk çağı travmalarının yaşantılanmasına neden olan disfonksiyonel bir yapıdır. Görünürde normal aile modelleri ruhsal açıdan sağlıklı olmayan kalıplaşmış düşünce, duygu ve davranışları

kapsamakta olup bu düşünce, duygu ve davranışlar esneklik ve empatiden uzak çocuk yetiştirme stilleri ile geçmişten günümüze büyük oranda korunarak ulaşmaktadır. Ebeveynlerden öğrenilen görünürde normal aile modelleri, bilinçsiz ya da yarı bilinçli bir şekilde sergilenen patolojik davranış ve tutumları kapsamaktadır. Bu görünürde normal ile modelleri, aile bireylerini -özellikle çocukları- travmatize etmek amacıyla kullanılmaktadır. Olumsuz yaşam olaylarına maruz bırakılan bireylerin istismarcının kontrolünde olması bu şiddet odaklı ve travmatize edici yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle gerçekleşmektedir (Öztürk, 2020a).

"Görünürde normal aile" dışında kalan bireylerin bu aileye dair sağlıksız, patolojik örüntüleri fark etmeleri oldukça zor olmakta hatta bu aileye dair dışarıdaki bireylerin ilk izlenimleri çoğunlukla pozitif yönde olmaktadır. "Görünürde normal aile" ile iletişim kurmak ve onlarla düzenli bir şekilde görüşmek istenebilmektedir. Uzun süreli birliktelik ya da gözlemler sonucu ailedeki normal olmayan durum ya da dinamikler anlaşılabilmektedir. (Öztürk & Şar, 2006). Öztürk'e göre (2021a) görünürde normal aile modellerinde ebeveynlerden biri ya da ikisi subklinik olabilmekte bazen ise ebeveynlerden biri psikiyatrik tanı alabilmektedir. Ailelerde olan patolojik ilişki dinamiklerinin dışarıdan bakılınca anlaşılması oldukça zordur. Öztürk (2020a) normal bireyi "fiziksel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halinde olan: psikiyatrik tanı almayan" ifadeleri ile açıklarken, subklinik bireyi ise; tanı almayan ancak eşik altı psikiyatrik semptomlar gösteren birey olarak açıklamaktadır. Bu bireyler, en az bir psikiyatrik tanı alabilecek düzeyde semptomlara sahip olmalarına rağmen tanı kriterlerini tam olarak karşılamamaktadır. Görünürde normal aile modelleri Öztürk (2017/2020a) tarafından 11 farklı model olarak tanımlanmış olup bu modeller şunlardır:

2.1.4.1. Extratensive (Dışa Dönük) aile

“Dışa dönük (extratensive) ailelerde,” ebeveynlerden biri çok baskın diğeri ise pasiftir ve bu baskın olan ebeveyn ailenin diğer fertlerinin her birini pasif hale getirerek dominantlığını sergilemektedir. Pasif olan ebeveyn genelde içine kapanık davranışlar sergilemekte olup bu durumun sebebi büyük oranda baskın olan ebeveynin kendisidir. Pasif olan ebeveyn de ailenin idaresi ve düzeninin kendinde olmasını istemektedir. Bunun için uygun ortam bulduğunda istismarcı tutum ve davranış sergileyebilmektedir (Öztürk & Şar, 2006; akt., Öztürk, 2020a). Dışa dönük ailelerde baskın olan ebeveyn tarafından bütün aile fertlerinin uyması gereken kurallar belirlenmektedir. Bu kuralların gerektirdiği davranışlar sergilenmediği zamanlarda evde ciddi “krizler” yaşanmaktadır. Dışa dönük ailelerde baskın olan ebeveynin duygu durumunda sık sık dalgalanmalar olmakta ve öfke patlamaları da bu sürece eşlik etmektedir. Baskın olan ebeveyn ile pasif olan ebeveynin ilişkisi ise kimi zaman çelişkili kimi zaman ise uyumlu bir dinamiğe sahiptir. Bu ailelerde baskın olan ebeveynin uygulamış olduğu “patolojik konformizme” pasif olan ebeveyn itiraz etmediği gibi kendisi de bu istismarcı yapıya refakat etmektedir (Öztürk & Şar, 2006).

Öztürk (2020a) “dışa dönük ailelerin” fiziksel ve duygusal travmayı diğer görünürde normal aile modellerindeki bireylere göre daha çok yaşadıklarını belirtmiştir. Bu aileler yaşadıkları durumun farkında olmaları sebebiyle yakın çevresinde bulunan arkadaşlarının ve/veya akrabalarının kendi patolojik dinamiklerini fark etmemelerini sağlamak maksadıyla büyük oranda misafir kabul etmezler. Dışa dönük ailede büyüyen çocuklar reşit olduktan sonra dahi ailelerinden kopmakta zorluk yaşarlar. Bu ailede yetişen çocukların ebeveynleri ile olan ilişkileri tutarsız ve karmaşıktır. Psikiyatrik ya da psikolojik destek almaları gereken bu çocuklar, ebeveyn oldukları zaman bu patolojik çocuk yetiştirme stillerini ve ilişki dinamiklerini kendi aileleri içerisinde de yaşatarak kuşaklararası uzamda bu örüntülerin devam etmesini sağlamaktadırlar. Çocuk yetiştirme stilleri bakımından dışa dönük aileler, patolojiyi en fazla barındıran aile modellerinin başında gelmektedir. Bu aile modelinde

çocuklar fiziksel ve duygusal istismara diğer istismar türlerine göre daha fazla maruz kalmaktadırlar (Öztürk, 2018a).

2.1.4.2. İntroversive (İçe Dönük) aile

Şar ve Öztürk (2006) hem anne hem de babanın içe dönük olduğu modeli "içe dönük aile" olarak adlandırmış olup bu ailelerin fertleri birbirleri ile oldukça az ilişki kurmakta ve kişilerarası etkileşim de gerçek paylaşımdan uzak bir niteliktedir. İçe dönük aile modelinde anne ve babalar, sorumluluklarının farkında olup bu görevlerini büyük oranda aksatmadan yerine getirmektedir. Aile içindeki görevlerin zamanında yerine getirilmesi hem annenin hem de babanın obsesif ve kuralcı olmasının bir sonucudur. Bu ailelerde iletişimin oldukça sınırlı olmakla birlikte ebeveynler ve çocuklar, ruhsal açıdan esnek ve mobil değildir (Öztürk, 2018a). Boşanma oranlarının düşük olduğu bu aile modelinde, ebeveynler çocuklarının fiziksel ihtiyaçlarına karşı oldukça duyarlıdır ve onları büyük oranda ihmal etmezler (Öztürk, 2020a).

Öztürk (2021a) içe dönük ailelerde yetişen çocukların ebeveynleri tarafından mahrum bırakıldıkları duygusal yakınlık ihtiyaçları, belirli oranda akrabalarınca telafi edilmektedir. Bu aile modelinde çocuk yetiştirme stilleri açısından eğitim ve fiziksel ihtiyaçlar, büyük oranda ihmal edilmemektedir. Bu aile modelinde ilişkilerin zayıf olmasından dolayı yakınlık, samimiyet ve paylaşım oldukça sınırlı düzeydedir. Ancak ebeveynlerin çocukların gereksinimlerine dikkat ederek bunları karşılamaya özen göstermeleri de dikkate alındığında bu ailelerde fiziksel, duygusal ve cinsel istismara diğer aile modellerine oranla daha az rastlanmakta ancak düşük seviyelerde de olsa duygusal ihmal belirli oranlarda görülebilmektedir. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin sınırlı olması ve onlarla optimal düzeyde yakınlık/bağ kurulmamasından dolayı duygusal ihmal belirli oranlarda yaşantılanmaktadır (Öztürk, 2020a).

2.1.4.3. Karışık (Mixed) aile

Anne ya da babadan birinin içe dönük ötekinin dışa dönük olduğu aileler: "karışık aile" olarak kategorize edilmekte ve genellikle anne içe dönük, baba ise dışa dönük olmaktadır. Bu aile modelinde hem anne hem de çocuk, dışa dönük olan babanın tahakkümü ve istismarına maruz kalmaktadır (Öztürk & Şar, 2006). Baskın olan ebeveynin yaşatmış olduğu istismara ailenin diğer fertleri de -özellikle anne- seyirci kaldığı için çocuklar travmatize edilmektedir. Karışık aile modelinde ebeveynlerin travmalarının metabolize edilememesinden ekseriyetle bu olumsuz yaşam olaylarını da çocuklarına uygulayarak travmanın kuşaklararası geçiş göstermesine sebep olmaktadır (Öztürk, 2021a).

Bu aile modelinde yaşanılan neşe de hüzün de baskın olan ebeveynin duygudurumuna bağlı olarak yaşanmaktadır. Baskın olan ebeveyn mutluysa ve neşeliyse aile fertleri de mutlu ve neşeli, o gergin ve mutsuz ise diğerleri de mutsuz ve gergindirler. Baskın olan ebeveyn, mutsuzsa aile fertlerinin tamamını bu mutsuzluk, gerginlik sarar ve negatif yönelimli duygudurum uzun süreler boyunca yaşanılabilir (Öztürk, 2020a). Karışık aile modelinde baskın olan ebeveynin öfkesi ve gerginliği hane halkının tamamını tesiri altına almaktadır. Bu tesir ile istismara uğrayan aile fertleri baskın olan ebeveyne bağlanmaktadır. Zira ailede tamamen gergin bir ortam yaşanmamaktadır ancak, baskın olan ebeveynin gerginliği ve öfkesi geçtikten sonra güzel anlar da yaşanabilmektedir. Bu durumu tecrübe eden çocuklar bir an önce kriz anının tamamlanıp daha önceki mutlu anlarına kavuşmayı arzu etmektedirler. Bu çift mesaj ya da ambivalan durumdan ötürü aile içerisinde "dualiteler" veya "dissosiyatif yaşantılar" oldukça sık deneyimlenmektedir (Öztürk, 2020a).

Öztürk (2020a)'e göre bu ailelerde istismara maruz kalan çocuk yaşadığı olay ile baş edebilmek için bilişsel çarpıtmalara başvurarak kendini sorumlu kılabilmektedir. Bu durumla ilişkili *"Annem, babam kötü insanlar değiller. Ben kötü olduğum için onlar böyle davranıyor.*

Bu yapılanları zaten hak ediyorum." ifadeleri örnek verilebilir. Erok'a göre (2013) travmatize olan çocuklar bir baş etme paradigması olarak kendisiyle bağımsız olarak meydana gelen olaylar arasında sanki bu yaşanan dinamikler ona bağlı olarak meydana gelmiş gibi ilişki kurmaktadır. Öztürk'e göre (2020a) kişiler iç kontrol ve dış kontrol olmak üzere sınıflandırılan ve bulunulan ortam ya da çevre ile ilişkili olan kontrol odaklarına sahiptir. İç kontrol odağı geliştiren kişiler yaşadığı olaylarda kendilerinin etkisi olduğunu düşünmektedir (Kaya, 2016). Dış kontrol odağı geliştiren kişiler ise yaşadığı olaylarda kendilerinin bir faktör olarak rol oynamadığını ve dışarıdan gelen bir etken neticesinde bu olayları yaşadığına inanmaktadır (Rotter, 1966). Karışık ailelerde büyüyen çocuklar büyük oranda "dış kontrol odağı" geliştirmeye yatkın olarak yetiştirilmektedir. Çünkü ebeveynler aile içerisinde oluşması ve gelişmesi beklenen güvenli bağlanmayı sağlamakta yetersiz kalmakta hatta çocuklarını travmatize ederek onların kontrol duygularının instabil olmasına sebep olmaktadır (Öztürk, 2020a; Ross & Halpren, 2009).

2.1.4.4. Dönüşebilen (Reversible) aile

Ebeveynlerden birinin "içe dönük" diğerinin ise "dışa dönük" olduğu aile, dönüşebilen (reversible) ailedir. Bu aile modelinde, karışık aileden farklı olarak ebeveynlerden hangisinin "içe dönük" hangisinin "dışa dönük" olduğu belirsizdir. Dönüşebilen ailelerde roller belirli oranda farklılaşmakta olup hangi ebeveynin baskın hangisinin pasif olduğu belirli değildir. Bu aile modelinde sadece ebeveynlerin rolleri değil aynı zamanda duygu durumları da farklılaşmaktadır. Yaşanılan farklılaşmalarla birlikte aile içerisinde yaşantılanan duygular da sevgiden nefrete doğru değişmekte ve yaşanılan bu değişiklikler çocuklarda güvensiz bağlanmaya sebep olmaktadır (Öztürk, 2020a).

Bu aile modelindeki ebeveynler çocuklarına sık sık verdikleri çift mesajlar ve istikrarsız davranışlarıyla onlara duygusal açıdan travma yaşatabilmektedir. Aile içinde gerekli olan

normların bulunmaması nedeni ile bir kuralsızlık mevcuttur ve bu kuralsızlık ise süreğen bir kaos yaratmaktadır (Öztürk, 2021a). Bu ailelerin çocuk yetiştirme stillerinde güvensiz bağlanma görülebilmektedir ve çocuklar kendi yetişkinlikleri ile benzer doğaya sahip olup kuşaklararası geçiş ile bunu sürdürebilmektedirler (Öztürk, 2020a). Dönüşebilen aile modelinde ebeveynlerin değişken oranlı rolleri (içe dönük veya dışa dönük olmaları) ve disfonksiyonel tutum ve davranışları, çocuklarını hem travmatize etmekte hem de dışarıdan gelebilecek diğer olumsuz yaşam olaylarına karşı baş etme stillerinin optimal düzeyde gelişmesine ket vurmaktadır (Öztürk, 2020a). Bu ailelerde ekonomik açıdan belirli bir standart olmayıp dönüşebilen aileler hemen her düzeydeki sosyoekonomik düzeye sahiptirler (Öztürk, 2020a).

2.1.4.5. Dissosiyatif (Bölünmüş) aile

"Dissosiyatif aile modelinde" ebeveynlerden en az biri ya dissosiyatif tanı kriterlerini karşılamakta ya da eşik altı semptomlar göstermekte olup bu aileler sosyoekonomik açıdan ortalamanın hemen üstünde veya hemen altındadır. Sosyal ilişki becerileri bakımından öteki aile modellerine kıyasla oldukça başarılıdırlar ve tedavi olmayı da diğer aile modellerine göre çok daha fazla istemektedirler. Tedavi sürecine müteakiben hayatlarında olumlu yönde gelişmeler olabilmektedir (Öztürk, 2020a).

Dissosiyatif ailelerde daha önce ifade edilemeyen veya saklanan birtakım olaylar, düşünceler ve/veya duygular mevcut olup bu gizli sırlar beklenmedik zamanlarda ulu orta konuşulmaktadır. Ayrıca karışık ailede boşanmalar diğer aile modellerine kıyasla daha fazladır (Öztürk & Şar, 2006). Dissosiyatif ailelerde çocuk yetiştirirken "çift mesaj, sahte karşılıklılık, güvensiz bağlanma, ailede gizli cepheleşme, hasta ya da aptal rolü, şımartma, arkadaş anne baba, anne/babalık reddi, çocuk ayrımı, ihmal ve duyarsızlık" gibi disfonksiyonel tutum ve davranış paternleri diğer görünürde normal aile modellerine kıyasla

daha fazla yaşantılanmaktadır (Öztürk & Şar, 2006; Öztürk, 2020a). Bu ailelerde büyüyen çocukların iletişim biçimleri stabilite ve süreklilikten uzak olmakla birlikte, bu çocuklar ailelerinin ve/veya yakınlarının istismar davranışlarına maruz kalabilmekte ve yetişkin olduklarında sık sık intihar girişimlerinde bulunabilen depresif bireyler olabilmektedir (Öztürk, 2021a).

Bu ailelerde genellikle akrabalar arasındaki kadınlarda ya da annenin kendisinde intihar öyküsü mevcuttur. Ebeveynler, çocukları arasında ayrım yaparak onlardan birini her şeyin suçlusu ve/veya sorumlusu olarak görebilmekte ve bu "günah keçisi" olarak seçilen çocuk çoğu zaman aile fertlerinden en yeteneklisi olabilmektedir. Dissosiyatif ailelerin fertleri tedavi olmaya istekli olup tedavi sürecinden sonra da aktüel hayatlarında patolojiden uzak matür veya olgun savunma mekanizmalarını kullanarak olumsuz yaşam olaylarıyla baş edebilmektedir (Öztürk, 2021a).

2. 1.4. 6. Şizoidi aile modeli

Şizoidi aile modelinde anne/babaların sosyal ilişkileri oldukça sınırlıdır ve bu aileler kendilerine göre oluşturdukları "kapalı dünyalarında" yaşamaktadırlar. Anne/baba ve çocuklar arasındaki patolojik dinamiklerle karakterize olan iletişim ve ailenin bu tuhaf görünümünü, dışarıdaki insanlar tarafından fark edilebilecek düzeydedir (Öztürk & Şar, 2006). Şizoidi aile modelindeki ebeveynler sorumluluklarını yerine getirmekten imtina ederek "çocuk" gibi davranabilmektedirler. Bu sebeple çocuklara kimi ailelerde hiçbir sorumluluk verilmezken kimi ailelerde ise çocuklar kendi aralarında ailenin sorumluluğunu paylaşıp birden fazla iş yükü alabilir ya da tek bir çocuk evin bütün mesuliyetini üstlenebilmektedir. Hatta bu ailelerde ebeveynler ailenin ekonomik işlerini de (para kazanmak gibi) çocuklarına yükleyerek onları "yetişkinleştirerek" yaşından bağımsız ağır misyonlar yükleyebilmektedir (Öztürk, 2020a).

Birbirinden ayrı yerlerde vakit geçirmeyi tercih eden ebeveynler, dağınık ve iletişimden uzak bir yaşam biçimini benimsemektedirler. Bu durum öyle bir hal almıştır ki ebeveynler, yemekleri dahi tek başlarına yemektedirler. Ebeveynlerin çocuklarına, çocukların ebeveynlerine ve kardeşlerin birbirlerine karşı sorumluluk duyguları büyük oranda gelişmemiş olup empati eksikliği, hâkim bir yaşantı olarak bu aile modelinde varlanışını sürdürmektedir (Öztürk & Şar, 2006). Bu aile bireylerinin öz bakım becerileri sınırlı düzeyde olup mecbur kalmadıkça birbirleriyle konuşmamaktadırlar. Aile fertleri büyük oranda misafir davet etmeyip kendileri de misafirliğe gitmekten imtina ederler. Gizliden gizliye mahalleliyi gözetlerler ve bu ritüellerini gerçekleştirirken de fark edilmemeye çalışırlar (Öztürk, 2020a).

Şizoid ailelerin çocukları iş ve sosyal yaşamlarında başarılı olabilmektedirler. Bu çocuklardan zekâ seviyesi daha iyi olanlar yakınlarının ve/veya öğretmenlerinin destekleri ile birlikte iş hayatlarında başarı elde edebilirken büyük oranda şizoid yapılarını da korumaktadırlar. Şizoidi aile modelinde yetişen çocuklar, ebeveynleri yaşlandığı zaman onların bakımlarına belirli oranlarda yardımcı olabilmektedir. Bu aile modelinde öne çıkan çocukluk çağı travmaları ailenin kendi şizoidi doğasından ötürü genellikle ihmal kökenli duygusal travmalardır (Öztürk, 2020a). Görünürde normal aile modelleri içerisinde fertler birbirlerine karşı sorumluluk hissetmeyip kimi zaman öz bakımlarını bile yerine getirmekte zorlanabilmektedirler (Öztürk, 2021a).

2.1.4.7. Depresif (Melankolik) aile modeli

Depresif aile modelinde anne, baba ve çocuklar da dahil tüm fertler depresif duygu durum halindedirler. Ebeveynlerden en az birine depresyon bozukluğu tanısı konabilmektedir. Bu aile bireylerinde etraflarındaki herkesin onlara karşı adaletsiz ve kötü davrandıklarına dair yakınmalar vardır (Öztürk & Şar, 2006). Depresif ailede bireylerin bilişsel çarpıtmalara başvurup hayatlarında başlarına gelen olumsuzluklar için kendilerini suçlama eğilimleri vardır

(Öztürk, 2020a). Ebeveynler etraflarındaki insanların kendilerine hak etmedikleri şekilde davrandıklarına inanırlar. (Öztürk & Şar, 2006). Leahy'e göre (2004), bilişsel çarpıtmalardan biri olan etiketleme yoluyla birey yaşadığı olumsuz durumları kendine atfederek bu sorunu çözümlemeye çalışmaktadır. Etiketleme, ortada felaket olacağına dair herhangi bir işaret/delil yokken kişinin başına bir bela/felaket gelecekmiş gibi düşünmesidir. Depresif aileler, bu disfonksiyonel mekanizmaya başvurmakta ve mevcut durumlarla orantılı olmayan reaksiyonlar göstermektedir (Küçükçelik, 2015; Öztürk, 2020a; 2021a).

Depresif ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ya alt ya da orta düzeydedir. Aile içinde belirlenen kurallar oldukça önemlidir ve bu kurallara uyulmaması neticesinde çocuklar reddedilmekle ya da sevilmemekle tehdit edilmektedir (Öztürk, 2018a). Depresif aile modelindeki bireylerde obsesif-kompulsif bozukluk ve paranoid bozukluklar komorbid olarak görülebilmektedir. Depresif aile modeline sahip ailelerin çocuklarının depresif, kırılgan ve hayattan beklentileri olmayan bireyler oldukları görülmektedir (Öztürk, 2020a). Öztürk'e göre (2021a) bu ailelerin sosyal ilişkilerinde haset, kıskançlık ve nezaketsizlik görülebilmektedir.

2.1.4.8. Narsisistik aile modeli

Narsisistik aile modeline sahip ailelerde anne ve babalar kendini beğenmiş ve kibirlidirler (Howell, 2003; Akt. Şar & Öztürk, 2006). Bu aileler evlerine daima misafir davet ederler ve bu davetleri adeta ziyafete dönüştürürler. Narsisist aileler evlerine davet ettikleri kişileri sosyoekonomik olarak daha düşük düzeyde olanlardan seçmektedirler ve bu aileler genellikle alçakgönüllü ve gösterişten uzak yaşamaktadır. Narsisist aileler evlerine gelen misafirleri ile kendilerinin sübjektif başarıları ve sahip oldukları imkanların mükemmelliği hakkında konuşmaktadırlar. Bu aileler, tek yönlü iletişim kurmakta ve misafir olarak davet edilen aileler, bir süre sonra bu kişilerle iletişimlerini koparmaya başlamaktadır (Öztürk, 2021a).

Narsisist ailelerde yetişen çocuklar yüksek düzeyde özgüvene sahip olmaları sebebiyle akranlarıyla iletişim kurmakta sorun yaşamaktadırlar. Bu ailelerin çocukları aşırı özgüven sahibi olup, yaşamış oldukları başarı durumlarını abartmaktadır. Bu çocuklar sosyal öğrenme ya da taklit etme yolu ile anne/babalarının davranışlarını rol model almakta ve uygulamaktadır. Ancak nadiren misafir olarak gelen alçakgönüllü aileleri de örnek alarak onlarla görüşmeye devam edebilmektedirler (Öztürk & Şar, 2006). Narsisist ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ya orta ya da üst düzeyde olup var olan bu maddi durumlarını ya da iş/sosyal statülerini devamlı olarak vurgulamaktadırlar. Bu aileler kimi zaman hayal ürünü olan başarılarını anlatarak karşısındaki bireyleri hem bıktırmakta hem de bunaltabilmekte hatta bazen bu durumun farkına bile varamamaktadırlar. İletişim kurdukları aileleri kendilerinden daha düşük düzeyde olan sosyoekonomik seviyelerdeki ailelerden seçip karşılıklı bir iletişim kurmayıp tek yönlü (kendilerini anlattıkları) bir iletişim ile görüşmelerini sürdürmektedirler. Görüştükleri bu mütevazi aileler de narsisist ailelerde mevcut olan patolojiyi fark ettikten sonra oluşturdukları iletişimi sonlandırabilmektedirler (Öztürk, 2020a).

2.1.4.9. Ensest aile modeli

Öztürk (2021a) ensest aile modelinde anne/babaların davranışlarının otoriter yapıda ve dışardan bakıldığında normal görünümde olduğunu ifade etmektedir. Bu ailelerde istismar uygulayan ebeveynin davranışlarına uzaktan bir seyirci gibi diğer ebeveyn pasif kalarak, bu olumsuz ve disfonskiyonel sürece dahil olmaktadır. Ensest mağduru anneler çocuklarını istismarcı eşlerinden koruyamayarak "kuşaklararası travma geçişi"nin sürdürülmesine zemin sunmaktadırlar (Öztürk, 2021a). Ensest aileler yaşamış oldukları patolojinin anlaşılmaması zemininde çoğu zaman geleneksel aile stillerini göstermektedirler. Bu ailelerde baba ve onun istismarına eşlik eden anne de aile içinde yaşanılan kaos, istismar ve travmalar sürdürülürken dışardan bakıldığı zaman oldukça normal bir görüntü sergileyebilmektedir (Öztürk, 2021a). Çocuklarına kötü muamelede bulunan, istismar eden anne/babaların ebeveynlik becerilerinin

yetersiz olduğu vurgulanmaktadır. Bu ailelerin çocuklarına uygulamış oldukları baskılardan dolayı disfonksiyonel dinamikler ve ilişkiler çocuklar tarafından fark edilmesine rağmen onlar tarafından ifade edilememektedir (Kaya Kılıç & Tekin, 2019; Öztürk, 2020a). Bu aile içerisinde en büyük kız çocuğu, ev işleri ve kendinden küçük olan kardeşlerinin bakımı gibi yetişkin rollerini üstlenebilmektedir. Bu durum genellikle annenin hastalığı ya da başka sebeplerle görevlerini yerine getiremediği durumlarda gerçekleşmektedir (Öztürk, 2021a). Bu ailelerde duygusal bağlar oldukça zayıf ve aile içi iletişim sınırlı olmakla birlikte yakın ilişkiler de kurulamamaktadır (Öztürk, 2009).

2.1.4.10. Obsesif-kompulsif eğilimli aile modeli

Öztürk (2021a) obsesif-kompulsif eğilimli aile modelinde anne/babaların; esneklikten uzak, normlara sıkı sıkıya bağlı ve yaptıkları davranışların doğruluğundan oldukça emin tavırlar sergilediklerini belirtmiştir. Bu aile modelinde ebeveynler obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanı kriterlerini tam olarak karşılamamalarına rağmen subklinik süreçte olmaları sebebiyle yetiştirdikleri çocuklar OKB tanısı alabilmektedirler. Bu ailelerde çocuk yetiştirme stillerinin ve tutumlarının neredeyse tamamı obsesif inanç ve düşüncelerden kaynaklı olarak önceden detaylı bir şekilde planlanmıştır (Öztürk, 2021a).

Vural, Taneli & Taneli (2002) OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin aile özelliklerini araştırdığı çalışmayı 18 yaşın altında 14 erkek ve 26 kız çocuğun ebeveynleri ve kardeşleri ile yürütmüştür. Bu çalışmaya göre OKB tanısı alan çocukların akrabalarının %11'inde de OKB tanısı mevcuttur. Öztürk (2021a) bu ailelerde duygusal, fiziksel ve cinsel travmalara sınırlı oranda rastlandığını ifade etmektedir. Bu aileler daha çok baskıcı, kontrolcü ve normları kesin hatlarla belirlenmiş aile içi ilişkiler ve mesafeler ile karakterizedir (Öztürk, 2021a). Obsesif aile modelinde sosyoekonomik düzey orta olup aile içi iletişim normal düzeydedir. Bu

ailelerde daha çok çocuklara karşı ebeveynlerin baskı ve kuralları mevcut olup iş hayatında sorunlar yaşamayan, başarılı çocuklar yetiştirebilmektedirler. Bu aile modeli çocuk yetiştirme stilleri bakımından görünürde normal aile modelleri içerisinde en sağlıklı olanı olduğu için toplum tarafından kabul görmesi oldukça kolaydır (Öztürk, 2021a).

2.1.4.11. Dijital aile modeli

Ebeveynlerin çevrimiçi platformlara olan ilgisi ile birlikte birçok aile bireyi iletişimlerini bu kanallar aracılığıyla sağlamakta ve çocuklarını da sosyal medya kullanımında adeta bağımlı hale getirmektedir (Öztürk, 2021a). Yiğit & Günüç (2020) yapmış oldukları çalışmada dijital ortamlarda oyun bağımlısı olan çocukların ebeveynleriyle iletişimlerinin oldukça kısıtlı olduğunu, anne-babaların çocuklarına zaman ayırmadığını ve aile içerisinde bireylerin birbirleri ile karşılılıktan uzak sınırlı iletişimlerinin olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada dijital oyun bağımlısı olmayan çocukların ise aile içi iletişimlerinin pozitif doğalı olduğu ve kendilerini rahat bir şekilde ifade edebildikleri belirtilmiştir.

Öztürk (2021a) bu aile modelinde çocuk yetiştirme stillerinde şımartılmanın -gerektiğinden fazla hoşgörü ve müsamahakâr davranışlar- hakim olduğunu, ihmalin görüldüğünü ve ailede sağlıklı bir iletişim geliştirilemediğini belirtmiştir. Anne/babaların kimi zaman çocuklarını oyalamak için kullanmalarına müsaade ettikleri teknoloji bir alışkanlık, gereklilik olarak algınabilmekte olup bu algı son derece yanlış ve çocuğa zarar verici bir nitelik taşımaktadır. Aile içinde iletişimin zayıf olması ya da başka işler ile meşgul olunması sebebi ile de çocuklar dijital kanallara başvurabilmektedir (Ertemel & Aydın, 2018).

2.1.4. Doğal *ve* Rehber Ebeveynlik Stili

Çocukların psikososyal gelişimleri üzerinde ailenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir ve bu etkinin izleri yaşam boyu sürmektedir. Çocukların oluşturdukları sosyal ilişkilerde ebeveynlerin -özellikle annenin- rolü oldukça fazla olup anne ile çocuğun aralarında

oluşturdukları iletişim çocukların pozitif doğalı ruhsal açıdan sağlıklı bir kişilik geliştirmesini sağlamaktadır (Kandır & Alpan, 2008). Öztürk'e göre (2021a) "doğal ve rehber ebeveynlik stili" pozitif doğalı olguların kuşaklararası bir geçiş sağlayabildiği hem travmatize etmeyen hem de dışarıdan gelebilecek olumsuz yaşam olaylarıyla mücadele etmeyi öğreten en temel ve en gerekli bir çocuk yetiştirme stilidir (Öztürk, 2021a).

Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stilini benimseyerek çocuk yetiştiren aileler bu yöntemleri kendi ailelerinin deneyip pozitif etkilerini gördükleri çocuk yetiştirme stillerini miras alarak sürdürmekte ve kendi çocuklarına da aktararak kuşaklararası geçişini sağlamaktadırlar (Öztürk, 2021a). Çocuklarına rehberlik ederek onlara yol gösteren ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarını anlayarak gerekli olan desteği sağlamakla birlikte onların görevlerini üstlenmeyip onun bu sorumlulukları yerine getirmesini sağlamaktadır. Rehber ebeveynlik stili ile çocuk yetiştiren anne babalar çocuklarına sınır koyabildikleri için onların dijital platformlarda ihtiyaçları doğrultusunda zaman geçirmelerini sağlayabilmektedir (Öngider, 2013).

Doğal ve rehber ebeveynlik tutumlarında sezginin ön planda olduğu ve travmatik durumları önceden fark edebilmenin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir. Bu ailelerde yetişen çocuklarda güven duygusu hâkim olduğundan dolayı olası travma yaşantıları ebeveynleri ile rahatlıkla ve karşılıklı güven bağlamında paylaşabilmektedir. Yakın akrabalar (anneanne, dede, babaanne, teyze, dayı, amca, hala kuzenler) ile kurulan iletişimin sağlıklı olabilmesi için rehber ebeveynlik stilinin uygulanması temel bir gerekliliktir. Bu stili benimseyen ebeveynler, çocuklar için gerektiği durumlarda inisiyatif alarak gerçekleştirilmesi gereken esneklik ve davranışları gösterebilmektedirler (Öztürk, 2021a).

2. 1. 5. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Yanlış Çocuk Yetiştirme Sitilleri

Görünürde normal aile modellerinde kuşaklararası aktarılan yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile karakterize tutum ve davranışlar hakimdir. Görünürde normal aileler önceki kuşaklardan öğrenmiş oldukları yanlış çocuk yetiştirme stillerini içeren davranışları kendi çocuklarına yarı bilinçli ya da bilinçdışı bir şekilde uygulayıp onları travmatize edebilmektedir (Öztürk, 2020a). Bu aileler çocuklarını travmatize ederek onlar üzerinde otorite kurmaya çalışmaktadır. Görünürde normal ailelerin uyguladıkları bu patolojik denetim ile hem ailedeki fertleri kontrol edilmekte hem de yakın ilişkide bulundukları kişiler üzerinde hakimiyet kurulmaktadır. Görünürde normal aile modelleri kapsamında değerlendirilen; sahte karşılıklılık, çift mesaj, güvensiz bağlanma, ailede gizli cepheleşme, hasta ya da aptal rolü, şımartılma, arkadaş anne/baba, anne/babalık reddi, duyarsızlık, ebeveynlerin rol değişimleri ve diğerinin yerini doldurma girişimleri, yüksek beklenti düzeyi, doktora ya da dişçiye götürmeme, çocuk işçiliği, değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar aşağıda açıklanmaktadır (Öztürk, 2018a).

2.1.5.1. Sahte karşılıklılık

Aile içerisinde her iki ebeveyn de kaos oluşturmamak için azami derecede dikkat göstermekte ve hem anne hem de baba gerçekte oldukları gibi davranmayarak aile içi dinamiği sekteye uğratmamak için sahte paylaşımlarda bulunmaktadır. Dışardan bakıldığı zaman sahte karşılıklılığın hâkim olduğu aileler, mutlu aile gibi görünseler bile gerçekte bu bireyler gerçek kişiliklerini gizlemektedir. Bu ailelerde ebeveynlerden biri artık bu gidişe "dur" demek ister ve mevcut duruma başkaldırır (Öztürk, 2020a). Yanlış çocuk yetiştirme stili olan sahte karşılıklılığın yaşantılandığı ailelerin çocuklarında; okuldan atılma, suç işleme ve madde kullanımı gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu ailelerde anneler depresif, babalar ise alkolik olabilmekte ve eşler de birbirlerini aldatabilmektedir. Bu ailelerde ebeveynler birbirleri ile gerçek bir karşılıklılık kuramadıklarından dolayı çocukları ile de zayıf ya da

güçsüz bağ kurabilirler. Sahte karşılıklılık bu açıdan güvensiz bağlanma dinamiklerine yol açabilen patolojik ilişki dinamikleri olarak fonksiyon görmektedir (Öztürk, 2018a). Sahte karşılıklılığın sık yaşantılandığı ve birincil iletişim şekli olduğu ebeveynlerin her ikisi de aile içerisinde kendi aralarında yaşamış oldukları kaosu gizleyip ortaya çıkmaması için özen göstermektedirler (Öztürk, 2021a).

2.1.5.2. Çift mesaj

Anne ve babalar çocuklarıyla iletişim kurduklarında onlardan yerine getirmelerini istedikleri olaylara ilişkin birbirinin zıttı davranışlar gerçekleştirebilmekte ve çocuklar bu çift mesaj ile nasıl davranacaklarını bilemeyerek sorun yaşayabilmektedir (Öztürk, 2020a). Ebeveynler çocuklarına birbirinin zıddı olan mesajlar verdiklerinin büyük oranda bilincinde değillerdir. Ebeveynler çocuklarını yapmaları için teşvik ettikleri durumlar neticesinde bazen yapılan davranıştan ötürü onlara kızmakta bazen ise onları ödüllendirmektedir (Öztürk, 2021a). Çocuklar yaşadıkları bu ikilem (aynı davranışta kimi zaman ceza kimi zaman ise ödül verilmesi) ile baş etme paradigması olarak inkâr geliştirebilmektedir (Ross & Halpern, 2009; akt. Öztürk, 2020a). İmmatür savunma mekanizmalarından biri olan yadsıma (inkâr) kişinin başına gelen zorlayıcı yaşam olaylarını yok sayması ya da hiç olmamış gibi davranmasıdır (Taşkent, 2010). Öztürk'e göre (2021a) bu çift mesajın yaygın bir şekilde görüldüğü ailelerde bireylerin olumsuz yaşam olaylarına karşı geliştirdikleri dissosiyatif yaşantılar neticesinde ebeveyn ile çocuklar arasında "güvensiz bağlanma" gelişebilmektedir.

2. 1. 5. 3. Güvensiz bağlanma ve istismarcıya bağlanma

Bowlby (1969) bağlanmayı; yeni doğmuş bebeğin bakım veren ile kurduğu ilişki olarak açıklamaktadır. Bebek, kendisi için tehdit ya da tehlike olarak algıladığı her durum için bir sığınak ya da güven ortamı aramakta ve bakım verenler olarak ebeveynler de onların ihtiyacı olan güven duygusunu geliştirmede birincil sorumlu olarak majör bir rol üstlenmektedir

(Lapsley, Nicolem & Aalsma, 2000). Bebeğin ihtiyaç duyduğu fiziksel ve duygusal yakınlık ile ilginin bakım verenin zamanında yerine getirmemesi sonucunda güvensiz bağlanma oluşmaktadır. Aynı zamanda bebeğin ihtiyaçlarının giderilmemesi ya da geciktirilerek giderilmesi neticesinde de güvensiz bağlanma gelişebilmektedir. Güvensiz bağlanma; kaygılı bağlanma, kararsız bağlanma, kaçınmacı bağlanma ve dezorganize/dağınık bağlanma olmak üzere dört başlık altında değerlendirilmektedir (Fearon ve ark., 2010):

2.1.5.4. Güvensiz bağlanma Stilleri

a) Kaygılı bağlanma

Erken çocukluk döneminde ebeveynleri ya da bakım verenlerinin tutarsız davranışları ile birlikte geliştirilen kaygılı bağlanma stili güven duymama ile karakterize olan endişeli bir bağlanma biçimidir (Yıldızhan, 2017). Kaygılı bağlanma geliştiren çocukların ihtiyaçlarını ebeveynlerinin gidereceği konusunda endişeleri bulunmaktadır. Bu bağlanma stilinde çocuklar bakım verenden ayrıldığı zamanlarda anksiyete hissederek zorlanmakta ve ayrılık sona erdiğinde dahi sakinleşmekte güçlük çekebilmektedir (Perry 1994, Tyrrell & Dozier 1999; akt., Kesebir, Kavzoğlu & Üstündağ, 2011). Kaygılı bağlanma modelinde bebek kendini yetersiz hissetmektedir. Bu yetersizlik hisleri de kişinin başkalarına ihtiyaç duymasına sebebiyet vermektedir. Başkalarının onayına ihtiyaç duymakla birlikte bu gereksinimin tersi söylemler ve davranışlar (ihtiyacım yok, tek başıma yeterim, her şeyi yapabilirim) sergilemektedirler. Diğer kişilerle ilişkilerinde ise yakınlık aramalarına rağmen içten ve samimi bir iletişim kurmaktan çekinirler (Ainsworth, 1989; akt., Öztürk, 2020a).

b) Kararsız Bağlanma

Bebeğe bakım verenin onun ihtiyaçlarını (acıktığında ve ağladığında vb.) kimi zaman gidermesi, kimi zaman da ihmal etmesi sonucunda kararsız bağlanma gelişmektedir (Carbone, 2010). Kararsız bağlanma stilinde yakınlık ve yalıtılmışlık duyguları iç içe geçmekte ve bu

bağlanma sitiline sahip olan bireyler birbirine zıt olan bu iki durum ile yaşamaktadır (Hall & Geher, 2003). Kararsız bağlanma örüntüsünde kişiler yaşamış oldukları bu git-gel neticesinde doğal ve samimi bir ilişki geliştirememektedir (Öztürk, 2020a). Kararsız bağlanma stiline sahip çocukların annelerinden/bakım verenlerinden ayrıldıklarında tepkileri oldukça sert olmakta ve yoğun düzeydeki üzüntü sıkça deneyimlenebilmektedir. Annenin geri dönmesi ile birlikte ona karşı bir öfke davranışı yönelebilmekte ve bebeklerde bu öfke ağlayarak ve yerinde durmayarak ortaya çıkmaktadır. (Tüzün & Sayar, 2006). Bu öfke çıkmazları ile yaşamını sürdüren çocuk kararsız bağlanma stili geliştirmektedir ve bu kararsız bağlanma stili ile madde kötüye kullanım arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Aydoğdu & Olcay-Çam, 2013).

c) Kaçınmacı bağlanma

Erken çocukluk döneminde genellikle umursamaz anne babanın bakımına maruz kalan çocukların kendi kendilerine yeteceklerine dair inançlar geliştirdikleri bağlanma örüntüsüdür (Yıldızhan, 2017). Kaçınmacı bağlanma örüntüsünde bireylerde tek başına yetebileceklerine dair düşünceler ve duygular hakimdir. Kaçınmanın adeta öfkeyi ve kaygıyı minimize eden bir savunma mekanizması görevi olarak yürütücü işlevi bulunmaktadır (Ainsworth, 1979). Kaçınmacı bağlanma örüntüsüne sahip bireyler genel olarak yalnız kalmayı tercih etmektedirler. Yalıtılmışlık bütün ilişki örüntülerinde hakimdir. Yakınlık ve bağ kurdukları ilişkileri sonlandırma sürecinde stabil bir tutum sergileyerek kararlı davranırlar (Öztürk, 2020a).

d) Dezorganize/ Dağınık bağlanma

Dezorganize bağlanma örüntüsünü bebekler bakım verenden ayrılma veya stresli durumlar ile karşılaştıkları zaman geliştirmektedirler (Shemmings, & Shemmings, 2011). Dezorganize/ dağınık bağlanma stilinin dissosiyatif bozukluklar ile yakından ilişkili olduğu

belirtilmiştir (Nakash-Eisikovits, Dutra, Westen, 2002; akt., Kesebir, Kavzoğlu & Üstündağ, 2011). Öztürk'e göre (2020a) dissosiyatif kimlik bozukluğu vakaları daha önce ifade edildiği üzere güvensiz bağlanma örüntülerinin tamamını barındırmaktadır. Ebeveynleri tarafından korkutucu davranışlara maruz kalan bebeklerin ya da çocukların dezorganize bağlanma stili geliştirebileceği belirtilmiştir (Main, Hesse 1992; akt., Lyons-Ruth & Spielman, 2004). Bu bağlanma stiline sahip olan çocuklar diğer kişilerle ilişki kurarken, onların duygularını kavrarken ve kendi duygularını ifade ederken dezorganize olabilmektedir (Duschinsky & Solomon, 2017). Dezorganize bağlanma örüntüsü geliştiren bireylerde; çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri yüksek oranlarda görülebilmektedir (Öztürk, 2020a).

2.1.5.5. Ailede gizli cepheleşme

Ailede gizli cepheleşme söz konusu olduğu durumlarda çocuklar anne babadan birine oldukça yakınken diğerinden ise kendini yalıtmaktadır. Aileler çocukları arasında cinsiyet ayrımı yapabilmekte, kız ya da erkek çocuğunu daha çok severek sevdiği çocuklarının ihtiyaçlarını giderirken diğerini ihmal edebilmektedir. Bu disfonksiyonel stilde anne/babalar çocuklarını adeta kendi aralarında paylaşmış olup baba bir çocuk ile anne ise başka bir çocuk ile identifiye olup, tüm ilgilerini sadece o çocuğa vermektedir (Öztürk, 2020a). Ebeveynlerin ihmalkâr tutum ve davranışlarıyla -travmatik yaşantılar- yetişen ve evlat ayrımı ile yaşayan bireyler, yetişkinliklerinde dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere birçok psikopatoloji geliştirebilmektedir. Ailede gizli cepheleşme görünürde normal aile modellerinden dissosiyatif aile modeli başta olmak üzere diğer tüm aile modellerinde belirli oranlarda görülebilmektedir. Ebeveynlerin çocuklar arasında yapmış olduğu bu ayrım travmatik bir yaşantı olarak çocuk yetiştirme stilleri ile işlev görmektedir (Öztürk, 2020a).

2.1.5.6. Hasta/Aptal rolü

Aile içindeki çocuklardan biri yaşanılan tüm sorunların yegâne sorumlusu olarak belirlenmekte ve seçilen bu çocuğun psikiyatrik sorunları olduğu konusunda tüm aile hem fikir olmaktadır. Aile içindeki problemlerin sorumlusu olarak atfedilen bu çocuk, aslında ailenin en potansiyelli üyesi olmasına rağmen bu travmatize edici tutum ve davranışlar sebebiyle psikopatoloji geliştirebilmektedir. Çocuk yaşadığı bu kronik ve şiddetli olumsuz yaşam olaylarına ancak ve ancak dissosiye olarak katlanabilmektedir (Öztürk, 2018a). Ebeveynler ve çocuklar arasında oluşturulan disfonksiyonel iletişim dinamiği, çocukların ruh sağlığı üzerinde negatif etkileri olan yadsınamaz bir realite olarak mevcut durumu sürdürmektedir (Lunkenheimer, Olson, Hollenstein, Sameroff & Winter, 2011). Ailede her türlü sorunun suçlusu olarak görülen çocuk ile aile fertlerinin oluşturduğu ilişkinin dinamiği problemlere dayalıdır. Çocuk, aile içindeki bu olumsuz atmosfer ile baş etmekte zorlanırken ebeveynleri de halihazırda kendilerinin sorumlu olduğu problemleri "hasta ya da aptal" olarak nitelendirdiği çocuğa atfederek onu travmatize etmekte ya da kontrol etmektedir (Öztürk, 2020a).

2.1.5.7. Şımartılma

Şımartılma ya da şımarma henüz tekamüle ulaşmamış bir çocuğun isteklerini ve arzularını sorgulamadan gerekli ya da gereksiz yerine getirmektir (Pad, & Dauphin, 2018). Ebeveynlerin çocuklarına karşı gerektiğinden fazla müsamahakâr davranması, onların yaptığı doğru ya da yanlış her davranışın onaylanması ile hatalarının görmezden gelinmesi gibi tutum ve davranışlar çocuklarda şımarmaya yol açmaktadır. Çocuklar ebeveynlerinin bu tutum ve davranışları ile karşı karşıya kaldıklarında narsisistik özellikler geliştirebilmektedirler (Özsoy, 2019). Çocukluğunda kendi ebeveynleri tarafından yeterince ilgi görmeyen veya ihmal edilen kişiler, kendileri anne-baba olduklarında çocuklarının her talebini karşılamaya çalışarak aslında onların travmalarla baş edebilmesi için optimal düzeyde işlev görmesi gereken ego fonksiyonlarının gelişmesine ket vururlar (Öztürk, 2020a). Ebeveynleri tarafından neredeyse

her istediği en kısa sürede yerine getirilen yani şımartılan çocukların frustrasyon toleransları oldukça düşük düzeydedir (Öztürk, 2020a). Türkmen (2016) frustrasyonu, bir hayal kırıklığına uğrama durumu olarak açıklamaktadır. Frustrasyon toleransının yüksekliği karşılaşılan engelleri ve zorlukları öngörmeyi/aşabilmeyi ifade etmektedir.

2.1.5.8. Arkadaş Anne/Baba

Anne-babalar, çocuklarıyla aile içindeki ebeveynliğin gerektirdiği görev ve sorumluluklarından uzaklaşarak arkadaş ilişkisi kurmaktadır. Bu disfonksiyonel ilişki dinamiği ile anne-babalar ebeveyn olmanın getirdiği sorumluluklarda ihmalkâr davranabilmektedir. Bu ebeveynler de çocuklarını şımartan ebeveynlere benzer bir tablo ile kendi anne babalarının yapmadıkları davranışları yapmak, onlara sağlanamayan imkanları gerektiğinden fazla sağlamak ve çocuklarının her istediğini onlara vermek istemektedirler. Ancak bu davranışlar çocukların psikososyal gelişimlerine ket vurarak ruhsal açıdan sağlıklı birer yetişkin olmalarını da engelleyebilmektedir (Öztürk, 2018a). Bu anne-babalar aşırı hoşgörülü olarak görülmelerine rağmen bu "aşırı" durum çocuklar için hem uygun olmamakta hem de muhakeme ve akıl yürütme süreçleri tekamüle ulaşmadıkları için onların yanlış kararlar vermelerine de sebebiyet verebilmektedir. Erginoğlu'na göre (2015) aşırı hoşgörülü aileler çocuklarının davranışlarına karşı oldukça müsamahakâr davranmaktadırlar. Bu ebeveynler, normlar ve sınırlar koymadan çocuklarının hemen her isteğini sorgulamadan yerine getirmektedir. Anne-babaların çocuklarına karşı tutum ve davranışları arkadaş gibi olup bu disfonksiyonel yapı, ebeveynlik rollerinin büyük ölçüde reddedildiğinin açık ve net bir göstergesidir (Öztürk, 2020a).

2.1.5.9. Anne/babalık reddi

Anne/babalık reddi ebeveynlerin çocukları ile akran gibi yarış içerisinde oldukları durumlarda görülmektedir. Bu ebeveynler çocuklarının fiziksel bakımı ve eğitimi konusunda

oldukça duyarlı olup onların duygusal gelişimleri hususunda ise ihmalkâr davranmaktadırlar. Çocuklar ebeveynleri tarafından isteklerine ve rızalarına bakılmaksızın kurstan kursa ve/veya eğitimden eğitime gönderilirken aile fertlerinin birlikte vakit geçirmeleri ise oldukça sınırlıdır (Öztürk, 2020a). Rohner, Khaleque & Cournoyer, (2012) anne babalık kabul ya da reddinin çocukların ruh sağlığı bakımından oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Ebeveynlerin çocuklarını ihmal etmeleri sadece eğitim, tıbbi ve ekonomik ihtiyaçların karşılanması ile sınırlı tutulmamaktadır. Anne babaların çocuklarına karşı göstermiş oldukları sevgi, şefkat, ilgi ve destek gibi faktörlerin çocuklar üzerinde olumlu etkileri olduğu önemle vurgulanmaktadır. Bu ebeveynler, çocuklarından hem yüksek seviyede performans beklemekte hem de bu performansı sergilediklerinde ise şikâyet ederek onlara kızarak onların ikircikli/ambivalan bir süreç deneyimlemelerine neden olmaktadır. (Öztürk, 2020a).

2.1.5.10. Duyarsızlık

Duyarsız olan ebeveynler çocuklarının neredeyse tüm ihtiyaçlarına kayıtsız kalmaktadırlar. Bu anne babaların, çocuklarına davranışlarında da tutarsızlık hâkim olup kimi zaman aşırı ilgili kimi zaman ise umursamaz davranabilmektedir (Kaya, 1997). İlgisiz/duyarsız anne babalar, çocuklarının arkadaşları, çevreleri ve sosyal ortamları hakkında bilgi sahibi olmamakta ve çocuklarına karşı sevgi gösterirken de oldukça cimri davranmaktadırlar (Düzgün, 2010). Öztürk (2020a) bu aile dinamiğine sahip ebeveynlerin yanlış çocuk yetiştirme stillerini benimsemeleri ve onlara empati göstermemeleri sebebiyle duyarsız davrandıklarını ifade etmektedir. Duyarsız ebeveynler, ihmalkâr davranışları oldukça fazla sergilemektedirler. Bu ihmalkâr davranışlara çocuğun beslenmesinde yaşanan eksiklikler, eğitim alınması konusunda kayıtsız davranılması ve doktora götürülmemesi gibi durumlar örnek verilebilir. Bu ebeveynler çocuklarına karşı sevgi ve şefkat konusunda da umursamaz davranışlar sergilemektedirler. Yanlış çocuk yetiştirme stiline sahip ailelerde büyüyen çocuklar, ebeveynlerinden yeterince ilgi görebilmek için yoğun bir uğraş

vermektedirler. Çocuklar kendi ebeveynlerinden sevgi, ilgi ve şefkat göremediğinde dışarıdan bu desteği ve pozitif tutumu almak için çaba göstermeye başlarlar (Kaya, Bozaslan & Genç, 2012).

2.1.5.11. Yüksek beklenti düzeyi

Öztürk, çocuk yetiştirme stilleri ve travmatik yaşantılar üzerine yaptığı birçok çalışma neticesinde "yüksek beklenti düzeyi" kavramını literatüre kazandırmıştır. Yüksek beklenti düzeyi görünürde normal aile modellerinde çocuk yetiştirme stillerinden biri olup, anne babaların çocuklarından beklentilerinin adeta bir yetişkinin gerçekleştirebilecekleri ya da çocuğun yapabileceğinden oldukça fazla olmasıdır. Görünürde normal aileler yüksek beklenti düzeylerinden dolayı çocuklarını kendilerinin kurtarıcıları olarak görmektedirler. Kendilerinin yapamadıklarını çocuklarından bekleyip onları bu eylemleri yapmaya zorlamaktadır. Aslında yetişkinlerin yapmaları gereken görevler, bu ailenin patolojik dinamiklerinden kaynaklı olarak çocuklara yüklenebilmektedir (Öztürk, 2020a). Kaya, Bozaslan ve Genç, (2012) "mükemmeliyetçi anne-baba tutumu" olarak tanımladıkları ebeveyn beklentileri ve çocuklarına davranış stillerini, "*ebeveynlerin yüksek beklenti düzeyi çocuklarını kendi idealleri ile yapmak istediklerini yaptırmaları yönünde yönlendirme ve zorlama ile olmaktadır*" şeklinde açıklamaktadır. Bu ideallere ebeveynlerin kendileri ulaşamamıştır ve çocukları üzerinden bunları gerçekleştirmek istemektedirler. Bu ebeveynler çocuklarına sanki bir yetişkinmiş gibi davranmakta ve onları en iyisi olma konusunda sürekli uyarmakta ve eleştirmektedir. Bu uyarı ve eleştiriler ile yapacağı işte başarı gösteremeyeceğini düşünen çocuklar geri çekilmekte ve kendisine olan öz güveni azalarak yetersizlik duygusu hissetmeye başlamaktadır (Öztürk, 2018a).

2.1.5.12. Ebeveynlerin rol değişimleri ve diğerinin yerini başarısız doldurma girişimleri

Anne ya da babadan birinin hayatını kaybettiği, aileyi terk ettiği ya da evden ayrıldığı durumlarda diğer ebeveyn bu boşluğu doldurmaya çalışmaktadır. Bu boşluğu doldururken de yarı bilinçli ya da bilinçdışı diğer ebeveynden şikâyet ettiği durumlardan daha katı bir tavır sergileyebilmektedir. Bu ebeveynlerin sergiledikleri katı ve obsesif tutumlar, çocuğun optimal düzeyde ilgi ve bakımı alamamasına kadar uzanabilmektedir. Bu disfonksiyonel süreçte anneler baba rolünü, babalar ise anne rolünü üstlenerek süreci görünürde kontrol altına almaya çalışmaktadır. Ancak bu disfonksiyonel stil, ebeveynlerin kendi travmalarını metabolize edene kadar belirli oranda varlanışını sürdürmeye devam etmektedir. Bu ebeveynler çocuklarına zaman zaman fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal yaşatabilmekte ve diğer ebeveynin olmayışından ekseriyetle iradi bir şekilde olmasa dahi çocuğa zarar verici dinamikler ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2020a).

2.1.5.13. Okutulmama (Eğitim ihmali)

Öztürk'e göre (2020a) çocukların okumasına ve meslek sahibi olmasına engel olmak, yanlış bir çocuk yetiştirme stili olup kesinlikle ortadan kalkması gereken disfonksiyonel bir düşüncedir. Kız çocuklarının da en az erkek çocuklar gibi okuyup meslek sahibi olması üzerinde konuşulmaması dahi gereken temel bir gerekliliktir. Özellikle kız çocuklarının erkek çocuklara oranla okutulmama oranları daha fazla olup bu durumun birden fazla sebebi mevcuttur. Kız çocuklarının okutulmama sebepleri başlıca; ekonomik imkanların yetersizliği, erken yaşta evlendirilmeleri ve çevrenin haksız ve istismarcı eleştirileridir (Alat & Alat, 2011). Öztürk'e göre (2020a) toplumun sağlıklı nesiller yetiştirmesinde yarının anneleri olan kız çocuklarının mutlaka ve mutlaka okutulması gerekmektedir. Çocukların okutulmaması ve eğitim ihmali ile şiddet odaklı çocuk yetiştirme stillerinin benimsenip sonraki nesillere aktarılması ve kuşaklararası geçişi mümkün olabilmektedir (Öztürk, 2021a).

2.1.5.14. Çocuk işçiliği

Ebeveynlerin talebi doğrultusunda ve işverenlerin büyük oranda düşük ücretler vermesiyle çocuklar zorlu koşullar altında çalıştırılmaktadır. Bu çocuklar eğitimlerine devam etmekte zorlanmakta ve büyük çoğunlukla da eğitim süreçleri aksamaktadır. Çocukların çalıştırıldıkları işler genellikle onların yapabileceği işlerden çok daha zordur ve ağır fiziksel şartları beraberinde getirmektedir (Öztürk, 2020a). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda "kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılamaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar" madde 50'de belirtilmiş ve çocukların çalışmaları (meslek lisesi stajları ve meslek edinme kursları) güvence altına alınmıştır. Öztürk'e göre (2020a) çocuklar ile ergenlerin ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkilemeyen/bozmayan, fiziksel ve kişisel gelişimlerine ve/veya eğitimlerine engel olmayacak işlerde kısmi zamanlı çalışmaları, onların ruh sağlığını pozitif olarak etkileyebilmektedir. Çocuk işçiliğinin son bulabilmesi için psikoloji, sosyoloji, hukuk, ekonomi ve tıp gibi birden fazla alanın dahil olduğu multidisipliner çalışmalar yürütülmelidir. Çocukların psikososyal yönden gelişimleri göz önünde bulundurularak ilgili mevzuat doğrultusunda bu süreç yönetilmelidir (Çöpoğlu, 2018).

2.1.5.15. Doktora, dişçiye ya da psikoloğa götürmeme

Çocuğun ya da ergenin sağlığı ile ilgili yaşamış olduğu sorunlarda ebeveynler duyarsız tutum ve davranışlar sergileyebilmektedirler. Çocuğun veya ergenin tıbbi yardımdan mahrum bırakılması/engellenmesi onun psikopatoloji geliştirmesine neden olabilmektedir (Öztürk, 2020a). Çocuk ihmali kapsamında doktora götürmeme ya da geç götürme ile günümüzde belirli oranda azalma gösterse de sık karşılaşılabilmektedir. Çocuğun kronik bir sağlık sorunu olduğu zaman ya da ani gelişen bir sağlık sorununa karşı ailenin duyarsız davranması sonucunda çocuk ya tıbbi destek alamamakta ya da tedavisi aksamaktadır (Turla, 2002). Öztürk'e göre (2020a) sağlıkla ilgili bir problem ile karşı karşıya kalan çocuk için dişçi ya da doktor gibi uzman sağlık personeline başvurulmaması onu travmatize edebilmektedir. Bu

durumun çocuğun ya da ergenin yetişkinlikte de hem ruhsal hem de fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Çocuğun tıbbi tedavisinin ya geciktirilmesi ya da hiç verilmemiş olmasından kaynaklanan birtakım sağlık sorunları olabilmektedir (örn. kırık-çıkık gibi durumlarda doktora götürülmeme ile birlikte sakatlıklar yaşanabilmektedir). Çocuk bu disfonksiyonel süreçte kendini yalnız, değersiz ve/veya önemsiz hissedebilmektedir (Öztürk, 2020a).

2. 1.5.16. Paylaşan ebeveynlik: "Sharenting"

Ebeveynlerin sosyal medya platformlarında çocuklarının fotoğraflarını, videolarını ve yazılarını belirli oranlarda paylaşmaktadır. Bu ebeveynler çocuklarının her yaptıklarının başka insanlar ile paylaşılmasını arzu etmekte ve onları dijital medya platformları aracılığıyla haberdar ederek yaşamlarını sürdürmektedir. Bu yapılan davranışlar "paylaşan ebeveynlik: sharenting" olarak adlandırılmaktadır (Öztürk, 2021a). Öztürk'e göre (2021a) ebeveynlerin yaptıkları bu paylaşımların sürelerindeki ya da sıklıklarındaki artışlar, psikopatolojinin bir işareti olabilmektedir.

2. 1.5.17. Evlat ayrımı

Görünürde normal aile modellerinden olan dissosiyatif aile modelinde daha çok karşılaşılan çocuk yetiştirme stillerinden biri de evlat ayrımıdır. Ayrım yapılan ve ötekileştirilen çocuk, kardeş kıskançlığı yaşamaktadır ve bu kıskançlık kimi zaman akran zorbalığına zemin hazırlamaktadır. Çocuklar arasında yapılan ayrım cinsiyet, eğitim ya da yeteneğe bağlı olmayıp ebeveynler kendi kişilik özelliklerine benzer özelliklerde olan çocuklara daha yakın davranıp pozitif bir ayrımcılık gösterebilmektedir. Çocuklardan biri, hemen her şeyin suçlusu olduğu ve sorumluluğun tamamının kendisine atfedildiği nezdinde "günah keçisi" ilan edilmektedir (Öztürk, 2021a).

2.1.5.18. Haset, kıskançlık ve nezaketsizlik

Başkalarına karşı duyulan haset ve kıskançlık duyguları disfonsiyonel aile modellerinde sıkça yaşantılanmaktadır. Haset kelimesinin anlamı "başkasının sahip olduğu maddî veya manevi imkânların kendisine intikal etmesi" olarak, kıskançlık kelimesi ise başkasının sahip olduğu imkânları çekememektir. Bu iki kelime birbirinin yerine kullanıldığı gibi aile psikopatolojisi için önemleri de yadsınamaz bir gerçektir (Öztürk, 2021a). Nezaketsiz kelimesi ise "başkalarına karşı saygısız ve kaba davranma" olarak tanımlanmıştır (https://sozluk.gov.tr/ Erişim tarihi; 17.06.2021).

Bu duyguların temelde birbirinden farklılıkları mevcut olup haset ve kıskançlık duygularının her ikisinde de kişilerin kendilerinin başarı ya da sosyal durumlarını daha iyi mevki ve konumda olduğunu düşündükleri kişiler ile karşılaştırmaları söz konusudur. Benzer özelliklere sahip kişilerin başarı durumları, sosyal ilişkileri, statüleri ve aile ilişkileri gibi özellikleri kıskançlık duygusunun gelişmesinde referans olarak görülebilmektedir. Aile içerisinde ise kıskançlık ve haset duyguları ebeveynlerin paylaşılamaması, bir ebeveynin kardeşlerden biri ile daha yakın olması ya da kardeşlerden birinin daha başarılı, çekici ya da zeki olması gibi durumlarda ortaya çıkabilmektedir. İletişimin temeli için en gerekli unsurlardan biri olan nezaket aile içi iletişimde, sosyal ilişkilerde, toplumsal düzende ve akran ilişkilerinde temel bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, 2021a).

2.1.5.19. Çocuktan, ergenden ve yetişkinden ebeveyne yönelik şiddet

Şiddet, her zaman ebeveynden çocuğa doğru yaşanmamakta, kimi zaman ya da kimi durumlarda ise bunun tersi söz konusu olup çocuklar, ergenler ve yetişkinler ebeveynlerine şiddet uygulayabilmektedirler. Öztürk (2020a) ebeveynlerin aşırı hoşgörü ile birlikte çocuklarını şımartma davranışları sergilediklerini, ebeveynlerin otoriterlerinin yerini aşırı hoşgörünün aldığını vurgulamaktadır. Çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin ebeveynlerine

uygulamış oldukları şiddet ekonomik ya da fiziksel şiddet olarak görülebilmektedir. Görünürde normal aile modellerinden biri olan dissosiyatif aile modelinde ebeveynlerinin şiddetine maruz kalmış olan çocuk zamanla öğrenmiş olduğu bu şiddet davranışını tersine çevirerek ebeveynlerine uygulayabilmektedir. Özelikle görünürde normal aile modellerinde çocuk yetiştirme stillerinde çocukların şımartılması, aşırı hoşgörülü davranılması da daha sonra ebeveyn şiddetine zemin hazırlayabilmektedir (Öztürk, 2021a).

2. 1. 6. Kuşak Kavramı

Kuşak: tarihsel olarak yakın yıllarda (belli bir aralık) doğan aynı sosyal ve kültürel olaylara maruz kalan, yaklaşık olarak benzer tarzlarda yetiştirilmiş ve benzer yaşam şartlarına sahip olan (iş, eğitim vb.) topluluk olarak tanımlanmaktadır. Kuşaklar doğdukları dönemdeki teknolojik gelişmeler doğrultusunda karakteristik özellikleri bakımından birbirlerinden ayırt edilebilmektedir (Adıgüzel, Batur, & Ekşili, 2014; Kuyucu, 2017; Mücevher & Erdem, 2018). Türk Dil Kurumu ise kuşak kavramını; "*yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişiler topluluğu*" olarak tanımlamaktadır (TDK, 2021, https://sozluk.gov.tr/, Erişim tarihi; 12.03.2020).

Kuşak kavramı, birbirine yakın yıllarda dünyaya gelmiş ve yaşadıkları dönemde benzer sorumlulukları olan bireyleri ifade ederken kullanılmaktadır. Bu bireyler benzer nitelikteki teknolojik gelişmeler, eğitim ve sosyal hayatları (evlilik, askerlik vb.) başka dönemde doğan gruplardan belirgin bir biçimde ayırt edilmektedir (Taş & Kaçar, 2019). Kuşaklar, bir önceki kuşaktan etkilenmekle birlikte kendi kültürel normlarını oluşturarak zaman içerisinde değişim sağlamaktadır (Campbell, Campbell, Siedor & Twenge, 2015). Aşağıda bu çalışmanın örneklemini oluşturan katılımcıların bulunduğu; Baby Boomer, X, Y ve Z kuşaklarının özellikleri yer almaktadır:

Baby Boomer kuşağı II. Dünya Savaşının hemen ardından 1946-1964 yılları arasında doğan bireylerden oluşmaktadır (Türk, 2013). Bu kuşaktakiler sayıca X ve Y kuşağına oranla oldukça fazladır. Baby Boomer kuşağındaki bireyler bulundukları toplumda; sosyal, kültürel ve ekonomik dönüşümlerin mimarları olarak betimlenmişlerdir ve modern toplumların inşasında önemli bir paya sahiptirler (Berkup, 2014).

1965 ila 1979 yılları arasında doğan bireyler X kuşağını oluşturmaktadır (Berkup, 2014). Bu kuşak teknolojinin geçirdiği dönüşüme ve ilerlemeye yakından tanık olan bireylerden oluşmaktadır. X kuşağında iş hayatına kadınların daha fazla girmesi ile birlikte geleneksel aile modeli de değişmiştir (Şenturan, Köse, Dertli, Başak & Şentürk, 2016). Bu kuşakta gelecek kaygısı olduğundan dolayı iş hayatı ön plana çıkmış olup çalışma hayatında başarılı olmak oldukça önemli bir misyon haline gelmiştir. X kuşağı bireyleri iş hayatını "yaşamak için çalışmak" olarak adlandırıp hem kendileri hem de çocukları için daha iyi yaşam şartlarını oluşturabilmek için çaba sarf etmektedir (Altundağ, 2012).

Y kuşağı olarak adlandırılan bireyler 1980-2000 yılları arasında doğmuşlardır ve toplumsal dönüşümün temel motivasyonlarından olan teknolojik gelişmelerin hem birincil aktörleri hem de tanıklarıdır (Taş & Kaçar, 2019). Teknoloji ile iç içe yaşayan Y kuşağı bireylerinin iletişim şekilleri Babby Boomer, X ve Y kuşağına göre belirli oranda değişim göstermiştir. Bu kuşak iletişim aracı olarak çevrimiçi platformları ve özellikle sosyal medyayı oldukça fazla kullanmaktadır. (Türk, 2013). Çalışma hayatında eğitim, kariyer ya da izinler Y kuşağının motivasyonunu finansal ödüllere oranla daha fazla artırmaktadır (Goldgehn, 2004). Tutgun-Ünal ve Deniz (2020) sosyal medya kullanımının kuşaklara göre farklılık gösterme durumuna dair yapmış olduğu çalışmada Y kuşağındaki bireylerin Baby Boomer kuşağındakilere oranla sosyal medya kullanımında kendilerini daha yetkin düşündüklerini, Z kuşağına göre ise sosyal medya kullanımında daha istikrarlı davranışlar sergilemekte olduklarını tespit etmiştir.

Z kuşağı olarak adlandırılmış olan 2000'den sonra doğanların ise diğer kuşaklardan en belirgin farkı teknolojinin çok yoğun olarak kullanıldığı dönemde doğmuş olmalarıdır (Taş, Demirdöğmez & Küçükoğlu, 2017). Teknolojik çağda doğmuş olan Z kuşağı, bu gelişmeler ile yakından ilgilenerek iletişim, eğitim ve çeşitli etkinliklere de bu yöntemleri kullanarak katılmaktadır. Bu kuşak hayatın temel alanlarından olan eğitimi, işi ve iletişimi büyük oranda dijital platformlar aracılığıyla gerçekleştirmektedir (Aydın & Başol, 2014). Tek başına olmaktan ve çevrimiçi platformlarda vakit geçirmekten daha çok zevk duyan Z kuşağı kendilerine zaman ayırmanın önemli olduğunu düşünmektedir (Gürbüz, 2015).

2.2. Travma

2. 2. 1. Travma Kavramı

APA'ya göre (2008) travma, kaza, tecavüz veya doğal afet benzeri olumsuz olaylar karşısında gösterilen tepkidir. Travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireyler bu olaylardan sonra inkâr geliştirebilmektedirler. Travmaya karşı geliştirilen tepkiler; fiziksel (yorgunluk, kas ve eklem ağrıları vb.), bilişsel (konsantrasyon güçlükleri, unutkanlık vb.) ve duygusal (öfke, kaygı, çökkün duygu durumu vb.) tepkiler ile birlikte sosyal ilişkilerde işlevselliğin bozulması olarak belirtilmiştir. Travma sonrası ortaya çıkan bu belirtilerden dolayı bireyler yaşamlarını devam ettirmekte zorlanabilmektedir. 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın ilk yarısında "travma" kavramının fiziksel travma haricinde kullanımı kısıtlı iken günümüzde travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını sarsan, inciten, yaralayan her türlü olayı adlandırmak için kullanılmaktadır.

Travmatik yaşam olayları bireyin ruh sağlığını tehdit eden olaylardır. Doğal afetler, çocuklukta ya da yetişkinlikte kişinin cinsel saldırıya uğraması ve taciz/tecavüz gibi durumlar kişinin ruhsal bütünlüğünü bozan veya sekteye uğratan olumsuz yaşam olaylarıdır. Bu olaylar; çığ, deprem, sel gibi doğal afetler gibi insan kökenli olmayanlar ile taciz, tecavüz, şiddet, zorbalık, mobbing, terör ve savaş gibi bir kişinin ya da grubun iradesiyle

gerçekleştirilen olaylar olarak ikiye ayrılmaktadır. Herhangi bir travmatik yaşantı esnasında ya da sonrasında bireyler; korku, dehşet, çaresizlik, utanç ve suçluluk gibi tepkiler verdiyse bu tür olaylar artık ruhsal açıdan travmatik olaylar olarak adlandırılır (Sevinç-Yalçın & Öztürk, 2018). Travmatik eylemin meydana gelişine, sıklığına, sayısına veya devamlı olmasına ve olayın doğası gibi konulara dikkat edilmelidir. Birey travmatik olayı doğrudan kendi yaşamış olabileceği gibi, bu olaya şahit olabilir ya da sevdiği bir bireyin travmatik bir olay yaşadığını öğrenebilir. Bu sebeple, "şahit olmak ve öğrenmek" durumlarında da kişi travmatize olabilir (APA, 2017).

Terr (1994) travmayı üç tipte incelemektedir. Tip I: Tek bir olay ve ansızın ve bir anda meydana gelen olaylar (örn; deprem, sel vb., trafik kazaları). Tip II; birden fazla olayın tekrarlanması ve devam etmesidir.) Tip II. travmayı, kişinin baş edebilme, katlanabilme sınırını zorlayan birbiri ile bağlantılı olayların tekrarlanması ve süregelen olaylar olarak tanımlamaktadır. Tıp II. travma da yaşam olayları kişinin yaşamında ruh sağlığını, sosyal ve mesleki işlevselliğini bozmaktadır. Tip III. travma çocuk yaşta başlayan, bir kişi ya da birden fazla kişinin uygulamış olduğu ve süregelen istismarı kapsamaktadır. Fiziksel, duygusal ve/veya cinsel istismara maruz kalan çocuklar, güvene dayalı duygusal sorunlar yaşayabilmektedirler (Solomon & Heide, 1999).

2. 2. 2. Çocukluk Çağı Travmaları

Herman (2011), çocukluk çağı travmalarını, kişilerin on sekiz yaşından evvel maruz kaldığı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal ya da bakım verenin ölümü, birinci derece yakınlardan ayrılma, ebeveynlerin boşanması ve/veya şiddete şahit olma şeklinde açıklamaktadır. Çocuk ebeveynleri, kardeşleri, akrabaları, komşuları, akranları ya da tanımadığı kişiler tarafından şiddete maruz kalabilmekte ya da şahit olmaktadır (DSÖ, 2016). Çocukluk çağı travmalarının boylamsal olarak çalışılmasının çeşitli zorluklarının olmasından dolayı geriye dönük veriler yardımıyla bu konu ile ilgili bilgiler elde edilmektedir. Çocukluk

çağı travmaları; çocukluk çağı istismarı ve ihmali ile ilgili yapılan çalışmaların standardize edilmesi, mukayese edilmesi ve bu olayların etkilerinin uzun vadeli nasıl olacağı kategorize edilmektedir (Şar, Öztürk & İkikardeş, 2012). Psikopatolojinin oluşmasında majör oranda öneme sahip olan çocukluk çağı travmalarının sonuçlarının uzun dönemli olabilmesi temel bir husustur. Travmatik yaşam olaylarının bütün insanlarda tesiri olsa dahi, çocukların, engellilerin yaşlıların bu olaylarda risk düzeyleri diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Çocukluk çağı travmaları arasında ihmal ve istismar oldukça önemlidir (Güloğlu, Karaırmak & Emiral, 2016).

2. 2. 3. Çocuk İstismarı ve İhmali

2. 2. 3. 1. İstismar

İstismar kavramında başlıca dikkat edilmesi gereken unsurlar; tekerrür olması, bilerek ve isteyerek yapılması, çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda iyi oluşuna negatif olarak tesir etmesidir (Kahraman & Çokamay, 2016). Pelendecioğlu ve Bulut (2009), çocuk istismarında dikkat çekilmesi gereken temel noktaları "olumsuz olaylara maruz kalan çocuğun psikolojik ve bilişsel gelişiminin negatif olarak etkilenmesi" olarak ifade etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını "yetişkin tarafından farkında olarak ya da farkında olmadan çocuğun fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik gelişimine olumsuz olarak tesir eden davranışların tamamı" şeklinde tanımlamaktadır. Burada esas olan yapılan davranışın çocuk üzerindeki etkisidir. Ebeveynin gerçekleştirdiği davranışlarda niyeti ne olursa olsun eyleminin çocuğa etkisi oldukça önemlidir. Çelik ve Hocaoğlu (2018) istismar ve ihmalin; "fiziksel, duygusal ve cinsel istismar; ihmalin ise fiziksel ve duygusal ihmal" olarak sınıflandırılabileceğini açıklamıştır.

Dünyanın farklı yerlerindeki ve kültürlerinde görülen şiddet, sayısız çocuk için tehdit unsuru olmaktadır. Şiddet duygusal, fiziksel, cinsel, psikolojik ve sosyal açıdan çocuklara

kimi zaman doğrudan uygulanmaktayken kimi zaman da onlar bu şiddete tanık olmaktadır. İhmalin ve istismarın çocuğa yönelik şiddetin bir türü olarak hukuka yansıyan yönleri olmakla birlikte hukuka yansımayan yönleriyle de çok fazla karşılaşılan bir durumdur (Uğurlu & Gülsen, 2014). Çocuk istismara maruz kaldıktan sonra kendini güçsüz ve aciz olarak görmektedir. İstismara maruz kalan çocuklar; hayatlarında meydana gelen zorlukları ve problemleri olduğundan çok daha da büyük görebilmekte, değersizlik duygusunu yoğun bir şekilde hissedebilmekte ve depresyon bozukluğu semptomları gösterebilmektedir (Dinleyici & Dağlı, 2016).

İhmal ve istismar kavramları birbirlerine oldukça yakın kavramlar olmakla birlikte aralarında belirgin farklar da bulunmaktadır. Bu iki kavramı birbirinden ayıran başlıca fark; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir eylemle veya eylemlerle karakterize olmasıdır. Çocukluk çağı ihmali; fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki temel başlık altında incelenmektedir. Bu iki travmanın (fiziksel ve duygusal ihmal) arasında belirgin farklar vardır. Çocuğun ebeveynleri/bakım verenlerinin onun için gerekli olan kaynakları temin etmemesi ve bu kaynaklara erişiminin engellenmesi fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır (Turhan, Sargun & İnandı, 2006). Duygusal ihmal ise, ebeveynlerin ya da bakım verenlerin çocuğun gereksinimi olan sevgi, şefkat ve ilgiyi göstermemesi ve ona karşı duyarsız davranmalarıdır (Pederson, & Wilson, 2009). İstismar kavramının en temel özellikleri; yinelemesi, maksatlı yapılması ve çocuğun fiziksel, duygusal, psikolojik ya da sosyal yönden gelişmesine negatif tesir etmesidir (Kahraman & Çokamay, 2016). Çocuğu kasti bir şekilde örselemek, zarar vermek, hırpalamak gibi eylemler çocuk istismarının tipik örnekleridir. Bu eylemler kimi zaman çocuğun yapmış olduğu hatalı/yanlış davranışı/davranışları cezalandırmak amacıyla uygulanmakta olup bu davranışlar, kesinlikle hak edilen ya da yapılması gereken eylemler değildir (Demirkapı, 2013).

2.2. 3. 1. 1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; çocuğa dayak atmak ya da dövmek, yere atmak, ısırmak, ateş ile yakmak ve boğmak gibi davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Ebeveynler koydukları kurallara uyulması ya da otoriter yanlarının sarsılmaması için, kimi zaman da çocuğun hatası olsun ya da olmasın kendilerinin öfkelerini yönetememeleri sebebiyle fiziksel istismar yapmaktadır (Demirkapı, 2013). Fiziksel bir yaralanmaya maruz kalan çocukların hastane bulgularında bulantı, kusma, karın şişliği, mesane yırtıkları, iç organ yırtılmaları, kaburga kırılmaları, kafatası kırıkları gibi olgular görülmektedir (Avşar, 2014).

Ebeveynler ya da bakım verenler çocuklarını en çok döverek ve tekmeleyerek fiziksel açıdan istismar etmektedir. Bu ebeveynler çocuklarını "terbiye" etmeleri için onları "dövdüklerini" ifade etmekte ve bu tepkiler "terbiye" ile açıklanamayacak ölçüde şiddetli sonuçlarla karakterize olup çocuğun hem beden bütünlüğünü hem de psikososyal gelişimini bozacak davranış paternleridir. Çocukların maruz kaldığı şiddet, ebeveynler ve ev ortamı ile sınırlı olmayıp okullarda da öğretmenleri tarafından şiddete maruz kalabilmektedir (DSÖ, 2016). Çocuklukta istismara maruz kalmak yetişkinlikte ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve çocukken fiziksel istismara uğramak kişilerin psikopatoloji geliştirmelerine sebep olabilmektedir. Öfke kontrol problemi olan ebeveynlerin %22'sinin, anksiyete tanısı alan ebeveynlerin %21'inin ve depresyon tanısı alanların %19'unun çocuklarına fiziksel istismar uygulayabilme ihtimali olduğu saptanmıştır (Springer, Sheridan, Kuo, D., & Carnes, 2007).

Stith ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada depresyonun, öfke ve dürtü kontrol problemi olan ebeveynlerin çocuklarının fiziksel istismarı ve ihmali için risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Ebeveyn-çocuk arasında ne kadar çok samimi bir ilişki varsa o oranda istismar ve ihmal de az olmaktadır. DSÖ'ye göre (2016) çocukluk çağında ihmal ve istismarın risk faktörleri; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ile aile ve çevre (arkadaş, öğretmen, yakın akrabalar, komşular) olarak sıralanmaktadır. UNICEF (2016) tarafından yayınlanan rapora

göre dünyadaki 2 ila 4 yaş arasındaki her 10 çocuktan 6'sı (%60) fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.

2.2.3.1.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal gelişimini kapsayan birçok alanda birtakım zararlar verebilmektedir (Soner & Aykut, 2017). Duygusal istismar; çocuğa bakım verenler ve/veya onun çevresindekilerin (akrabaları, komşusu, öğretmeni, arkadaşı vb.) dalga geçmesi, alay etmesi, hakaret etmesi, azarlaması, tehdit etmesi, bağırması ve çok fazla eleştirmesi ile karakterize tutum ve davranışlarının tamamıdır. Bu olumsuz davranışların çocuğun duygusal gelişimi ve psikolojik sağlamlığı üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (DSÖ, 2016). İstismar ve ihmal yaşantıları bireylerde eş zamanlı olarak görülebilmektedir. Çocuk; genellikle ebeveynleri, bakım verenleri ya da yakın ilişki kurduğu (öğretmen, akraba vb.) kişiler tarafından duygusal istismara maruz bırakılmaktadır (Toptaş, 2004). Duygusal istismar, çocukları topluluk içinde ya da yalnızken küçümsemek, alay etmek, hakaret etmek, onu sevmediğini ve nefret ettiğini açık açık söylemektir (Goldsmith & Freyd, 2005). Chapman ve ark., (2004) duygusal istismara maruz kalan çocukların diğer istismar türlerine kıyasla daha fazla depresyon bozuklukları geliştirmeye yatkın olduklarını ortaya çıkarmıştır. Mertens ve arkadaşları (2021) görüşme odaklı yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalan bireylerde dissosiyatif bozukluklar görülebildiğini saptamıştır.

2.2.3.1.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; cinsel amaç doğrultusunda çocuğun bedenine dokunma/sürtünme, uygun olmayan içerikli görüntüler çekme (video, fotoğraf), tecavüz etme, yüz yüze ya da

telefon ile müstehcen konuşmalar yapma gibi davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Çeçen, 2007). Cinsel istismar; yetişkin tarafından 18 yaşını doldurmamış olan çocukların cinsel amaçlar doğrultusunda zorbalıkla veya hile ile/aldatarak şiddet yönelimli tutum ve davranışlarda bulunulmasıdır (Aktepe, 2009). Çocuğun aile içerisinde cinsel istismara maruz kaldığı durumlar "aile içi cinsel istismar" ifadesi ile açıklanmaktadır. Ensest mağduru çocuklar sosyal, zihinsel, duygusal ve bilişsel alanlarda çeşitli sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunlar uyku problemleri, azalan akademik başarı, iştahta belirgin bozulmalar ve öz bakım problemleri gibi birçok alanda görülebilmektedir. Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda birçok psikopatoloji gelişebilmektedir. Bu psikopatolojilerin başında gelen dissosiyatif bozukluklar, depresyon, intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları ile karakterizedir (Öztürk & Derin, 2021; Soner & Aykut, 2017).

Çocuğun cinsel istismara uğradığını gösteren çeşitli semptomlar bulunmaktadır. Bu semptomlar arasında korku, endişe, kâbus, depresyon ve öfke gibi belirtiler ön plandadır. Cinsel istismarın faili genel olarak çocuğun yakınından biri/birileridir. Cinsel istismar sadece bir kere gerçekleşebileceği gibi tekrarlı bir şekilde (reviktimizasyon) de gerçekleşebilmektedir. Ancak yaşanan istismarın fiilen bir kere oluyor olması travmanın da sadece bir kereye mahsus olarak deneyimleneceği anlamına gelmemelidir. Bu proses edilemeyen olumsuz olay bireyin zihninde tekrarlı bir şekilde üretilerek negatif etki göstermeye uzun dönemli olarak devam edebilmektedir. Aile içi cinsel istismar/ensest, cinsel istismar vakalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (DSÖ, 2003; Öztürk, 2020a). Cinsel istismar çocuğa bilişsel ve duygusal bakımdan zarar vermektedir. Çocukluk çağı travmaları çocuğun benliğini, kimliğini, muhakemesini ve akıl yürütme becerilerini kesintiye uğratmakta ve/veya bozmaktadır. İstismarcılar tarafından çocuklar çeşitli yöntemler aracılığıyla (sevilme, çeşitli hediyeler verme vb.) ödüllendirilerek manipüle edilebilmektedir. Cinsel istismar mağduru çocuklar, istismarcıdan ziyade kendilerinin suçlu olduğuna dair yanlış inanışlar

geliştirebilmekte ve bu tutum ve davranışlar, olumsuz yaşam olaylarının doğasından kaynaklanmaktadır (Finkelhor, 1987).

2.2.3.2. İhmal

Çocuk ihmali, anne/babalar ya da çocuğa bakım veren kişi/kişiler tarafından onun sağlığı, gelişimi, eğitimi, korunması, beslenmesi, barınması ve güvenli yaşam alanı oluşturulması gibi konularda kayıtsız ve yetersiz kalınmasıdır (DSÖ, 2016). Yetişkinler tarafından çocuklara uygulanan davranışlarda istismarın etken/aktif ihmalin ise pasif/edilgen eylemlerden meydana gelmesi ile bu iki kavram birbirinden ayırt edilmektedir (Topbaş, 2004). Çocuğun sürekli darmadağınık ve kirli giysiler içinde olması ihmalin işareti olarak yorumlanmaktadır. Çocuğun ihtiyacı olduğu zamanlarda tıbbi yardım almada gecikmeler, çocukların bakımsızlıktan kaynaklanan fiziksel yaralanmalarına sebep olacak tehlikeli durumlara dikkat edilmemesi benzeri durumlar ihmal olarak değerlendirilmektedir (Donohue, Ammerman & Zeus, 1998).

İhmal, çocuğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyip onun disfonksiyonel ve instabil sosyal ilişkiler yaşamasına sebep olabilmektedir (Gauthier, Stollak, Messé, & Aronoff, 1996). Çocuk istismarı ve ihmali, psikiyatrik tanıların en önemli etiyolojik unsurlarından birisidir (Didie, Tortolani, Pope, Menard, Fay & Phillips, 2006). İhmal ve istismarın dissosiyatif bozukluklar, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile pozitif korelasyon gösterdiği önemle belirtilmiştir. Çocuklukta karşılaşılan duygusal ve fiziksel ihmalin yetişkinlikte duygu düzenleme güçlüğüne yol açabileceği öngörülmüştür (Alpay, Aydın & Bellur, 2017). İhmal ve fiziksel istismarın çocuğun bilişsel gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceği ifade edilmektedir (Spann ve ark., Blumberg, 2012). Çocukluk çağı ihmali ve istismarı bildiren vakaların %7'sinin hayatlarında en az bir kere intihara teşebbüs ettikleri tespit edilmiştir (Eskin, Kaynak-Demir ve Demir, 2005).

2.2.3.2.1 Fiziksel ihmal

DSÖ (2006) fiziksel ihmali; çocuğun tıbbi ihtiyaçlarına duyarsız kalma (doktora ve dişçiye götürmeme vb.), çocuğun yalnız kalabilecek durumda değilken uzun süre yalnız kalması, yeterli besine ulaşamaması, kirli ve yırtık kıyafetler giydirme ve vücut bakımını ihmal etme olarak tanımlamıştır. Fiziksel ihmal, çocukların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması (örn. eğitimden mahrum bırakma, tıbbi destekten mahrum bırakma, yeterli beslenmeme) olarak belirtilmiştir (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2013). Fiziksel ihmale maruz kalanlarda özellikle yetişkinlik dönemlerinde disfonksiyonel sosyal ilişkiler görülebileceği ifade edilmektedir (McGuigan, Luchette, & Atterholt, 2018).

2.2.3.2.2. Duygusal ihmal

Duygusal ihmal; çocuğa gerekli ilgi ve sevgiyi göstermemek, davranış ve/veya psikolojik problemlerine duyarsız kalmak ya da profesyonel yardım almasına engel olmak şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2006). Carr ve arkadaşlarına göre (2013) duygusal ihmal, ebeveynlerinin ya da bakım verenlerinin çocuğun başarısına kayıtsız kalması, görmezden gelmesi ya da onun ihtiyaç duyduğu motivasyonu ve desteği vermemesidir. Duygusal istismarda çocuk aktif olarak yetişkinin hakaretine, tehditlerine ve eleştirilerine maruz kalmaktayken, duygusal ihmalde ise yetişkinlerin onu görmezden gelmesi, yakınlık ve şefkat göstermemesi ön plandadır. Duygusal ihmal, çocuk ile ebeveynler ya da bakım veren arasındaki disfonksiyonel bağlanma ile karakterizedir. Aile bireyleri arasındaki uyumsuzluk ya da instabilitenin, duygusal ihmal ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Wark, Kruczek, & Boley, 2003).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojisi

Çocukluk çağı travmalarını ailenin sosyoekonomik düzeyi, belirli oranda göç -özellikle zorunlu göç- ve aile yapısı (çekirdek aile/geniş aile) gibi etkenler etkilemektedir (Spann ve

ark., Blumberg, 2012). Kotch ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışma ile eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının, çocukluk çağı ihmal ve istismarı için risk faktörü olduğunu saptamıştır ayrıca eğitim seviyesinin düşük olması ile istismar ve ihmal arasında pozitif bir ilişki vardır. Örsel, Karadağ, Kahiloğullları ve Aktaş (2011) yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyinin düşük olduğu ailelerde anlamlı bir şekilde istismar oranlarının yüksek olduğunu saptamıştır. Anneleri sadece okur yazar olan katılımcıların ise istismar ve ihmal puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin boşanmaları ve anne/baba-çocuk arasındaki disfonksiyonel ilişkiler de çocukluk çağı ihmali ve istismarı için bir risk faktörü olabilmektedir (Colman & Widom, 2004). Ailelerin negatif doğalı ve empatiden uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri istismar ve ihmale sebep olabilmektedir. Görünürde normal aile modellerinde çocuk yetişme stillerinden olan "çift mesaj ve sahte karşılıklılık" çocukluk çağı travmalarına sebep olabilmektedir (Derin & Öztürk, 2018). Çocuk ihmalinde ebeveynlerin ruhsal durumları da oldukça önem arz etmektedir. Keeshin ve Dubowitz (2013) doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin çocuklarını belirli oranda ihmal edebildiklerini bildirmiştir.

Çocukluk çağı ihmal ve istismarında hem fail hem de mağdur açısından risk etmenleri mevcuttur. Bu risk faktörleri; kişisel, sosyal ilişkiler ile çevresel düzeydeki ve toplumla ilgili etmenler olarak açıklanmıştır. Kişisel etmenler; yaş, cinsiyet ve kişilik gibi bireylerin temel özellikleridir. Kişinin fail ve/veya mağdur olmasını etkileyen risk etmenlerinden olan sosyal ilişkiler; onların aile fertleri ile olan bağı, arkadaşları, meslek yaşamındakiler, komşuları ve/veya akranları ile olan ilişkisi olarak açıklanmaktadır. Çevresel düzeydeki etmenler; kişilerin bulundukları, doğup büyüdükleri ortam ve meslek yaşamları gibi faktörlerdir (DSÖ, 2016).

2. 2. 5. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

DSÖ'ye göre (2020) yaklaşık olarak 2 ila 4 yaş arasındaki her 4 çocuktan 3'ü (%75) fiziksel ve/veya duygusal istismara maruz kalmaktadır. Yetişkin her 5 kadından 1'i (%20), 13 erkekten 1'i (%7.7) cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Örsel, Karadağ, Kahiloğullları ve Aktaş (2011) en az bir psikiyatrik tanı almış 183 vaka ile yapmış oldukları çalışmada katılımcılardan %65.7'sinin fiziksel, duygusal ve cinsel istismardan en az birine maruz kaldıklarını belirtmekteyken; tüm istismar türlerini bildiren kişilerin ise %6.1 olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada kadınların %70.3'ü çocukluk çağı travması bildirmişken, erkeklerde ise bu oran %58.2 olarak belirlenmiştir.

DSÖ (2017) 18-24 yaş arası bireylerin çocukluk çağı ihmal ve istismarına ilişkin yapmış olduğu çalışmada; fiziksel istismarı %23, duygusal istismarı %36, cinsel istismarı kadınlarda %18, erkeklerde %8 ve ihmali ise %16 olarak tespit etmiştir (Not: cinsel istismar dışındaki istismar ve ihmali kadın ve erkek olarak ayrılmamıştır). Eskin, Kaynak-Demir & Demir (2005) tarafından 1262 üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada en az bir cinsel istismar bildiren kişilerin oranı %28 olarak bulunmuştur. Cinsel istismarın en sık şekli cinsel içerikli video izlemeye veya çekmeye zorlamaktır. İstismarı gerçekleştiren faillerinin %63'ünün kendi ebeveynleri olduğu ve bu ebeveynlerin eğitim seviyelerinin düşük olduğu, aynı zamanda istismar mağduru çocukların %72'sinin erkek olduğu ve annelerinin istismarına maruz kalan çocukların %76'sı 0-3 yaş ifade edilmektedir Pelendecioğlu & Bulut, 2009). Stoltenborgh ve arkadaşları (2011), 1982-2008 yılları arasında yapmış oldukları çalışmada çocukların %11.8'inin birden fazla (çoklu) çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı belirtilmiştir.

2. 2. 6. Kuşaklararası Travma Geçişi ve Kuşaklararası Travma Aktarımı

Öztürk'e göre "kuşaklararası travma geçişi" ve "kuşaklararası travma aktarımı" kavramları belirli ölçülerde benzer yönelimli olsalar da birbirine tam identik değillerdir.

Kuşaklararası travma geçişi çalışmalarını nicel olarak yapılandırılabilirken, kuşaklararası travma aktarımı çalışmaları ise daha çok nitel olarak yapılandırılmaktadır. Ancak büyük oranda nicel olarak yapılandırılan kuşaklararası travma geçişi çalışmaları hem nicel hem de nitel olarak yapılandırılabilmektedir. Travmanın kuşaklararası aktarımı konusundaki multidisipliner çalışmalarda birbirinden farklı ya da zıt veya öteki bilimsel çalışmaları dışlayan bulgular ortaya çıkabilmektedir. Kuşaklararası travma geçişi çalışmaları ise tekrarlanabilir bir doğada olup birbirine yakın ya da ilişkili veya öteki bilimsel çalışmaları dışlamayan bulgular vermektedir. Kuşaklararası travma aktarımında aktarılan şeyin ne olduğu ve hangi yollarla aktarıldığı konusunda bilimsel ihtilaflar ortaya çıkabilmektedir. Kuşaklararası travma geçişi ise daha net ve bilimsel tekniklerle daha ölçülebilir bir doğada olup farklı çalışmalarının nicel ya da sayısal değerleri birbiri ile kolaylıkla kıyaslanabilmektedir (Öztürk, 2020a; Öztürk & Derin, 2020).

Kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası travma aktarımı; klinik psikoloji, psikiyatri, adli psikoloji ve psikotarih disiplinleri tarafından sıkça çalışılmakta ve özellikle ruh sağlığı açısından iyi bir nesil yaratabilmek adına öncül ve temel bilgiler ortaya koymaktadır. Ülkemizde kuşaklararası travma geçişi çalışmalarının öncülüğünü yapan Öztürk, "*kuşaklararası travma geçişi" kavramını; hem klinik psikoloji hem psikotarih hem de psikotravmatoloji kapsamında ele alınan "çocuk yetiştirme stillerini" iyileştirmeyi ve "çocukluk çağı travmalarını önleme stratejileri" geliştirmeyi de içeren çok eksenli bir oluşum* olarak tanımlamaktadır (Öztürk, 2021a). Klinik psikoloji, psikiyatri ve psikotravmatoloji kapsamında çalışılan kuşaklararası travma geçişi, temelde olumsuz yaşam olaylarının kuşaklararası mevcudiyetini "çocuk yetiştirme stilleri" ve "çocukluk çağı travmaları" bağlamında araştırarak uygulanabilir ve etkin önleme stratejilerinin geliştirilmesi ile karakterizedir. Öztürk'e göre (2021a) kuşaklararası travma geçişi, *"insanlık tarihinde aynı çocuk yetiştirme stillerini sahiplenen ve savunan ebeveynlerin -özellikle annelerin-*

kuşaklararası süreçte kendi annesinin, kendinin ve kendi çocuğunun: kızının yaşadığı travmatik yaşantıların yakın oranlarda varlık gösterdiği ve benzer travmatizasyon ve reviktimizasyon tecrübelerinin olduğu" varsayımı ile işlev görmektedir. Benzer doğalı çocuk yetiştirme stiline sahip olan ebeveynler birbirine yakın oranlarda travmatik ve dissosiyatif yaşantıları olan "disfonksiyonel nesiller" yetiştirirler (Derin & Öztürk, 2020; Öztürk, 2020a; Öztürk, 2021b).

Psikotravmatoloji ve klinik psikoloji açısından kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası travma aktarımı çalışmaları, birbirine benzer karakteristiklere sahip olmalarına rağmen eşlenik değildir. Travmanın kuşaklararası aktarımı konusundaki multidisipliner çalışmalarda birbirinden ya da öteki bilimsel araştırmalardan farklılaşan bulgular ortaya çıkabilmektedir. Kuşaklararası travma geçişi çalışmaları nicel metodolojinin doğası gereği tekrarlanabilir bir doğada olup birbirine yakın veya alandaki öteki bilimsel araştırmaları büyük oranda doğrulayan bulgular vermektedir. Kuşaklararası travma aktarımında aktarılanın ne olduğu ve hangi yollarla aktarıldığı konusunda sürdürülebilirlik ve tekrarlanabilirdik tam olarak sağlanamamaktadır. Kuşaklararası travma geçişi ise daha kesin bilimsel tekniklerle sınanabilir bir yapıda olup diğer çalışmaların verileriyle karşılaştırılabilmektedir (Öztürk, 2020a; Öztürk, 2021a).

Kuşaklararası travma geçişi ekseninde gerçekleştirilen çalışmalar; ebeveynleri tarafından istismar ve/veya ihmale maruz kalan çocukların yetişkin olduklarında kendi evlatlarına, çocukken travmatize edilmeyenlere oranla daha kötü davrandıklarını ortaya çıkarmıştır. Kuşaklararası travma geçişi ile ilgili yapılan boylamsal bir çalışmada ise çocukluk çağı travmasına sahip olmanın, annelerin şiddet odaklı empatiden uzak yanlış çocuk yetiştirme stillerini uygulanması açısından güçlü bir prediktör olduğu belirlenmiştir. Olumsuz yaşam deneyimi bulunan ebeveynler, daha çok "travmatize edici" çocuk yetiştirme stillerini benimseyerek benzer karakteristiklere sahip travmaların kuşaklararası geçiş göstermesinde

majör rol oynamaktadır (Newcomb & Locke, 2001; Bartlett, Kotake, Fauth, & Easterbrooks, 2017).

Kuşaklararası travma geçmişi ile ilgili Öztürk'ün (2003) yaptığı araştırmada, kronik çocukluk çağı travmalarına maruz kalan travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının %87'sinin en az bir çocukluk çağı travmasının kendi aile içerisinden kaynaklandığını ortaya çıkmıştır. Bu vakaların ailelerinin (anne ve baba) %85.7'si yine kendi ebeveynleri tarafından çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Kuşaklararası travma geçişlerinde psikopatoloji aktif bir biçimde hem kurbana hem de pasif şekilde kurban dışındaki kişilere ailenin bütünü olarak devredilebilmektedir. İstismarcı-kurban ilişkisinde herkes hem kurban hem de mağdur durumunda olabilmektedir. Bu durum, travmanın kuşaklararası devam eden bir süreç olabileceğini açıklamaktadır (Öztürk, 2003; Öztürk, 2018a; Öztürk & Şar, 2006). Kuşaklararası travma geçişini konu alan çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar en sık araştırılan psikiyatrik tanı gruplarıdır. Öztürk, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin, dissosiyatif savunma sistemleri kullanılarak bu olumsuz yaşam deneyimlerine katlanılabileceğini belirtmektedir. (Öztürk & Derin, 2020).

Travmanın nesiller arası aktarımı kavramı, ilk olarak 1979'de H. Barocas ve C. Barocas tarafından kullanılan bu terim, yoğun ve şiddetli travmalara maruz kalan kişilerin, bu travmaların etkilerini yakın ilişkide bulundukları aile içindeki bireylere (özellikle çocuklar) direkt ya da dolaylı olarak aktarmaları olarak tanımlanmaktadır (Auerhahn, Laub & Peskin, 1998). Kuşaklararası travma aktarımı yeniden vurgulanmak istendiği üzere temel olarak, bireysel ve toplumsal nitelikteki travmaların, bedensel ve daha çok sözel pratikler aracılığıyla diğer kuşaklara aktarılmasıdır (Danieli, 2007). Kronik, yoğun ve şiddetli travmalarla baş etme süreci içerisinde travmatik içeriklerin anlatılar aracılığıyla zihinde tekrarlı olarak yaşantılanması ve toplum açısından belirli bir öneme sahip insanların kaybedilmesinden

sonraki yas süreci dahilinde gerçekleştirilen anma törenleri sonucunda travmaların kendini sürekli olarak üretmeleri kuşaklararası travma aktarımının temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Kuşaklararası travma aktarımı, olumsuz yaşam deneyimi anlatısının kuşaklararası seyrini çoğunlukla niteliksel metodoloji üzerinden çalışmaktadır. Kuşaklararası travma aktarımı kapsamında araştırmalar daha çok ulusların önemli bir kısmını etkileyen deprem, sel, zorunlu göç, savaş ve terör gibi olaylardan sonra ortaya çıkan toplumsal travmaların aktarımına odaklanmışken, bireysel travmaların kuşaklararası geçişi ise genellikle ihmal edilmiştir. Bu durumun sebebi, toplumsal travmaların bireysel travmalara nazaran daha geniş çaplı kitleleri etkilemesi nedeniyle travmaların daha kolay araştırılabiliyor olmasıdır. Mesleki açıdan özel bir yeterlilik ve deneyim ile birlikte genellikle multidisipliner profesyonel bir ekibe ihtiyaç duyulması nedeniyle bireysel travmaların aktarımına dair araştırmalar, toplumsal travmalar kadar yaygın değildir. Hem akademik hem de klinik çalışmalar, soykırım yaşamış bir annenin kendi kızına ve torununa bunu aktarabildiğine dair oldukça fazla bilgiler sunarken, istismara uğramış bir annenin kendi kızına ve torununa bu travmayı nasıl aktarabildiğine dair oldukça sınırlı bilgiler sunmaktadır (Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2018a, 2020a).

2. 2. 7. Kuşaklararası Patoloji Aktarımı

Öztürk, kuşaklararası patoloji aktarımını, çocukluk çağı travmalarına neden olan ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile karakterize olan disfonksiyonel ailelerin kendilerinde var olan psikiyatrik tanıları (depresyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar), psikolojik sorun ve açmazları (kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri) bir sonraki nesile iletmeleri olarak tanımlamıştır. Bu kuşaklararası patoloji aktarımında etken ajan; çocukluk çağı travmalarını da içerisinde barındıran şiddet odaklı, tutarsız ve yanlış çocuk yetiştirme stilleridir. Bu doğrultuda büyük oranda birbirine benzer çocuk yetiştirme stillerine sahip ardışık kuşaklarda benzer psikopatolojilerin görülmesi beklenmektedir. (Öztürk, 2021a).

Psikotravmatoloji çalışmalarında "disfonksiyonel aile" olarak adlandırılan görünürde normal aile bireylerindeki çocukluk çağı travmaları ile depresyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar gibi psikopatolojiler arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve depresyon bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların, kuşaklararası geçiş göstermesi ile ilgili olduğu yönünde bilimsel çalışmalar mevcuttur. Kuşaklararası olan bu geçiş ile çocuk yetiştirme stilleri ya da ebeveynlik tarzları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (DeMause, L.1988; Öztürk, 2003; Derin, 2018; Cohen, 2019; Sawyer, Zunszain, Dazzan, &Pariante, 2019; Kendler, Ohlsson, Sundquist, &Sundquist, 2020; Öztürk, 2020b; Öztürk, 2021a).

Psikiyatri, klinik psikoloji ve psikotarih disiplinlerinde kuşaklararası patoloji aktarımının sebepleri arasında genetik ve çevresel faktörler ile birlikte ebeveynlerin psikopatolojisinin de oldukça önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Paananen, Tuulio-Henriksson, Merikukka & Gissler, 2021; Öztürk, 2021a). Ayrıca aşırı koruyucu ve/veya eleştirel ebeveynlik stilleri ile yetiştirilen çocuklar, anksiyete bozuklukları ve depresyon bozuklukları semptomları geliştirebilmekte ve bu semptomlar kuşaklararası patoloji aktarımı yoluyla ardışık nesillerde görülebilmektedir (DeMause, 1988; Lebowitz, Leckman, Silverman, &Feldman, 2016; Öztürk, 2021a).

Daha net bir ifadeyle Öztürk'e göre kronik çocukluk çağı travmaları ve empatiden uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin etkisiyle çocukta oluşan psikopatoloji, ailenin bütününde olan psikopatoloji ile identiktir. Disfonksiyonel aileler, hem kendi öz çocuklarını travmatize ederler hem de onları aile dışından gelen diğer travmatik yaşantılardan koruyamazlar. Psikopatolojinin oluşumunda disfonksiyonel aile yapısı ve dinamikleri, en *"yıkıcı iç sistemler"* olarak devreye girmektedir. Buradaki temel gerçeklik hem psikopatolojinin aile yapısını bozması hem de ailenin varoluşsal açıdan disfonksiyonel bir

yapıda olmasıdır. Bu maladaptif aile yapılanması ise, kuşaklararası patoloji aktarımı ile ardışık nesillere taşınmaktadır (Öztürk, 2003; Öztürk, 2020a; Öztürk, 2021a).

2. 2. 8. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler

Çocukluk çağı travmaları; psikiyatri, klinik psikoloji ve psikotarih başta olmak üzere disiplinlerarası çalışılan temel bir kavramdır. Çocukların sağlıkları, eğitimleri, sevgi ve ilgi ihtiyaçları gibi desteklenmesi gereken birçok alan mevcuttur (Mulvihill, 2005). Bu açıdan çocukluk çağı travmaları sadece hukuk ya da psikolojiyi ilgilendiren bir alan olmayıp birçok disiplinin birlikte çalışıp değerlendirmesi gereken bir alandır. Hansen, Sedlar ve Warner-Rogers (1999) çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan durumları tespit ederken kötü muamele stillerinin ve bu tarz muameleye işaret eden semptomların da raporlamaya dahil edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Travmatik olayı değerlendirirken ekip çalışması yapmak kritik bir öneme sahiptir. Adli kolluk, hastane personeli, doktorlar, hemşireler, öğretmenler ve okul personellerine bu konularda eğitimler verilmelidir. Çocuğun istismar edildiği durumların tespiti, raporlaştırılması ve gerekli koordinasyonun sağlanması hem yasal bir sorumluluk hem de temel bir gerekliliktir. Travmatik olaydan sonra suça ve suçluya ilişkin kanıtların toplanması ve gerekli mercilere iletilmesi de adli bilimler açısından oldukça önemlidir (Sharma, 2003; Öztürk, 2020b).

2. 3. Dissosiyatif Yaşantılar ve Dissosiyatif Bozukluklar

2. 3. 1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissosiyasyon, travmatik yaşantılar esnasında ya da hemen sonrasında bölünmüş ve çoklu bir bilinç sisteminin aşırı ve yoğun entegrasyon çabasıdır. Öztürk'e göre dissosiyatif bozukluklar özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğu, bir bölünmeden öte hem kuvvetli bir birleşme isteği hem de kuvvetli bir bütünleşme arzusudur. Dissosiyatif kimlik bozukluğu, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarına karşı gelişen bireyin kendisini yeniden kimliklendirme çabasıdır. Farkında olmadan yapılan bu kimliklendirme çabası,

başlangıçta travmalara karşı bilinç dışı bir savunma sistemi olarak gerçekleşir. Ancak zaman içerisinde bu savunma sistemi kronik travmaların sıklığının, şiddetinin ve süresinin arttığı bir reviktimizasyon döngüsünde bölünme ve inkâr doğalı psikopatolojilerle örülü kuşatıcı bir psikiyatrik hastalığa dönüşmektedir (Öztürk, 2020a).

APA (2017) dissosiyasyon kavramını bilinç, bellek, kimlik ve çevreyi algılama işlevlerindeki kopukluk olarak açıklamaktadır. Bu kopukluklar ya da kesintiler, kişiyi psikososyal olarak hemen hemen her boyutta, büyük oranda negatif yönde etkilemektedir (Şar, 2017). Dissosiyasyonun madde kullanımı ya da herhangi bir sağlık sorunu ile açıklanamaması gerekmektedir (Akcan & Öztürk, 2018). Dissosiyatif bozuklukların temel özelliği epizodik belleğin ve motor hareketlerinin kontrolü arasındaki dengenin kısmen ya da tamamen yitirilmesidir (Uytun, Durmuş & Öztop, 2014). Çocukluk çağı travmalarına bireyler ancak ve ancak dissosiyatif savunma mekanizmaları ile katlanabilmektedir. Bu sebeple bireyler travmaya maruz kaldıktan sonra ilk ve temel olarak dissosiyatif savunmalar geliştirmektedirler. Dissosiyatif yaşantılar ve savunmalar, travmatik olaylar sonrasında kişilerde varlanış gösteren suçluluk duygularından da belirli oranda kurtulmayı sağlamaktadır (Butler, 2004; Spigel, 1988).

Travmatik yaşantılar karşısında Kişiliğin Fonksiyonel Bölünmesi Modeli'nde kendilik psikolojik ve sosyolojik olarak ikiye bölünmektedir. Şar ve Öztürk'e göre (2007) travmatik bir olaya maruz kalan ve bu olayı tehdit olarak algılayan kendilik ise sosyolojik kendiliktir. Sosyolojik kendilik, travmatik yaşantı ile birlikte parçalanmaktadır. Parçalanan benlik ve olumsuz yaşam deneyimleri sonrasında oluşan farklı kişilikler aracılığı ile psikolojik kendilik koruma altına alınmaktadır. Dissosiyatif yaşantılarda psikolojik kendilik ve sosyolojik kendilik kendi aralarında bir mücadele vermektedirler. İstismar ve ihmal öyküsünün sıklığı, şiddeti ve süresi yetişkinlikte ortaya çıkabilecek dissosiyatif kimlik bozukluğu ile yakın bir ilişki göstermektedir (Kolk & Fisler, 1995; Öztürk, 2020a; Şar & Öztürk, 2007).

İstismar ve ihmalin dissosiyatif bozuklukları yordadığı saptanmıştır (Moskowitz, 2007). Dissosiyatif yaşantılar, çocukluk çağı travmaları ile pozitif korelasyon gösteren depresyon semptomlarının, bazı travma kökenli psikopatolojiler ve intihar ile komorbid olduğu belirtilmiştir (Özden, 2018). Dissosiyatif bozukluğu olan vakaların %80'inde en az bir travma veya ihmal öyküsü olduğu saptanmıştır (Bowman & Markand, 1996; akt., LaFrance, Reuber & Goldstein, 2013). Briere'ye göre (2006) travmaya maruz kalmak dissosiyatif semptomların %4'ünü açıklamaktadır. Ancak dikkate alınması gereken bir diğer konunun da çocukluk çağı travmaları ile bağlantılı olan güvensiz bağlanmanın dissosiyasyonun en temel yordayıcılarından biri olmasıdır (Kolko & Berkout, 2017).

2. 3. 2. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar

Dissossiyatif bozukluklar DSM-5'te; dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu ve dissosiyatif kimlik bozukluğu şeklinde tasnif edilmiştir. DSM-IV-TR'de dissosiyatif bozukluklar; dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füg, depersonalizasyon bozukluğu ve dissosiyatif kimlik bozukluğu olarak sınıflandırılırken DSM-5'te dissosiyatif amnezi ve dissosiyatif füg aynı kategoride bir araya getirilerek dissossiyatif füg, dissossiyatif amnezinin bir alt tipi olarak belirtilmiştir (APA, 2013; Kring, Johnson, Davıson & Neale, 2014).

2.3.2.1. Dissosiyatif kimlik bozukluğu

DSM-5'e göre dissosiyatif kimlik bozukluğunun tanı kriterleri aşağıda verilmiştir:

A) İki ya da ikiden daha fazla farklı kişilik durumu ile karakterize olan kimlik bozukluğu. Kimlik bozukluğu, duygu, davranış, bilinç, hafıza, algı ve motor işlevlerde bozulmaları içermektedir. Bu bozulmalar ve semptomlar başkaları tarafından görülebilir veya kişinin kendisi bu semptomları bildirmektedir.

B. Günlük olaylar, önemli kişisel bilgiler ve/veya travmatik olaylar ile ilgili sıradan bir unutkanlıkla açıklanmayacak hafıza sorunları.

C. Semptomlar klinik açıdan önemli sıkıntıya; iş ile ilgili, sosyal alanlarda veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulmalara sebep olmaktadır.

D. Bu semptomlar kültürel veya dini ritüellerin bir parçası olarak kabul görmemektedir.

Not: Çocuklarda bu semptomlar hayali oyun arkadaşları ile açıklanmamaktadır.

E. Bu semptomlar, maddenin fizyolojik etkileri veya başka bir tıbbi durum ile açıklanamaz (DSM-5, 2013).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar arasında hem en kronik ve en şiddetli olan hem de en fazla araştırma yapılan psikiyatrik bir tanıdır. Dissosiyatif bozukluk, belleği, bilinci ve kimliğin işlevlerini belli oranda kesintiye uğratmaktadır (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun temel kriteri iki ya da ikiden fazla birbirinden farklı kişiliklerin var olmasıdır (APA, 2013). Bu kişilikler birbirlerini kısmen tanımakta olup her kişilik diğer tüm kişilerin farkında olmayabilmektedir. Bu birbirinden farklı olan kişilikler arasında olan geçişler aniden gerçekleşmektedir. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun meydana gelmesinde madde ve ilaç kullanımı etken bir faktör olarak rol oynamamaktadır (Balcıoğlu & Balcıoğlu, 2018).

Travma, bireylerde psikolojik, sosyal ve meslek yaşamlarında işlevselliklerinin bozulmasına sebep olmaktadır. Travmaya maruz kalan bireyler dissosiyatif tepkiler ile hayatlarını belirli ölçüde sürdürmektedirler. Dissosiyasyon, travmalara karşı verilen en temel ve en doğal savunma tepkisidir (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Psikiyatristler ve psikologlar, dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında yüksek oranlarda çocukluk çağı travmaları saptamışlardır. Travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra kişinin benlik bütünlüğü bölünerek kişiliğin bir parçası haline gelen “alter kişilikler” gelişmektedir (Öztürk, 2020a).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarının yaklaşık %70'inin intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları bulunmaktadır (APA, 2013).

2.3.2.2. Dissosiyatif amnezi

Dissosiyatif amnezinin DSM-5'e göre tanı kriterleri aşağıda verilmiştir.

A) Günlük/sıradan unutkanlık ile açıklanmayan travmatik olaylar ile ilgili anıları/hatıraları hatırlayamama.

B) Görülen bu semptomlar, klinik olarak önemli derecede bir sıkıntıya, sosyal yaşamda, iş yaşamında da işlevselliğin bozulmasına sebep olmaktadır.

C) Görülen semptomlar herhangi bir maddenin (örn., alkol, ilaç, herhangi bir uyuşturucu madde) nörolojik bir bozukluk veya herhangi bir tıbbi duruma bağlı değildir.

D) Dissosiyatif amnezi, dissosiyatif kimlik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (APA, 2013).

Dissosiyatif amnezi, travmatik yaşam olaylarının sıradan unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde hatırlanamamasıdır. Çocukluk çağı travmaları, aile içi cinsel istismar, savaş gibi majör travmatik yaşam olaylarına "dissosiyatif amnezi" geliştirerek katlanabilmek en temel baş etme stillerinden biridir (Loewenstein, 1996). Scheflin ve Brown (1996) yaptıkları çalışmada çocukluk çağı travmalarının özelikle cinsel istismarın dissosiyatif amnezi ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Dissosiyatif amnezi, demans ve madde kulanımı gibi sebeplere bağlı olmamaktadır. Dissosiyatif amnezi, travmatik olayları anımsayamamaktır. Bu anımsayamama durumu sıradan bir unutkanlık ile açıklanamaz. Dissosiyatif amnezi aniden başlamakta ve yine aniden sonlanmaktadır (Kring, Johnson, Davıson & Neale, 2014).

2.3.2.3. Depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğu

DSM-5'e göre depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğunun tanı kriterleri aşağıda verilmiştir.

A) Sürekli veya tekrarlayan depersonalizasyon, derealizasyon veya her ikisinin birden bulunması.

1. Depersonalizasyon: Kişinin kendi düşüncelerine, duygularına, vücutlarına başkasınınmış gibi bakması (örn. Kişinin zihinsel süreçlerinin bozulması, zaman algısının bozulması).

2. Derealizasyon: kişinin çevresini gerçekdışı algılaması, çevresinden kopması (rüyadaymış gibi, sis perdesinden bakıyormuş gibi algılanması).

B) Depersonalizasyon ya da derealizasyon deneyimleri esnasında kişinin gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamıştır.

C) Bu belirtiler klinik olarak önemli sıkıntıya ya da sosyal yaşam, iş yaşamı ya da diğer önemli alanlarda işlevselliğin bozulmasına sebebiyet vermiştir.

D) Bu semptomlar madde kullanımı ya da başka türlü bir tıbbi durum ile açıklamaz.

E) Şizofreni, Panik Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk, diğer Dissosiyatif Bozukluklar ya da herhangi bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (DSM-5, 2013).

Depersonalizasyon bozukluğunda kişinin benliği veya çevresini algılama işlevleri büyük oranda kesintiye uğramıştır. Bireylerin travmaya ilişkin algıları ani bir şekilde değişmektedir. Bireyler bu yaşantıları başkası deneyimliyormuş gibi dışardan bir gözlemci edasıyla olanları algılamaktadır. Derealizasyon semptomları gerçeklikten kopma ile karakterizedir ve yaygın olarak ergenlikte ve ani bir şekilde başlamaktadır. Bu bozuklukta bireyler dünyaya bir sis perdesinden bakıyormuş gibi ya da dünyaya yabancıymış gibi hissederler. (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2014).

2. 3. 2. 4. Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar

Dissosiyatif amnezi semptomlarının olmadığı ancak kimlik değişikliklerinin mevcut olduğu; karışık dissosiyatif semptomlar ile karakterize ve tekrarlayan sendromların, yoğun baskı altında iknaya bağlı kimlik bozukluğu, stres yaratan olaylara karşı geliştirilen dissosiyatif reaksiyonlar, dissosiyatif trans durumlar olarak belirtilmiştir. Bu durumlar aniden ortaya çıkmakta ve stresli olaylarda ortaya çıkan dissosiyatif yaşantılar bir aydan kısa süren geçici durumlar içindir. Dissosiyatif semptomların olduğu ancak dissosiyatif bozukluklardan hiçbir tanı grubu ile tam olarak açıklanmamaktadır (DSM-5, 2013).

2. 3. 3. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Genetik faktörler, dissosiyatif bozuklukların gelişmesinde belirli role ve öneme sahiptir. Travma kökenli model ile dissosiyasyonu açıklayan araştırmacılar, dissosiyasyonun travma ile baş etmek için özellikle kullanıldığını ileri sürmektedir (Gleaves, 1996; akt., Kring, Johnson, Davison, & Neale 2014). Çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif bozuklukların gelişmesinde oldukça önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır (Loewenstein, Putnam, 2004). DSM-5'te dissosiyatif bozukluklarda travmatik olayların (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal, doğal afetler vb.) etkisi olduğu belirtilmiştir. Dissosiyatif bozukluklar ve erken dönem çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk bildiren vakaların %89'unda travma geçmişi olduğu saptanmıştır (Brand & Lanius, 2014). Güvensiz bağlanma, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif bozukluklar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Çocukluk çağı istismar ve ihmal alt boyutlarından herhangi bir türüne maruz kaldığını bildirenler, dissosiyatif yaşantılar da bildirmişlerdir (Kong, Kang, Oh, & Kim, 2018).

2. 3. 4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Ross, Joshi & Currie (1990), yaptıkları çalışmada psikiyatri servisi ya da ayaktan tedavilerine devam eden psikiyatri vakalarının %10'unun en az bir dissosiyatif bozukluk tanısına sahip olduğunu tespit etmiştir (Kihlstrom ve ark. 1992). Dissossiyatif amnezinin

yaşam boyu yaygınlığı %7 olarak belirtilmiştir (Ross, 1991; akt., Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2014). ABD'de yapılan çalışmada yetişkinlerde dissosiyatif amnezinin yıllık yaygınlık oranı %1.8 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %1 iken kadınlarda %2.6'dır. Depersonalizasyon/ derealizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı ise yaklaşık olarak %2'dir (Kring, Johnson, Davison & Neale. 2014).

Kong, Kang, Oh, & Kim (2018), travma geçmişi bulunan ve travma kliniğinde ayakta tedavileri devam eden 115 vaka ile yapmış oldukları çalışmada bu vakaların %12.2'sinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) toplam puan ortalamasının 30 ve üzeri olduğunu saptamışlardır. ABD'de yapılan bir çalışmada dissosiyatif kimlik bozukluğunun 1 yıllık yaygınlığı %1.5, cinsiyete göre baktığımızda ise kadınlarda bu oranın %1.6 iken erkeklerde %1.4 olduğu belirlenmiştir. Tutkun ve arkadaşlarının (2015) psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören 166 vaka ile yaptıkları çalışmada 24'ünün (%14.5) DES toplam puan ortalamasının 30'dan yüksek, 56'sının ise (%33.7) 20'den yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların DES toplam puan ortalamaları 19.7, erkeklerin ise 15.0 olarak saptanmıştır.

2. 3. 5. Dissosiyatif Bozukluklar ve Adli Bilimler

Suç eksenindeki araştırmalar, son yıllarda travma ve dissosiyasyon ekseninde büyük oranda çalışmalarını yapılandırmaktadır. Bunun temelinde kriminoloji çalışmaları yapan araştırmacıların dissosiyatif bozuklukları konu alan çalışmalara yönelmeleri yer almaktadır (Öztürk & Derin, 2019). Şiddet barındıran kriminal olaylarda dissosiyatif amnezinin çok sık olduğu vurgulanmaktadır. Cinayetlerde ise dissosiyatif amnezinin 3'te 1 oranında (%30) olduğu aktarılmaktadır. Alkol ve duygusal uyarılma benzeri etkenlerin dissosiyatif amnezinin görülmesinde etkin faktörler olma olasılıklarına dikkat edilmelidir (Porter, ark., 2001; akt., Öztürk & Derin, 2019).

Dissosiyatif bozukluklarda da diğer psikopatolojilerin değerlendirilmesinde olduğu gibi dikkatli olunması gerekmektedir. Klinik gözlem, yapılan testler ve görüşmeler dissosiyatif bozuklukların tanısında oldukça önemlidir. Suç işlemiş bireylerin temaruz ile cezadan kurtulmak istemesi göz önünde bulundurulduğunda psikopatolojik tanıların ve bunlardan biri olan dissosiyatif bozuklukların adli bilimler için önemi kaçınılmaz bir gerçektir (Ellickson-Larew, Escarfulleri, & Wolf, 2020). Adli sistemde çalışanların (hâkim, savcı, infaz koruma memuru gibi), hastane personellerinin (hemşireler, hasta bakıcıları, doktorlar), gazetecilerin, sosyologların ve sosyal hizmet çalışanlarının, dissosiyatif bozukluklar konusunda eğitimler alması temel bir gerekliliktir (Brand, Schielke, & Brams, 2017).

2. 4. Depresyon

2. 4. 1. Depresyon Kavramı

Depresyon kişilerin her zamanki yaptığı aktivitelere karşı ilgi kaybı, normal şartlarda zevk aldığı eylemlerden zevk alamaması ve üzüntü ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Azalan enerji, iştahta farklılık, uyku problemleri, konsantrasyon güçlükleri, değersizlik duyguları, suçluluk ve umutsuzluk görülmektedir. Kendine zarar verme ya da intihar düşünceleri de bunlarla birlikte görülebilir (DSÖ, 2017). Amerikan Psikiyatri Birliği (2005), depresyonun düşünce şeklini ve davranışları olumsuz etkileyen ciddi bir süreç olduğunu vurgulamaktadır. Depresyonun en belirgin semptomu çok derin bir üzüntü hissi ya da ciddi ilgi kaybıdır. Depresyon yüksek, orta ve düşük düzeyde seyretmektedir olup bu düzeyler ise semptomların sayısı ve şiddeti ile karakterizedir (Fried & Nesse, 2015).

Kişiler depresyon semptomları gösterdiklerinde akıllarından kendi kendilerini suçlayıcı düşüncelerin geçmesini engelleyemezler. Depresif bireyler, kendi hatalarına ve eksikliklerine dikkat kesilmektedirler. Bu kişiler olaylara negatif perspektiften bakmaya eğilimlidirler. Genel olarak öz bakımları bozulmuş, yorgun ve uyku problemleri yaşamaktadırlar. “Sosyal geri çekilme” görülebilmekte ve depresif bireyler genellikle kendi kendilerine zaman

geçirmek istemektedirler (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2014). Depresyonda işlev kaybı görülmektedir. Bununla birlikte hem psikolojik boyutta hem de sosyal alanlarda ciddi sorunlar meydana gelmektedir. Bu sorunlar kişilerin yaşamlarının hemen her noktasında kendini göstermektedir. Depresyon bozuklukları elem, keder, üzüntü ve hüzün ile karakterize duygudurum bozukluğu olarak açıklanmaktadır (Aslan, Sarı & Kuruoğlu, 2012).

2. 4. 2. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları

DSM-5'te depresyon bozuklukları; yıkıcı duygu durum bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, distimik bozukluk, adet öncesi disforik bozukluğu, madde ya da ilaca bağlı depresyon bozukluğu, diğer tıbbi durumlara bağlı depresyon bozukluğu, diğer türlü depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluk olarak yer almaktadır (DSM-5, 2013).

2.4.2.1. Yıkıcı duygu durum bozukluğu

DSM-5'e göre yıkıcı duygu durum bozukluğu tanı kriterleri aşağıda verildiği gibidir:

A) Kişinin yaşadığı duruma karşı sözel ve/veya davranış olarak yaşadığı olaya karşı orantısız öfke ile karakterize tepkiler ve bu tepkiler süre açısından da orantısızdır.

B) Kişinin yaşamış olduğu öfke patlamaları gelişim düzeyine göre değildir/tutarsızdır.

C) Bu öfke patlamaları haftada 3 veya 4 defa görülmektedir.

D) Bu öfke patlamaları yaklaşık olarak her gün yaşanmakta ve çabucak sinirlenme veya kızma ve kişilerin bu durumu çevreleri tarafından gözlemlenmektedir.

E) A ile D'de yer alan tanı kriterleri 12 ay veya 12 aydan uzun bir süredir görülmektedir. Bu 12 aylık sürede A-D tanı kriterlerinde verilen semptomların görülmediği 3 ay veya 3 aydan daha uzun bir süre görülmemektedir.

F) A ile D tanı kriterleri kişinin ev, okul ve akranları ile birlikte olduğu durumların minimum ikisinde görülmeli ayrıca bu ortamların en az birinde görülen belirtiler ağır bir şekilde görülmesi gerekmektedir.

G) Yıkıcı duygu durum bozukluğu tanısı 6 yaşından daha erken ve 18 yaşından daha geç konulmamalıdır.

H) Kişiden alınan bilgilere göre A ile E tanı kriterlerinin başlama yaşı 10 yaştan daha erkendir.

İ) Mani veya hipomani tanı kriterlerinin tam olarak karşılandığı bir günden daha uzun süren bir dönem görülmemiştir.

J) Görülen ya da gözlemlenen bu davranışlar sadece majör depresyon bozukluğunda görülmez ayrıca başka ruhsal bozukluklarla daha iyi açıklanamamaktadır.

K) Görülen semptomlar madde kullanımı, başka bir sağlık durumu veya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı olarak açıklamamaktadır (DSM-5'2013).

2.4.2.2.Majör depresyon bozukluğu

DSM-5 (2013) majör depresyon bozukluğu (MDB) tanısına göre 2 hafta içerisinde 5 semptomun mevcut olması gereklidir. Mevcut semptomlar arasında depresif duygu durumu ya da çökkün duygu durumu, her zamanki etkinliklere karşı azalan ilgi ve zevk yitimi mevcut olmalıdır. Uyku problemleri, iştah kaybı, konsantrasyon güçlükleri, kişinin kendini değersizmiş gibi algılaması, kendini suçlaması semptomları da görülmektedir (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2014).

DSM-5'e göre majör depresyon bozukluğu tanı kriterleri aşağıda verildiği gibidir:

A) Aşağıda verilen semptomlardan en az beşi (ya da daha fazlası) aynı iki hafta içerisinde görülmüştür. Daha önceki işlevsellik düzeyinde de değişiklik mevcuttur. Bu

semptomların az biri (1) çökkün duygu durum_ya da (2) zevk alamama ya da ilgi kaybı.

Not: Açıkça başka bir tıbbi duruma atfedilen semptomlar dâhil edilmez.

1. Yaklaşık olarak her gün, günün büyük bir kısmında çökkün duygu durumu, bu durumu ya kişinin kendi gözlemlemektedir (üzgün, mutsuz hissetme vb.) ya da kişinin çevresindekiler tarafından gözlemlenmektedir (çocuklar ve ergenlerde huzursuz bir ruh hali olabilir).
2. Her zaman yaptığı etkinliklerin bir kısmına ya da tamamına karşı azalan ilgi ya da bu ekinliklerden zevk alamama.
3. Diyete bağlı olmaksızın azalan ya da artan kilo (örn., vücut ağırlığının %5'inden daha fazla azalma ya da artma) (Çocukların gelişim dönemleri hesap edilmeli ve kilo alımı ona göre değerlendirilmeli).
4. Hemen her gün uyku problemleri yaşama (az ya da çok uyuma)
5. Psikomotor ajitasyon (başkaları tarafından gözlenebilir)
6. Neredeyse her gün yorgunluk veya azalan enerji
7. Neredeyse her gün değersizlik veya aşırı suçluluk duygusu
8. Neredeyse her gün düşünme ve konsantrasyon problemleri yaşama veya karar vermede güçlük çekme.
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri (yalnızca ölme korkusu değil), bir plan yapmadan tekrarlayan intihar düşünceleri ya da intihar girişimi ya da intihar etmek için bir plan yapma.

B) Bu semptomlar klinik olarak önemli bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ya da diğer alanlardaki işlevselliğin bozulmasına sebep olmaktadır.

C) Bu semptomlar madde kullanımı (uyuşturucu, ilaç vb.,) ya da başka bir tıbbi durum ile daha iyi açıklanamaz.

2.4.2.3. Süregiden depresyon bozukluğu (Distimi)

DSM-5'e göre süreğen depresyon bozukluğu tanı kriterleri aşağıda verildiği gibidir:

A) Bu bozukluk DSM-IV'te süreğen depresyon bozukluğu olarak tanımlanmış olan bozukluk ve distimik bozukluğun sentezidir.

B) Kişinin kendinin söylediği veya çevresindeki kişilerin gözlemlediği, çoğu gün, günün yarısından fazlasında minimum iki yıldır devam eden çökkün duygu durumdur.

Not: Çocuk ve ergenlerde huzursuz ruh hali görülebilir ve minimum bir yıldır süresi.

C) Depresyondayken aşağıda verilen semptomlardan en az ikisinin varlığı:

1. İştah problemleri (az ya da çok yemek)
2. Uyku problemleri (uyuyamama ya da çok uyuma)
3. Azalan enerji veya yorgunluk
4. Konsantrasyon sorunları ya da karar vermede zorlanma
5. Azalan benlik saygısı
6. Umutsuzluk duyguları

D) Distimik bozukluğun görüldüğü iki yıllık süre boyunca (çocuk ve ergenlerde 1 yıllık süre) A ve B kriterlerindeki semptomların görülmediği 2 aydan daha uzun bir süre olmamıştır.

E) Distimik bozukluk için bu kriterler 2 yıl boyunca sürekli görülebilir.

F) Mani veya hipomani dönemi hiçbir zaman görülmez ve siklotimik bozukluk tanı kriterleri hiçbir zaman görülmez.

G) Distimik bozukluk şizoafektif bozukluk, şizofreni, sanrılı bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

H) Bu semptomların nedeni madde kullanımının (uyuşturucu, bir ilaç) fizyolojik etkileri değildir.

İ) Görülen semptomlar klinik olarak önemli bir sıkıntıya ya da sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulmasına sebep olmaktadır.

2.4.2.4. Aybaşı öncesi (Premenstrüel) disfori bozukluğu

Adet öncesi disfori bozukluğunun DSM-5 tanı kriterleri aşağıda verildiği gibidir:

A) Adet döngülerinin çoğunda, adetin başlangıcından bir hafta önce semptomlardan en az beşi görülmelidir ve bu semptomlar adet başlangıcından birkaç gün sonra düzelmeye başlar.

B) Aşağıda verilen semptomlardan biri ya da daha fazlası bulunmalıdır.

1. Belirgin duygu değişimleri (örn., duygu durum dalgalanmaları, aniden ağlamaklı hissetme, reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet).

2. Belirgin sinirli olma, öfkeli olma ya da kişilerarası sorunlar.

3. Belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseme.

4. Belirgin anksiyete, gerginlik ve/veya tedirgin olma.

C) B tanı kriterlerindekiler ile birlikte toplam beş (5) semptom olacak şekilde aşağıdakilerden en az bir tanesi ya da daha fazlası bulunmalıdır.

1. Her zamanki etkinliklere karşı azalan ilgi.

2. Konsantrasyon problemleri.

3. Kolay yorulma ya da azalan enerji.

4. İştahta azalma ya da artma

5. Uyku problemleri

6. Bunalma ya da kontrolünü kaybetmiştik duygusu.

7. Göğüslerde şişme, kas ağrıları gibi fiziksel belirtiler.

Not: A-C'de verilen semptomlar bir önceki yılın adet döngülerinin çoğunda görülmelidir.

D) Bu semptomlar klinik olarak belirgin sıkıntıya neden olmakta ya da sosyal, meslek yaşamda ya da kişilerarası iletişimde işlevsellikte bozulmalar görülmektedir.

E) Bu bozukluk majör depresyon bozukluk, distimik bozukluk, panik bozukluk ya da bir kişilik bozukluğun şiddetlenmesi değildir.

F) A tanı kriterleri, en az iki semptom döngü sırasında ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.

G) Bu semptomlar bir maddenin fizyolojik etkileri ile daha iyi açıklanamaz.

2.4.3.5. Madde / İlaç kaynaklı depresyon bozukluğu

DSM-5'e madde/ilaç kaynaklı depresyon bozukluğu tanı kriterleri aşağıda verildiği gibidir:

A) Çökkün duygu durumu veya bütün etkinliklere karşı azalan ilgi veya bu etkinliklerden zevk alamama ile karakterize.

B) Fiziki muayene bulguları ya da öyküde aşağıdaki 1 ve 2 mevcuttur.

1. A'daki semptomlar madde yoksunluğu sırasında ya da sonrasında veya bir ilaç aldıktan sonra meydana gelmiştir.

2. Alınan madde ya da ilaç A tanı kriterlerinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

C) Bu bozukluk, maddeden ya da ilaçtan kaynaklanmayan depresyon bozuklukları ile daha iyi açıklanamaz.

D) Bu bozukluk, sadece deliryum sırasında görülmemektedir.

E) Bu bozukluk, klinik olarak önemli derecede sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve diğer alanlardaki işlevsellikte bozulmalara sebep olmaktadır (DSM-5, 2013).

Depresyon her zamanki zevk alınan aktivitelerden zevk alamama, azalan enerji, duygu durumda çökkünlük, uyku sorunları, azalan ya da artan iştah ve intihar düşünceleri ile karakterizedir. Mutsuzluk, normal seyrinde olmayan, negatif seyirli olaylarda kişilerin verdikleri tepkidir. Mutsuzluğu kişi kontrol edemiyorsa ya da normalden çok daha uzun sürüyorsa bu tepki depresyon bozukluğunun belirtisi olabilmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011). Depresyon hem ilgi ve zevk kaybı hem de konsantrasyon ve azalan dikkat, özgüven eksikliği, değersizlik ve/veya suçluluk düşünceleri, geleceğe dair umutsuzluk, kendine zarar verme davranışları, intihar düşünceleri ya da girişimleri ile karakterize olup çökkün duygu durum ise stabildir. Depresyon epizotlarında psikodevinimsel yavaşlama ya da ajitasyon görülebilir. Depresyon tanısı için semptomların en az 2 hafta sürmesi gerekmektedir. Normal zamanlarda eğlenceli olan eylemlere karşı azalan ilgi, iştah ve kilo kaybı, uyku sorunları, ciddi düzeyde cinsel konulara karşı ilginin eksikliği beklenmekte ve bu semptomlardan en az 4'ünün mevcut olması gerekmektedir (ICD-10, 1992).

Depresif duygulanım genellikle birdenbire oluşmaktadır. Aktüel hayatın olağan akışında aniden ve ağır bir şekilde çökkün duygudurum ortaya çıktığı zaman "majör depresyon bozukluk" tanısı konulabilmektedir. Majör depresyon bozukluk tanısı alan bireyler günün yarısından daha fazlasında çökkün duygudurumu yaşamaktadırlar. Bu kişiler uyku problemi yaşamakta (az ya da fazla uyumak) ve her zaman yaptıkları aktivitelerden zevk almamaktadırlar. Azalan ilgi, kendilerini değersiz hissetme, intihar ve kendine zarar verme düşünceleri mevcut olup bazılarında sanrı veya varsanı da olabilir. Semptomlar günün büyük

bir bölümünde bulunur fakat gün içerisinde iyi hissettikleri zaman dilimleri de olabilir (APA, 2013; akt., Ciccarelli, White, 2015). Azalan ilgi ve "çökkün duygudurum" majör depresyon bozukluğu için en temel semptomlardandır. Depresyon bozukluğu olan kişilerde bilişsel bozukluklar da söz konusudur. Dikkat ve konsantrasyon sorunları ile birlikte karar vermekte zorlanabilmektedirler. Depresyon tanısı alan kişilerde umutsuzluk duyguları hâkim olup bu bireylerin kendilerini suçlaması ve değersizlik duyguları da mevcuttur (Çelik, Hocaoğlu, 2016).

2.4.3. Depresyon Bozukluklarını Açıklayan Kuramlar

Duygu durum bozukluğu olan depresyon, psikopatolojinin temel konularından biri olup bu konuya yönelik çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Psikopatolojinin öncülerinden olan Kraepelin (1896) depresyonu ilk sınıflandıran bilim insanıdır ve bu sınıflamayı "demantia praecox" ve "manik depresif" olarak isimlendirmiştir (Paykel, 2008). Freud (1917) depresyon ile ilişkili olan "melankoli ve yas" kavramlarını açıklamıştır. Melankoliyi; çökkün duygu durum, azalan ilgi, kişinin kendini suçlaması ve değersizlik duyguları ile açıklamıştır. Yas sürecinde sevilen kişi ya da nesnenin kaybı ile ilişkili derin bir acı söz konusudur. Yasta da melankoliye benzer duygu durumlara ek olarak değersizlik ve suçluluk duygularının oldukça az ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Kişinin sevdiği birini ya da bir nesneyi kaybetmesi sonucu bu semptomlar (uyku ve iştah problemleri, ilgi ve zevk kaybı, konsantrasyon sorunları vb.) görülmektedir (Freud, 1917; Çev. Uslu & Berkson, 1993). Freud'un "melankoli" kavramı depresyon bozukluğu semptomları ile ilişkilidir. Yas ve melankoli durumlarının her ikisinde de ilgi kaybı ve azalan enerji durumu vardır (Lapping, 2019).

Beck (1960), bilişsel 3'lü modeli ile depresyon bozukluklarını açıklamaktadır. Bu modelin ilk basamağı kişinin kendisi ile ilgili negatif düşünceleridir. Birey kendine dair olumsuz düşünceleri olduğundan dolayı değersizlik hissetmektedir. Modelin ikinci basamağını bireyin dünyaya dair negatif düşünceleri oluşturmaktadır. Modelin son

basamağını ise geleceğe dair negatif düşünceler oluşturmaktadır. Birey yaşadığı sorunların ilelebet devam edeceğini hatta hiç düzelmeyeceğini düşünmektedir. Beck bilişsel modelinde düşünme hatalarının depresyona yol açtığını belirtmiştir. Bu düşünme hataları ile depresyon bozukluğu olan kişiler yanlış değerlendirmeler yapmaktadırlar. Bu düşünme hataları şu şekilde belirtilmiştir: ya hep ya hiç tarzı düşünme, keyfi çıkarsama, felaketleştirme, olumluyu göz ardı etme, duygusal akıl yürütme, etiketleme, büyültme-küçültme, seçici soyutlama, aşırı genelleme, kişiselleştirme, meli-malı'lar ve suçlamalar. Aptal, sakar, beceriksiz, çirkin gibi ifadeler ile aşağılanarak duygusal istismara maruz kalan çocuğun geliştirdiği kendilik şeması olumsuz olacaktır. Çocukluk çağından itibaren duygusal istismara maruz kalan çocuklar duygusal istismara maruz kalmayan çocuklara oranla daha fazla depresyon bozukluğu geliştirmeye yatkındır (Beck, 1967; akt., Bernet & Stein, 1999).

Renner, Arntz, Leeuw & Huibers (2013), depresyon bozukluklarının ortaya çıkmasında üç temel sebep olduğunu belirtmiştir. Bunlar; çaresizlik, yetersizlik ve sevgisizliktir. Bu temel duygu şemalarının erken çocukluk döneminde oluşturulduğu belirtilmiştir. Bebeklik ve erken çocuklukta onların ihtiyaçlarının yerine getirilmemesi ve geciktirilmesi neticesinde bireyler olumsuz şemalar oluşturmaktadır. Olumsuz/negatif şemalar depresyon gibi duygu durum bozukluklarının gelişimini etkilemektedir. Bu olumsuz şemalar erken çocukluk döneminde başlamaktadır (Beck & Haigh, 2014). Depresyonu açıklayan modellerden biri de Seligman (1975) tarafından geliştirilen "öğrenilmiş çaresizlik" modelidir. Öğrenilmiş çaresizlik, kontrol edilemeyen deneyimler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kontrol edilemeyen deneyimi Seligman (1972) aşağıdaki gibi açıklamaktadır:

1. Yaşanılan travma deneyimi ile birey edilgen hale gelir.
2. Bu durumla karşılaştıktan sonra kontrol etmeyi öğrenmekte geç kalır.

Depresyon geliştiren kişiler erken çocukluktan başlayarak olumsuz durumlarda çaresizce katlanmak zorunda olmaları sebebiyle maruz kaldığı bu durumlardan kaçmayı

öğrenememişlerdir. Depresyon yaşayan kişiler olumsuz durumlarda kendilerine atıf yaparken, olumlu deneyimlerde ise yaptıkları atıflar kendilerinin dışındadır (Costin, Draguns 1989; akt., Dilbaz & Seber, 1993).

2. 4. 4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılında tüm dünya ülkelerinde yaptığı kapsamlı bir araştırma ile depresyonunun %14.9 oranında prevalansa sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Depresyonun, yaşlı nüfusta genç nüfusa oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 55-74 yaş aralığındaki kadınlarda depresyon %7.5 olarak tespit edilmişken yine 55-74 yaş aralığındaki erkeklerde bu oran %5.5 olarak saptanmıştır (DSÖ, 2017). Ogrodniczuk, Oliffe ve Black (2017) Kanada'da yaptıkları araştırmada yaklaşık olarak erkeklerin %23.1'inin (dörtte bir) depresyon geçirdiğini saptamışlardır. Majör depresyon bozukluğunun yıl boyunca yaygınlığı %6'dır. MDB'nin yaşam boyu yaygınlığı ise 12 aylık yaygınlığa oranla 3 kat daha yüksektir (Otte ve ark., 2016). Duygu durum bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda erişkinlerin %16.6'sının yaşamlarında en az bir defa majör depresyon yaşadığı bulunmuştur (Kesler ve ark.,2005; aktaran Gerrig & Zimbardo, 2010). Dünya genelinde depresyon oranının arttığı tespit edilmiştir. 2005 ve 2015 yılları kıyaslandığında %18.4 oranında bir artış olduğu saptanmıştır (DSÖ, 2017). "Dünya Sağlık Örgütünün Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Program"ı kullanılarak yapılan araştırmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığı % 9.9 olarak belirlenmiş olup yıllık yaygınlığı ise %3.9 olarak saptanmıştır (Patten ve ark., 2015).

"Depresyon bozukluklarının" ortaya çıkması genellikle ergenliğin sonları ve genç yetişkinlik dönemine tekabül etmektedir. Erken dönem araştırmalarda çocukların depresyon

yaşamadığı görüşü hâkim olmasına rağmen son dönemlerde yapılan çalışmalar ile, okul dönemi çocuklarının %1 ile %3'ünün depresyon bozukluğu geliştirebildiği ifade edilmektedir. Ayrıca çocuklarda yetişkinlere benzer şekilde yineleme oranları da fazladır (Butcher, Mineka, & Hooley, 2013; Reisner & ark., 2016). Distimik bozukluk hayat boyunca %5.4 oranında yaygınlık göstermektedir. Kadınlarda bu oran %6.95 iken erkeklerde %2.60 olarak bulunmuştur. Distimik bozuklukta 12 aylık yaygınlık oranı %5.0 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada kadınlarda %7.49, erkeklerde ise bu oran %2.36 olarak saptanmıştır (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2014).

Depresyon bozuklukları kültüre ve ülkelere göre de farklılık göstermektedir. Depresyon bozuklukları, Afrika bölgesi için yaklaşık %2.9, Amerika'da yaklaşık %5.8 oranında görülmektedir (WHO, 2017). Doğan (2010) Türkiye'de 18-65 yaş aralığındaki 591'i kadın, 309'u erkek olmak üzere toplam 900 kişi ile bir çalışma yürütmüştür. Bu araştırmada majör depresyonun bir aydaki ortalama yaygınlığı %18.78 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %.11.6 iken kadınlarda ise %22.5 olarak saptanmıştır. Eğitime göre de gruplar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Majör depresyon bozukluğu en fazla, okuma yazma bilmeyenlerde %34.3 olarak saptanmıştır.

2. 4. 5. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon bozukluklarının gelişimini değerlendirilen çalışmalar büyük oranda; biyolojik, psikolojik, kültürel ve çevresel etkenler üzerine yapılandırılmıştır. Yapılan çalışmalarda etkenlerin her biri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Depresyon bozukluğunun etiyolojisine ilişkin genetik etmenleri değerlendirmek için evlat edinilen bireyler ve ikizler ile çalışmalar yürütülmüştür. İkiz çalışmalarında genetik faktörlerin rolünün %40 ile %50 oranında olduğu bulunmuştur (Lohoff, 2010). Serotonin noksanlığının depresyon

bozukluğunun etiyolojisinde oldukça önemli olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Albayrak & Ceylan, 2004; Daut, & Fonken, 2019).

Depresyon bozukluklarının epidemiyolojisinde çocukluk çağı travmalarının etkisi olduğu bulunmuştur. Kaynağı stres olan depresyon, zihinsel ve/veya fiziksel işlev bozukluklarına (yorgunluk, konsantrasyon sorunları, uyku problemleri vb.) yol açmaktadır (Şenkal & Işıklı, 2015; Kalkman, 2019). Depresyonun etiyolojisinde evlilik sorunları, stresli yaşam olayları ve sosyal destekten yoksun olma gibi çevresel faktörlerin etkisi olduğu saptanmıştır (Fitch, 2002). Üstündağ ve ark. (2020), yapmış oldukları çalışmada kişilik özellikleri ve mizacın depresyonun risk faktörü olduğunu saptamıştır. Nevrotik kişilik özellikleri de depresyon için önemli bir risk faktörüdür (DSM, 2013).

2. 4. 6. Depresyon ve Adli Bilimler

Depresyon bozukluklarında görülen semptomlar adli bilimler ile oldukça ilişkilidir. Depresyon bozuklukları ile yakın ilişki gösteren ölüm ya da intihar düşünceleri ile intihar girişimlerinin adli tıp ve adli bilimler açısından ehemmiyeti oldukça fazladır (Dilbaz & Seber, 1993; Kıvrıkoğlu, Güllü & Kulkara, 2020). Hapishaneye girmek kişilerin hayatlarında farklılıklara sebebiyet vererek psikososyal boyutta çeşitli değişiklikler yaşamalarına yol açmaktadır. Bunlara ek olarak kişilerin ailelerinden, yakın çevrelerinden uzak kalmaları, hapishaneye girmeden önceki yaşamlarında yaptıkları işi artık yapamıyor/yapamayacak olmak gibi faktörler kişilerin içinde bulundukları durumla başa çıkmakta zorlanmalarına sebebiyet vermektedir. Bunların tamamı kişilerin en az bir depresyon bozukluğu geliştirmelerine yol açabilecektir (Saatçioğlu, Türkcan, Işıklı & Uygur, 1996).

2. 5. Görünürde Normal Aile Dinamikleri Açısından Çalışmanın Temel Kavramları

2. 5. 1. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Depresyon Bozuklukları

Görünürde normal aile modellerindeki çoğu aile bireyi depresif doğalıdır. Diğer bir ifadeyle bu ailerdeki çocukların depresif doğaları ile ebeveynlerinin depresif doğaları birbirine identiktir. Bu doğrultuda çocukların psikopatolojilerinin, ebeveynlerinin psikopatolojileri ile benzer olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Psikiyatrik tanısı olan ebeveynler, çocuklarını yetiştirirken işlevsel olmayan davranış kalıpları sergilemekte olup bu çocuklar kendilerine haksızlık yapıldığı, çevrelerindeki kişilerin onların kötülüklerini istediklerini ve başlarına sanki daima kötü bir şey geleceğini düşünmektedirler (Bijl, Cuijpers & Smit, 2002; Öztürk, 2020a). Patolojik düzeyde depresyon belirtileri gösteren ebeveynlerin çocuklarında da benzer düzeylerde depresyon semptomları olduğu ifade edilmektedir (Crawford, Cohen, Midlarsky, & Brook, 2001; akt., Öç, Şişmanlar, Ağaoğlu, Tural, Önder & Karakaya, 2006). Görünürde normal aile modellerinden biri olan depresif aile modelinde anne/baba veya çocuk/çocuklardan biri ya da birkaçı psikopatolojik tanı alabilmektedir. Tanı alan birey olmasa dahi aile içerisinde genel olarak depresif bir duygu durum hakimdir. Bu ailelerde depresyon semptomlarından olan umutsuzluk ve gelecek hakkında karamsar olma durumları hakimdir (Öztürk & Şar, 2006). Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında ev sahibi kişilikte dissosiyatif depresyon görülebilmektedir (Şar, 2013).

2. 5. 2. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Dissosiyatif Bozukluklar

Görünürde normal aile dinamikleri ile dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişkiye dair Öztürk'ün yapmış olduğu doktora tezi Türkiye'deki ve dünyadaki ilk çalışmalar arasında yer almaktadır. Bu çalışma 24 dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk vakaları ile bu vakaların ailelerinden oluşan 50 kişi ve aileleri yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik özellikler açısından eşleştirilmiş 50 kişilik kontrol grubu olmak üzere 124 kişilik bir grup ile yürütülmüştür. Dissosiyatif bozukluk vakalarının %87'sinde

ailenin yaşatmış olduğu çocukluk çağı travmalarının en az bir alt boyutu (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal) bulunmaktadır (Öztürk, 2003; akt., Öztürk, 2020a). Görünürde normal aile modellerinden biri de dissosiyatif aile modelidir. Dissosiyatif aile modelinde aile fertlerinden en az biri dissosiyatif yaşantıları patolojik düzeyde deneyimlemektedir. Dissosiyatif ailelerin çocukları ebeveynleri tarafından istismar ve ihmale maruz kalmaktadırlar. Dissosiyatif bozuklukların oldukça sık olarak görüldüğü bu ailelerde görünürde normal aile dinamikleri ve empatiden uzak ve şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri kuşaktan kuşağa dissosiyatif savunmalar aracılığı ile özellikle anneler tarafından aktarılmaktadır (Öztürk, 2020a).

2. 5. 3. Görünürde Normal Aile Dinamikleri ve Çocukluk Çağı Travmaları

Klinik psikoloji ve psikiyatri uygulamalarında görünürde normal bir aile dinamiği olarak dissosiyatif bozuklukların oluşmasına neden olan çocukluk çağı travmaları, aile içi şiddet kapsamında değerlendirilmektedir. Dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon, çocukluk çağı travmaları ile aktüel yaşam travmaları olan bireylerde en sık görülen ruhsal hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının etkisiyle oluşan psikiyatrik tanılara "dissosiyatif savunmalar" eşlik etmekte ya da bu bireylerde sıklıkla dissosiyatif bozukluklar bir eştanı olarak görülebilmektedir. Öztürk, çocukluk çağı travmalarının görünürde normal aile dinamiği olarak empatiden uzak ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin içerisine saklandığından dolayı kuşaklararası patoloji geçişi aracılığı ile aktarıldığını ifade etmektedir. Bu aktarım ise dünyanın tüm zamanlarında ve toplumlarında disfonksiyonel bir neslin varlanış göstermesini olanaklı kılmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a).

2. 5. 4. Dissosiyatif Bozukluklar ve Çocukluk Çağı Travmaları

Dissosiyatif bozukluklar, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları sonrasında ortaya çıkan psikiyatrik hastalıkların başında yer almaktadır. Travmatik yaşantılar

büyük oranda aniden ve beklenmedik bir şekilde meydana gelmekte ve korku, tehdit, belirsizlik ve şiddet benzeri durumlarla karakterizedir. Travmanın beklenmedik bir şekilde gerçekleşmesi ile dissosiyatif yaşantılar ortaya çıkabilmektedir (Irwin, 1999). Öztürk'e göre (2003) dissosiyatif bozukluk tanısı alanların diğer psikiyatrik tanı gruplarına göre daha fazla çocukluk çağı travma öyküleri bulunmaktadır. Öztürk (2003) ve Derin (2018), yapmış oldukları çalışmalar ile çocukluk çağı travmaları ve psikopatoloji: dissosiyasyon arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Çocukluk çağı travmaları sırasında ve/veya sonrasında dissosiyatif bozukluk geliştirilebilmektedir (Fung, Chan, Ross, & Choi, 2020). Dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı alan vakalar travmatik yaşantılar sonucunda alter kişilikler geliştirmektedirler. Bu alter kişiliklerin; cinsiyetleri, patolojileri, meslekleri ve eğitimleri gibi birçok faktörde birbirinden farklı olarak iki ya da daha fazla alter kişilik ortaya çıkabilmektedir. Dissosiyatif amnezi stresli meslek gruplarında çalışanlarda (güvenlik, polis vb.), travmatik yaşantılar (trafik kazası, savaş, tecavüz ya da cinsel taciz) sonucunda meydana gelebilmektedir (Öztürk, 2020a).

2. 5. 5. Dissosiyatif Bozukluklar ve Depresyon Bozuklukları

Fung, Chan, Ross ve Choi'ye göre (2020) dissosiyasyon tanısı alan bireylerde şiddetli depresyon semptomları da görülebilmektedir. Ayrıca çoğu dissosiyatif bozukluk vakasına ilk psikiyatrik görüşmede depresyon bozukluğu tanısı konulabilmekte ya da bu vakalar kendi tanısının yanında bir depresyon bozukluğu eştanısı da almaktadır. Şar, Akyüz, Öztürk ve Alioğlu (2013), depresyon bozuklukları ile dissosiyatif depresyon ya da dissosiyatif kimlik bozukluğunun komorbid olduğu saptanmıştır. Dissosiyatif yaşantılar çocukluk çağı travmaları sonrası ortaya çıkan bir savunma mekanizması olarak görülmekte ve travmatik yaşantılarla ilişkili psikiyatrik hastalıkların çoğunda görülebilmektedir. Dissosiyatif depresyon, dissosiyatif yaşantılar ile çökkün duygu durumun karakterize olduğu durumlar olarak ifade

edilmektedir. Dissosiyatif depresyon genellikle erken dönem başlangıçlı olup kronik de olabilmektedir (Öztürk, 2020a; Şar, 2015).

Dissosiyatif bozuklukların tedavisinde psikotravmatoloji odaklı yaklaşımların kullanılması önemle önerilmektedir. Öztürk (2020a) tarafından geliştirilen Travma Merkezli Alyans Model Terapi'de dissosiyatif kimlik bozukluğu vakalarında alter kişilikler ile host kişilik ve terapist arasında terapötik ilişki kurulduktan sonra travma çalışması yapılmalıdır. Terapist ile host kişilik ve alter kişilikler arasında kurulan bu üçlü terapötik ilişki, "terapötik karşılıklılık" olarak adlandırılmaktadır. Travma geçmişi olan psikiyatrik vakaların tamamında terapötik karşılıklılık ilkesi ile çalışılması gerekmektedir (Öztürk, Erdogan, & Derin, 2021). Psikoterapide hem host kişilik ile terapist hem host kişilik ile alter kişilikler hem de alter kişiliklerle terapist arasında terapötik karşılıklılık kurulduktan sonra "dissosiyatif depresyon" ve depresyon bozukluğu belirtileri ortadan kalkmaktadır. Dissosiyatif bozukluk vakalarının çoğu kronik çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olarak depresyon bozukluğu semptomlarına benzer belirtiler gösterebilmektedir. Bu vakalarda alter kişiliklerin çoğunda depresif belirtilerin görülmesi halinde "dissosiyatif depresyon" tanısı konulabilmektedir (Öztürk, 2018a, 2020a; 2020b; Uytun, Durmuş & Öztop, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı görünürde normal aile dinamikleri ekseninde üç kuşak kadın yetişkinin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma, kartopu örnekleme metodu ile erişilen ve Erzurum'da ikamet eden 3 nesil: "anneanne, anne ve torun" olmak üzere 4 kuşak 135 yetişkin kadın ile yürütülmüştür. Kartopu örnekleme yönteminde araştırma için önceden belirlenmiş olan kriterlere göre evrende uygun olan biri ile görüşülür ve bu görüşülen birey evrendeki diğer bireylere ulaşarak, araştırmaya gönüllü olarak katılması hususunda davet edilir (Kurtuluş, 2010).

3. 1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, "karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli" temel alınarak tasarlanmıştır. İki veya ikiden daha fazla değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya bu değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma desenlerinin tamamı "ilişkisel tarama modelleri" olarak tanımlanmaktadır (Karasar, 2020). Bu araştırma deseninde olabilecek çözümleri temel alarak ilişkiler karşılaştırılarak modeldeki nedenler teke indirgemek amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Erzurum'da yaşayan üç nesil kadın (torun, anne, anneanne) yetişkin olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemi Erzurum'da (merkez, ilçe ve köyleri) doğan ve büyüyen, halen orada yaşamakta olan Baby Boomer ve X kuşaklarına ait 45 anneanne, Babby Boomer, X kuşağı ve Y kuşaklarına ait 45 anne ve Y ve Z kuşaklarına ait 45 torun olmak üzere toplam 135 kadın katılımcıdır. Diğer bir ifadeyle bu çalışma, kartopu örnekleme metodu ile erişilen ve Erzurum'da ikamet eden 3 nesil: "anneanne, anne ve torun" olmak üzere 4 kuşak 135 yetişkin kadın ile yürütülmüştür.

Çalışmaya dahil olma kriterleri; her üç nesil kadın yetişkinin aynı ilde ikamet ediyor olmaları, anneanne olarak katılan neslin en az bir adet çocukluk çağı travmasının bulunması (Bkz. Tablo XLIII) ve 65 yaş ve üstü olan anneannelerin Mini Mental Test'ten 30 üzerinden 23 ve üzeri almaları olarak belirlenmiştir. Çalışmaya anneannelerden ikisi çocukluk çağı travması bildirmediği için biri de Mini Mental puanları 23'ten düşük olduğu için dahil edilmemiştir.

Tablo I: Baby Boomer Kuşağı Anneannelerin Mini Mental Puanları

N	Ortalama	Ss	Min.	Max.
23	27.35	2.08	24	30

Tabloda verildiği gibi 65 yaş üstü katılımcıların Mini Mental Testi puan ortalamaları 27.35 ve standart sapması 2.08'dir. Toplam 23 katılımcıya test uygulanmıştır. Testten alınan en düşük puan 24, en yüksek puan 30 olarak saptanmıştır. Katılımcılar arasından birinci kuşaktaki kadınların (anneannelerin) en az bir çocukluk çağı travmasına sahip olması araştırmanın dahil edilme kriteri, psikiyatrik tanı almaları ise dışlama kriterleridir. Araştırmanın kadın katılımcılar ile yürütülmesinde hem üç nesil erkek yetişkine aynı zamanda ulaşılmasının güç olması hem de bu kişilerin aynı şehirde ikamet etme olasılıklarının oldukça düşük olması etkili olmuştur.

Bu çalışmada örneklem, yeniden vurgulanmak istendiği üzere Erzurum'da (merkez, ilçeler ve köyleri) ikamet eden 18 yaşını doldurmuş olan 45 kadın torun, 45 anne ve 45 anneanne olmak üzere toplamda 135 yetişkin kadından oluşmaktadır. Bu üç kuşak kadınların gruplara ayrılması ise aşağıda belirtildiği şekildedir:

a) Anneanne grubu; az bir çocukluk çağı travması bildiren, en az bir kız çocuk sahibi olan ve en az 18 yaşında kız torunu olan 45 yetişkin kadından oluşmaktadır.

b) Anne grubu; kendi annesi sağ olan ve en az 18 yaşında kızı olan 45 yetişkin kadından oluşmaktadır.

c) Torun grubu; annesi ve anneannesi sağ olup en az 18 yaşında olan 45 yetişkin kadından oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada verileri toplamak için altı ölçek ve bir görüşme formu kullanılmıştır. 65 yaş ve üstü bireylere Mini Mental Test uygulanmıştır. Turgut & Öztürk tarafından hazırlanan görüşme formunda demografik bilgilere, disfonksiyonel: görünürde normal aile dinamiklerine ve normal: fonksiyonel aile dinamiklerine ilişkin toplam 66 soru yer almaktadır. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarını saptamak amacıyla hem "Çocukluk Çağı Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇKİS)", hem de "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28), dissosiyatif yaşantılarını belirlemek için "Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), depresyon düzeylerini tespit etmek için ise "Beck Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır.

3.3.1. Görüşme Formu

Turgut & Öztürk (2020) tarafından oluşturulan ve 66 sorudan oluşan görüşme formunda demografik bilgilere dair araştırmaya katılanların yaşları, meslekleri, eğitim düzeyleri, kiminle yaşadıkları, ikamet ettiği yerler, birlikte yaşadıkları kişilerin sayıları ve ailenin aylık gelir durumlarını bildirdikleri soruları bulunmaktadır. Bu anket formunda ayrıca hem disfonksiyonel: görünürde normal aile dinamiklerini hem de fonksiyonel: normal aile dinamiklerini değerlendirmek amacıyla 57 soru yer almaktadır. Anket formundaki soruların 9'u katılımcıların; yaş, eğitim durumu, meslek, kiminle yaşadıkları, aylık gelir durumları, ailedeki kişi sayısı, medeni durumları ve çocuk sayılarına ilişkin demografik bilgilerden oluşmaktadır. Anket formundaki kalan 57 sorunun 45'i disfonksiyonel: görünürde normal aile dinamikleri, 12'si ise normal: fonksiyonel aile dinamiklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2. Mini Mental Test (SMMT VE MMSE-E):

Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında geliştirilen ölçek 65 yaş ve üzeri insanlarda bellek, dikkat, hafıza, hesaplama ve dil olmak üzere beş ana başlık ve on bir maddeden oluşmaktadır. Test toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Okur yazar olanlar için Mini Mental Testin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasını 2002 yılında Günen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. MMSE-E, eğitimsizler için modifiye edilen Mini Mental Testin Türkçe güvenirlik geçerlik çalışmasını 2015 yılında Babacan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Testin uygulama süresi 10 dakikadır. Test 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 24-32 arasında alınan puanlar normal, 18-23 arasında alınan puanlar hafif demans, 17 ve altında alınan puanlar ise şiddetli demansa işaret etmektedir (Güngen, 2002).

3.3.3. Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇKİS):

Bu değerlendirme gereci Yargıç ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Çocukluk çağında fiziksel, duygusal istismar; fiziksel ve duygusal ihmal, cinsel istismar ve ensest ile ilgili 8 sorudan oluşmaktadır. ÇKİS için en düşük veya en yüksek puan ile bir kesme noktası söz konusu değildir. Cevaplar; “evet- hayır” şeklinde olup yanıt ‘evet’ ise araştırmacı katılımcıdan kısa açıklama istemesiyle devam eden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği şeklinde uygulanmaktadır.

3.3.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28):

Bernstein ve arkadaşları (1994) yılında geliştirilmiş oldukları ölçek 28 soruluk 5’li likert tipi öz bildirime dayalı olan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçekte beş alt başlık bulunmaktadır, bu alt başlıklar; fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal şeklindedir. Toplam puan, her bir alt başlıktan alınan

puanların toplamından oluşmaktadır. Ölçeğin alt başlıklarının maddeleri aşağıda verildiği gibidir:

Fiziksel istismar: 9, 11, 12, 15, 17

Emosyonel istismar: 3,8, 14, 18,25

Cinsel istismar: 20, 21, 23, 24, 27

Fiziksel ihmal: 1, 4, 6, 2, 26

Duygusal ihmal: 5, 7, 13, 19, 28

Minimizasyon: 11, 21, 2

Ölçek puanlarını hesaplarken 2., 5.,7., 13., 19., 26. ile 28. maddeler ters madde olduklarından dolayı ters çevrilerek puan hesaplaması yapılması gerekmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan çocukluk çağı travmalarının şiddetini göstermektedir (Şar, Öztürk & İkikardeş, 2012). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .78 olarak bulunmuştur

3.3.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES):

Dissosiyatif yaşantıları belirlemeye yönelik ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yargıç, Tutkun ve Şar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. 28 soruluk 10'lu likert tipi olan ölçek, öz bildirim tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa 0.97), Gutman yarım test r=0.95 ve test tekrar test korelasyonu ise r=0.77 ile yüksek değerlere sahiptir (Şar, Kundakçı & Kızıltan, 1997). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDE):

Aaron Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek depresyon riskini ve düzeyini ölçmektedir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında yapmış olan ölçek 21 maddeden oluşan öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte bulunan her bir soru 0-3

arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar depresyon belirtilerini ve düzeyini göstermektedir. Ölçekten alınan 31 ve üstü puanlar orta düzey depresyon, 21 ve üzeri alınan puanlar hafif düzey depresyon 18 ve altı puan alınan puanlar ise depresyonun olmadığını göstermektedir (Kamışlı, Terzioğlu & Bozdag, 2020). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .75 olarak bulunmuştur.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Çalışmada elde edilen bulgular IBM SPSS 26 programıyla analiz edilmiştir. Araştırmada MANOVA, ANOVA, bağımsız örneklemler t testi, regresyon, korelasyon ve betimsel istatisikler kullanılmıştır. MANOVA (Çoklu Varyans analizi) varyansların homojenligi için box testi dikkate alınmıştır. ANOVA (varyans analizi) için ise Levene testi kullanılmıştır. MANOVA analizlerinde Tip I hatayı önlemek amacı ile bonferoni protokolü uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezlerine dair elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo II: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Yaş Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	67.93	6.46	55	81
Anne	45	45.47	6.48	37	60
Torun	45	22.17	3.59	18	33

Tablo II'de katılımcıların yaş bilgileri yer almaktadır. Anneannelerin yaş ortalaması 67.93, annelerin 45.47 ve torunların ise 22.17 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan 135 kadının yaş ortalaması ise 45.25'tir. Anneannelerden minumum yaş 55 iken maksimum yaş ise 81, annelerde minumum yaş 37 iken maksimum yaş ise 60, torunlarda minumum yaş 18 iken maksimum yaş 33 olarak bulunmuştur.

Tablo III: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumu

Nesiller	Eğitim	N	%
Anneanne	Okur Yazar	6	13.33
	İlkokul	34	75.56
	Ortaokul	1	2.22
	Lise	4	8.89
	Üniversite	0	0
	Yüksek Lisans ve Üzeri	0	0
	Toplam	45	100.00
Anne	Okur Yazar	2	4.44
	İlkokul	29	64.45
	Ortaokul	5	11.11
	Lise	4	8.89
	Üniversite	4	8.89
	Yüksek Lisans ve Üzeri	1	2.22
	Toplam	45	100.00
Torun	Okur Yazar	0	0
	İlkokul	0	0
	Ortaokul	3	6.67
	Lise	8	17.78
	Üniversite	33	73.33
	Yüksek Lisans ve Üzeri	1	2.22
	Total	45	100.00

Tablo III'te nesillere göre katılımcıların eğitim bilgileri yer almaktadır. Anneannelerin 6'sı (%13.33) okur yazar, 34'ü (%75.56) ilkokul, 1'i (%2.22) ortaokul, 4'ü (%8.89) lise mezunudur. Annelerin 2'si (%4.44) okur yazar, 29'u (%64.45) ilkokul, 5'i (%11.11) ortaokul, 4'ü (%8.89) lise, 4'ü (%8.89) üniversite ve 1'i (%2.22) ise yüksek lisans ve üzeri bir program mezunudur. Torunların sadece 3'ü (%6.67) ortaokul, 8'i (%17.78) lise, 33'ü (%73.33) üniversite ve 1'i (%2.22) ise yüksek lisans ve üzeri bir program mezunudur.

Tablo IV: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Mesleki Bilgileri

Nesiller	Meslek	N	%
Anneanne	Çalışmıyor	40	88.89
	Hemşire	1	2.22
	Temizlikçi	1	2.22
	Yemekhane görevlisi	1	2.22
	Öğretmen	2	4.44
	Total	45	100.00
Anne	Çalışmıyor	36	80.00
	Memur	2	4.44
	Ressam	1	2.22
	Öğretmen	3	6.67
	Temizlikçi	3	6.67
	Total	45	100.00
Torun	Öğrenci	28	62.23
	Çalışmıyor	6	13.34
	Öğretmen	5	11.11
	Diş hekimi	1	2.22
	Hâkim /Savcı adayı	1	2.22
	Avukat	1	2.22
	Bankacı	1	2.22
	Memur	1	2.22
	Çocuk Gelişimcisi	1	2.22
	Total	45	100.00

Tablo IV'te nesillere göre katılımcıların mesleki bilgileri yer almaktadır. Anneannelerin 40'ı (%88.89) çalışmamakta, 5'i (%11.11) ise farklı meslek gruplarında çalışmaktadır. Annelerin 36'sı (%80.00) çalışmamakta, 9'u (%20.00) ise farklı meslek gruplarında çalışmaktadır. Torunların 28'i (%62.23) öğrenci, 17'si (%37.77) farklı meslek gruplarında hizmet vermekte ve 2'si (%4.4) ise çalışmamaktadır.

Tablo V: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Kimlerle Yaşadıkları

Nesiller	Kiminle Yaşıyor	N	%
Anneanne	Eşim ve çocuğum/çocuklarım ile	15	33.33
	Sadece eşim ile	16	35.56
	Sadece çocuğum/çocuklarım ile	14	31.11
	Total	45	100.00
Anne	Eşim ve çocuğum/çocuklarım ile	14	31.11
	Sadece eşim ile	3	6.67
	Sadece çocuğum/çocuklarım ile	27	60.00
	Ev arkadaşı/arkadaşlarım ile	1	2.22
	Total	45	100.00
Torun	Annem/Bababm ve Kardeşlerim ile	8	17.78
	Sadece eşim ile	5	11.11
	Sadece çocuğum/çocuklarım ile	3	6.67
	Ev arkadaşı/arkadaşlarım ile	1	2.22
	Tek başına	28	62.22
	Total	45	100.00

Tablo V'te nesillere göre katılımcıların kiminle yaşadıklarına dair bilgiler yer almaktadır. Torunların 28'i (%62.22) tek başına, 8'i (%17.78) anne/baba ve kardeşleri, 3'ü (%6.67) çocukları, 5'i (%11.11) eşi ve 1'i (%2.22) ise ev arkadaşı ile yaşamaktadır. Annelerin 27'si (%60.00) çocukları, 14'ü (%31.11) eşi ve çocukları, 3'ü (%6.67) eşi ve 1'i (%2.22) ise arkadaşı ile yaşamaktadır. Anneannelerin 16'sı (%35.56) eşi, 15'i (%33.33) eşi ve çocukları ve 14'ü (%31.11) ise çocukları ile yaşamaktadır.

Tablo VI: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Aylık Gelir Durumları

Nesiller	Maddi Durum	N	%
Anneanne	2020 TL ve altı	6	13.34
	2021-3000 TL	23	51.11
	3001-4000 TL	10	22.22
	4001-5000 TL	1	2.22
	5001 TL ve üstü	5	11.11
	Total	45	100.00
Anne	2000 TL ve altı	4	8.89
	2001-3000 TL	11	24.44
	3001-4000 TL	6	13.34
	4001-5000 TL	5	11.11
	5001 TL ve üstü	19	42.22
	Total	45	100.00
Torun	2000 TL ve altı	5	11.11
	2001-3000 TL	9	20.00
	3001-4000 TL	4	8.89
	4001-5000 TL	5	11.11
	5001 TL ve üstü	22	48.89
	Total	45	100.00

Tablo VI'da nesillere göre katılımcıların aylık gelir durumu yer almaktadır. Torunların 22'si (%48.89) 5001 TL ve üstü, 9'u (%20.00) 2001-3000 TL arası 5'i (%11.11) 4001-5000 TL arası, 4'ü (%8.89) 3001-4000 TL arası ve son olarak 5'i (%11.11) 2000 TL ve altı aylık gelire sahiptir. Annelerin 19'u (%42.22) 5001 TL ve üstü, 11'i (%24.44) 2001-3000 TL arası, 6'sı (%13.34) 3001-4000 TL arası, 5'i (%11.11) 4001-5000 TL arası, ve son olarak 4'ü (%8.89) 2000 TL ve altı aylık gelire sahiptir. Anneannelerin 23'ü (%51.11) 2001-3000 TL arası, 10'u (%22.22) 3001-4000 TL arası, 6'sı (%13.34) 2000 TL ve altı 5'i (%11.11) 5001 TL ve üstü, 1'i (%2.22) 4001-5000 TL arası aylık gelire sahiptir.

Tablo VII: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Ailelerindeki Kişi Sayıları

Nesiller	Kaç Kişi Yaşıyor	N	%
Anneanne	1-3 kişi	28	62.22
	4-6 kişi	12	26.67
	7 ve üstü	5	11.11
	Total	45	100.00
Anne	1-3 kişi	13	28.89
	4-6 kişi	27	60.00
	7 ve üstü	5	11.11
	Total	45	100.00
Torun	1-3 kişi	40	88.89
	4-6 kişi	5	11.11
	7 ve üstü	0	0
	Total	45	100.00

Tablo VII'de kuşaklara göre katılımcıların ailelerindeki kişi sayıları yer almaktadır. Torunların 40'ının (%88.89) ailesi 1-3 kişiden, 5'inin (%11.11) ailesi 4-6 kişiden oluşmaktadır. Annelerin 27'sinin (%60.00) ailesi 4-6 kişiden, 13'ünün (%28.89) ailesi ise 1-3 kişiden ve 5'inin (%11.11) ailesi ise 7 ve daha fazla kişiden oluşmaktadır. Anneannelerin 28'inin (%62.22) ailesi 1-3 kişiden, 12'sinin (%26.67) ailesi 4-6 kişiden ve 5'inin (%11.11) ailesi ise 7 ve daha fazla kişiden oluşmaktadır.

Tablo VIII: Nesillere Göre Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu

Nesiller	Medeni Durum	N	%
Anneanne	Evli	28	62.22
	Boşanmış	2	4.44
	Eşim yaşamıyor	15	33.34
	Total	45	100.00
Anne	Evli	42	93.34
	Boşanmış	1	2.22
	Eşim yaşamıyor	2	4.44
	Total	45	100.00
Torun	Bekar	37	82.22
	Evli	8	17.78
	Boşanmış	0	0
	Eşim Yaşamıyor	0	0
	Total	45	100.00

Tablo VIII'de kuşaklara göre katılımcıların medeni durumları yer almaktadır. Torunların 37'si (%82.22) bekar, 8'i (%17.78) ise evlidir. Annelerin 42'si (%93.34) evli, 2'sinin (% 4.44) eşi yaşamamakta ve 1'i (%2.22) ise boşanmıştır. Anneannelerin 28'si (%62.22) evli, 2'si (%4.44) boşanmış ve 15'inin (% 33.34) ise eşi yaşamamaktadır.

Üç Nesil Kadın Yetişkinin Görünürde Normal Aile Dinamikleri

Araştırma kapsamında hazırlanmış olan anket formundaki 45 soru üç nesil kadın yetişkinin görünürde normal aile dinamikleri ile, 12 soru normal: fonksiyonel aile dinamikleri ile ilişkilidir. Bu çalışmada nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerine verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. Görünürde normal aile dinamiklerine ilişkin soru formu 5'li likert tipinde hazırlanmış olup seçenekler; 1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=arada sırada, 4=sık olarak ve 5=çok sık olarak belirlenmiştir. Katılımcıların sorulara verdikleri "1=hiçbir zaman" ve 2=nadiren" cevapları "yok"; "3=arada sırada", "4=sık olarak" ve "5=çok sık olarak" cevapları ise "var" olarak değerlendirilmektedir. Bir diğer ifade ile "1=hiçbir zaman" ve 2=nadiren" cevapları görünürde normal aile dinamiklerinin olmadığına/yokluğuna,

"3=arada sırada", "4=sık olarak" ve "5=çok sık olarak" cevapları ise bulunduğuna/varlığına işaret etmektedir.

Tablo IX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri: "Sahte Karşılıklılık" Frekansları

		s.10		s.33		s.36		s.37		s.39		s.41		s.48		s.49	
Nesiller		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	17	37.78	6	13.33	25	55.56	35	77.78	18	40.00	4	8.89	7	15.56	7	15.56
	Yok	28	62.22	39	86.67	20	44.44	10	22.22	27	60.00	41	91.11	38	84.44	38	84.44
Anne	Var	12	26.67	5	11.11	22	48.89	32	71.11	19	42.22	7	15.56	5	11.11	9	20.00
	Yok	33	73.33	40	89.89	23	51.11	13	28.89	26	57.78	38	84.44	40	88.89	36	80.00
Torun	Var	4	8.89	4	8.89	11	24.44	24	53.33	16	35.56	3	6.67	4	8.89	8	17.78
	Yok	41	91.11	41	91.11	34	75.56	21	46.67	29	64.44	42	93.33	41	91.11	37	82.22

Tablo IX'da nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamikleri arasında yer alan sahte karşılıklılık cevaplarının sıklığı verilmiştir. 10, 33, 36, 37, 39, 41, 48 ve 49. sorular sahte karşılılıkla ilişkilidir. Soru 10'a anneannelerin; 17'si (%37.78) var, 28'i (%62.22) yok, annelerin; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok, torunların; 4'ü (%8) var, 41'i (%91.11) yok cevaplarını vermiştir. Soru 33'e anneannelerin; 6'sı (%13.33) var, 39'u (%86.67) yok, annelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.88) yok, torunların 4'ü (%8) var, 41'i (%91.11) yok cevaplarını vermiştir. Soru 36'ya anneannelerin; 25'i (%55.56) var, 20'si (%44.44) yok, annelerin; 22'si (%48.88) var, 23'ü (%51.11) yok, torunların 11'i (%24.44) var, 34'ü (%75.56) yok cevaplarını vermiştir. Soru 37'ye anneannelerin; 35'sı (%77.78) var, 10'u (%22.22) yok, annelerin; 32'si (%71.11) var, 12'si (%28.89) yok, torunların 24'ü (%53.33) var, 21'i (%46.67) yok cevaplarını vermiştir. Soru 39'a anneannelerin; 18'i (%40.00) var, 27'si (%60.00) yok, annelerin; 19'u (%42.22) var, 26'sı (%57.78) yok, torunların 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok cevaplarını vermiştir. Soru 41'e anneannelerin; 4'ü (%8.89) var, 41'i (%91.11) yok, annelerin; 7'si (%15.56) var, 38'i (%84.44) yok, torunların 3'ü (%6.67) var, 42'i (%93.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 48'e anneannelerin; 7'si (%15.56) var, 38'i (%84.44) yok, annelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı

(%88.89) yok, torunların 4'ü (%8.89) var, 41'i (%91.11) yok cevaplarını vermiştir. Soru 49'a anneannelerin; 7'si (%15.56) var, 38'i (%84.44) yok, annelerin; 9'u (%20.00) var, 36'sı (%80.00) yok, torunların 8'i (%17.78) var, 37'si (%82.22) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo X: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Sahte Karşılıklılık" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	16.97	4.91	8	29
Anne	45	16.84	4.84	8	28
Torun	45	14.06	4.15	8	23
Total	135	15.92	4.42	8	29

Tablo X'da nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden sahte karşılıklılık toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların sahte karşılıklılık toplam puan ortalaması (16.97± 4.91), annelerinin sahte karşılıklılık toplam puan ortalaması (16.84± 4.84), anneannelerinin sahte karşılıklılık toplam puan ortalaması (14.06± 4.15), katılımcıların sahte karşılıklılık toplam puan ortalaması ise (15.92±4.42) olarak bulunmuştur.

Tablo XI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri: "Çift Mesaj" Frekansları

Nesiller		s.12		s.52		s.66	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Anneanne	Var	12	26.67	23	51.11	15	33.33
	Yok	33	73.33	22	48.89	30	66.67
Anne	Var	12	26.67	27	60.00	15	33.33
	Yok	33	73.33	18	40.00	30	66.67
Torun	Var	10	22.22	20	44.44	15	33.33
	Yok	35	77.78	25	55.56	30	66.67

Tablo XI'de nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden çift mesaj cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 12'ye anneannelerin; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok, annelerin; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok, torunların; 10'u (%22.22) var, 35'i (%77.78) yok cevaplarını vermiştir. Soru 53'e anneannelerin; 23'ü (%51.11) var, 22'si (%48.67) yok, annelerin; 27'si (%60.00) var, 18'i (%40.00) yok, torunların 20'si (%44.44) var, 25'i (%55.56) yok cevaplarını vermiştir. Soru 67'ye anneannelerin; 15'i (%15.33) var, 30'u (%66.67) yok, annelerin; 15'i (%15.33) var, 30'u (%66.67) yok, torunların 15'i (%15.33) var, 30'u (%66.67) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Çift Mesaj" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	7.77	3.07	3	13
Anne	45	7.17	2.65	3	13
Torun	45	5.88	2.32	3	12
Total	135	6.93	2.83	3	13

Tablo XII'de nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden çift mesaj toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların çift mesaj toplam puan ortalaması

(5.88±2.32), annelerinin çift mesaj toplam puan ortalaması (7.17± 2.65), anneannelerinin çift mesaj toplam puan ortalaması (7.77±3.07), katılımcıların çift mesaj toplam puan ortalaması ise (6.93±2.83) olarak bulunmuştur.

Tablo XIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Güvensiz Bağlanma" Frekansları

Nesiller		s.28		s.29		s.30		s.32		s.34		s.38		s.62	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	16	35.56	5	11.11	35	77.78	28	62.22	16	35.56	20	44.44	19	42.22
	Yok	29	64.44	40	88.89	10	22.22	17	37.78	29	64.44	25	55.56	26	57.78
Anne	Var	14	31.11	17	37.78	10	22.22	9	20.00	13	28.89	18	40.00	38	84.44
	Yok	31	68.89	28	62.22	35	77.78	36	80.00	32	71.11	27	60.00	7	15.56
Torun	Var	3	6.67	18	40.00	5	11.11	7	15.56	12	26.67	34	75.56	16	35.56
	Yok	42	93.33	27	60.00	40	88.89	38	84.44	33	73.33	11	24.44	29	64.44

Tablo XIII'te nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden güvensiz bağlanma cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 28'e anneannelerin; 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok, annelerin; 14'ü (%31.11) var, 31'i (%68.89) yok, torunların; 3'ü (%6.67) var, 42'si (%93.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 29'a anneannelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok, annelerin; 17'si (%37.78) var, 28'i (%62.22) yok, torunların 18'i (%.40.00) var, 27'si (%60.00) yok cevaplarını vermiştir. Soru 30'a anneannelerin; 35'i (%77.78) var, 30'u (%66.67) yok, annelerin; 35'i (%77.78) var, 30'u (%66.67) yok, torunların; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok cevaplarını vermiştir. Soru 32'ye anneannelerin; 28'i (%62.22) var, 17'si (%17.78) yok, annelerin; 9'u (%20.00) var, 36'sı (%80.00) yok, torunların; 7'si (%15.56) var, 38'i (%84.44) yok cevaplarını vermiştir. Soru 34'e anneannelerin; 16'sı (%35.55) var, 29'u (%64.44) yok, annelerin; 13'ü (%28.89) var, 32'si (%71.11) yok, torunların; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 38'e anneannelerin; 20'si (%44.44) var, 27'si (%55.56) yok, annelerin; 18'i (%40.00) var, 27'si (%60.00) yok, torunların; 34'si (%75.56) var, 11'i (%24.44) yok

cevaplarını vermiştir. Soru 63'e anneannelerin; 19'u (%42.22) var, 26'sı (%57.77) yok, annelerin; 38'i (%84.44) var, 7'si (%15.56) yok, torunların; 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XIV: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Güvensiz Bağlanma" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	18.53	6.67	8	34
Anne	45	16.44	6.35	8	33
Torun	45	13.66	3.66	8	24
Total	135	16.21	4.31	8	24

Tablo XIV'te nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden güvensiz bağlanma toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların güvensiz bağlanma toplam puan ortalaması (18.53±6.67), annelerinin güvensiz bağlanma toplam puan ortalaması (16.44± 6.35), anneannelerinin güvensiz bağlanma toplam puan ortalaması (13.66±3.66), katılımcıların güvensiz bağlanma toplam puan ortalaması ise (16.21±4.31) olarak bulunmuştur.

Tablo XV: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Ailede Gizli Cepheleşme" Frekansları

Nesiller		**s.13**		**s.14**		**s.22**	
		N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	31	68.89	14	31.11	13	28.89
	Yok	14	31.11	31	68.89	32	71.11
Anne	Var	20	44.44	16	35.56	12	26.67
	Yok	25	55.56	29	64.44	33	73.33
Torun	Var	16	35.56	8	17.78	8	17.78
	Yok	29	64.44	37	82.22	37	82.22

Tablo XV'te nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden ailede gizli cepheleşme cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 13'e anneannelerin; 31'i (%68.89) var, 14'ü (%31.11) yok, annelerin; 20'si (%44.44) var, 25'i (%55.56) yok, torunların; 16'sı (%55.56) var, 29'u (%64.44) yok cevaplarını vermiştir. Soru 14'e anneannelerin; 14'ü (%31.11) var, 31'i (%68.89) yok, annelerin; 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok, torunların 8'i (%.17.78) var, 37'si (%82.22) yok cevaplarını vermiştir. Soru 22'ye anneannelerin; 13'ü (%28.89) var, 32'si (%71.11) yok, annelerin; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok, torunların 8'i (%.17.78) var, 37'si (%82.22) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XVI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Ailede Gizli Cepheleşme" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	6.93	3.16	3	14
Anne	45	6.51	2.95	3	15
Torun	45	5.21	2.43	3	14
Total	135	6.21	2.18	3	15

Tablo XVI'da nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden ailede gizli cepheleşme toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların ailede gizli cepheleşme toplam puan ortalaması (6.93±3.16), annelerinin ailede gizli cepheleşme toplam puan ortalaması (6.51± 2.95), anneannelerinin ailede gizli cepheleşme toplam puan ortalaması

(5.21±2.43), katılımcıların ailede gizli cepheleşme toplam puan ortalaması ise (6.21±2.18) olarak bulunmuştur.

Tablo XVII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Hasta/Aptal Rolü" Frekansları

Mesiller		s.15		s.16		s.40		s.64	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	19	42.22	20	44.44	15	33.33	22	48.89
	Yok	26	57.78	25	55.56	30	66.66	23	51.11
Anne	Var	17	37.78	9	20.00	8	17.78	9	20.00
	Yok	28	62.22	36	80.00	37	82.22	36	80.00
Torun	Var	12	26.67	8	17.78	10	22.22	10	22.22
	Yok	33	73.33	37	82.22	35	77.78	35	77.78

Tablo XVII'de nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden hasta/aptal rolü cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 15'e anneannelerin; 19'u (%42.22) var, 26'sı (%57.78) yok, annelerin; 17'si (%37.78) var, 28'i (%62.22) yok, torunların; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 16'ya anneannelerin; 20'si (%44.44) var, 25'i (%55.56) yok, annelerin; 9'u (%20.00) var, 36'sı (%80.00) yok, torunların 8'i (%.17.78) var, 37'si (%82.22) yok cevaplarını vermiştir. Soru 40'a anneannelerin; 15'i (%33.33) var, 30'u (%66.67) yok, annelerin; 8'i (%17.78) var, 37'si (%82.22) yok, torunların; 10'u (%22.22) var, 35'i (%77.78) yok cevaplarını vermiştir. Soru 65'e anneannelerin; 22'si (%48.89) var, 23'ü (%51.11) yok, annelerin; 9'u (%20.00) var, 36'sı (%80.00) yok, torunların; 10'u (%22.22) var, 35'i (%77.78) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XVIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Hasta/Aptal Rolü" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	9.35	3.87	4	17
Anne	45	7.62	3.12	4	16
Torun	45	7.11	2.44	4	16
Total	135	5.65	2.11	4	17

Tablo XVIII'de nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden hasta/aptal rolü toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların hasta/aptal rolü toplam puan ortalaması (9.35±3.87), annelerinin hasta/aptal rolü toplam puan ortalaması (7.62± 3.12), anneannelerinin hasta/aptal rolü toplam puan ortalaması (7.11±2.44), katılımcıların hasta/aptal rolü toplam puan ortalaması ise (5.65±2.11) olarak bulunmuştur.

TabloXIX: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Şımartılma" Frekansı

Nesiller		s.17	
		N	%
Anneanne	Var	12	26.67
	Yok	33	73.33
Anne	Var	23	51.11
	Yok	22	48.89
Torun	Var	26	57.78
	Yok	19	42.22

Tablo XIX'da nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden şımartılma cevaplarının frekansı verilmiştir. Soru 17'ye anneannelerin; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok, annelerin; 23'ü (%51.11) var, 22'si (%48.89) yok, torunların; 26'sı (%57.78) var, 19'u (%42.22) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Şımartılma" Ortalaması

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	3.35	1.18	1	5
Anne	45	2.51	1.12	1	4
Torun	45	2.91	1.16	1	5
Total	135	1.95	2.11	1	5

Tablo XX'de nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden şımartılma toplam puan ortalaması yer almaktadır. Torunların hasta/aptal rolü toplam puan ortalaması (2.51±1.12), annelerinin şımartılma toplam puan ortalaması (3.35± 1.18), anneannelerinin şımartılma toplam puan ortalaması (2.91±1.16), katılımcıların şımartılma toplam puan ortalaması ise (1.95±2.11) olarak bulunmuştur.

Tablo XXI: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Arkadaş Anne/Baba" Frekansları

Nesiller		s.18		s.50	
		N	%	N	%
Anneanne	Var	10	22.22	30	66.67
	Yok	35	77.78	15	33.33
Anne	Var	18	40.00	13	28.89
	Yok	27	60.00	32	71.11
Torun	Var	7	15.56	23	51.11
	Yok	38	84.44	22	48.89

Tablo XXI'de nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden arkadaş anne/baba cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 18'e anneannelerin; 10'u (%22.22) var, 35'i (%77.78) yok, annelerin; 18'i (%40.00) var, 27'si (%60.00) yok, torunların; 7'si (%15.56) var, 38'i (%84.44) yok cevaplarını vermiştir. Soru 51'e anneannelerin; 30'u (%66.67) var, 15'i (%33.33) yok, annelerin; 13'ü (%28.89) var, 32'si (%71.11) yok, torunların; 23'ü (%51.11) var, 22'si (%48.89) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Arkadaş Anne Baba" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	3.53	2.07	2	9
Anne	45	4.28	2.28	2	8
Torun	45	6.17	2.01	2	9
Total	135	4.66	2.65	1	16

Tablo XXII'de nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden arkadaş anne baba toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların arkadaş anne baba puan ortalaması (3.53±2.07), annelerinin arkadaş anne baba toplam puan ortalaması (4.28± 2.28), anneannelerinin arkadaş anne baba toplam puan ortalaması 6.17±2.01), katılımcıların arkadaş anne baba toplam puan ortalaması ise (4.66±2.65) olarak bulunmuştur.

Tablo XXIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Anne/Babalık Reddi" Frekansları

Nesiller		s.19		s.20	
		N	%	N	%
Anneanne	Var	17	37.78	25	55.56
	Yok	28	62.22	20	44.44
Anne	Var	18	40.00	14	31.11
	Yok	27	60.00	31	68.89
Torun	Var	17	37.78	3	6.67
	Yok	28	62.22	42	93.33

Tablo XXIII'te nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden anne/babalık reddi cevaplarının ferakansları verilmiştir. Soru 19'a anneannelerin; 17'si (%37.78) var, 28'i (%62.22) yok, annelerin; 18'i (%40) var, 27'si (%60) yok, torunların; 18'i (%40.00) var, 27'si (%60.00) yok cevaplarını vermiştir. Soru 20'ye anneannelerin; 25'i (%55.56) var, 20'si (%44.44) yok, annelerin; 14'ü (%31.11) var, 31'i (%68.89) yok, torunların; 3'ü (%6.67) var, 42'si (%93.33) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXIV: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Anne/Babalık Reddi" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	4.97	2.41	2	9
Anne	45	4.26	2.33	2	1
Torun	45	3.02	1.46	2	8
Total	135	4.08	2.37	1	9

Tablo XXIV'te nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden anne/babalık reddi toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların anne/babalık reddi puan ortalaması (3.02±1.46), annelerinin anne/babalık reddi toplam puan ortalaması (4.26± 2.33), anneannelerinin anne/babalık reddi toplam puan ortalaması (4.97±2.41), katılımcıların anne/babalık reddi toplam puan ortalaması ise (4.08±2.37) olarak bulunmuştur.

Tablo XXV: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Duyarsızlık" Frekansları

Nesiller		s.11		s.43		s.47	
		N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	27	60.00	2	4.44	5	11.11
	Yok	18	40.00	43	95.56	40	88.89
Anne	Var	16	35.56	0	0	3	6.67
	Yok	29	64.44	45	100.00	42	93.33
Torun	Var	8	17.78	1	2.22	2	4.44
	Yok	37	82.22	44	97.78	43	95.56

Tablo XXV'te nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden anne/babalık reddi cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 11'e anneannelerin; 27'si (%60.00) var, 18'i (%40.00) yok, annelerin; 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok, torunların; 8'i (%17.78) ar, 37'si (%82.22) yok cevaplarını vermiştir. Soru 43'e anneannelerin; 2'si (%4.44) var, 43'ü (%95.56) yok, annelerin; 45'i (%100.00) var iken yok cevabı veren bulunmamaktadır ve torunların; 1'i (%2.22) var, 44'ü (%97.78) yok cevaplarını vermiştir. Soru 47'ye anneannelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok, annelerin; 3'ü (%6.67) var, 42'si (%93.33) yok, torunların; 2'si (%4.44) var, 43'ü (%95.56) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXVI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Duyarsızlık" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	5.68	1.40	3	10
Anne	45	4.77	1.57	3	9
Torun	45	4.21	1.80	3	8
Total	135	4.08	1.32	3	10

Tablo XXVI'da nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden duyarsızlık toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların duyarsızlık puan ortalaması (4.21±1.80, annelerinin duyarsızlık toplam puan ortalaması (4.77± 1.57), anneannelerinin

duyarsızlık toplam puan ortalaması (5.68±1.40), katılımcıların duyarsızlık toplam puan ortalaması ise (4.08±1.32) olarak bulunmuştur.

Tablo XXVII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Yüksek Beklenti Düzeyi" Frekansları

Nesiller		s.24		s.26		s.45		s.63	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	28	62.22	29	64.44	23	51.11	23	51.11
	Yok	17	37.78	16	35.56	22	48.89	22	48.89
Anne	Var	24	53.33	20	44.44	16	35.56	17	37.78
	Yok	21	46.67	25	55.56	29	64.44	28	62.22
Torun	Var	10	22.22	11	24.44	7	15.56	10	22.22
	Yok	35	67.78	34	75.56	38	84.44	35	77.78

Tablo XXVII'de nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden yüksek beklenti düzeyi cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 11'e anneannelerin; 28'i (%62.22) var, 17'si (%37.78) yok, annelerin; 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok, torunların; 8'i (%17.78) var, 37'si (%82.22) yok cevaplarını vermiştir. Soru 43'e anneannelerin; 2'si (%4.44) var, 43'ü (%95.56) yok, annelerin; 45'i (%100) var iken yok cevabı veren anne bulunmamaktadır ve torunların; 1'i (%2.22) var, 44'ü (%97.78) yok cevaplarını vermiştir. Soru 47'ye anneannelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok, annelerin; 3'ü (%6.67) var, 42'si (%93.33) yok, torunların; 2'si (%4.44) var, 43'ü (%95.56) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXVIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Yüksek Beklenti Düzeyi" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	11.44	5.01	4	20
Anne	45	9.82	4.91	4	20
Torun	45	7.06	3.15	4	16
Total	135	6.16	2.93	4	20

Tablo XXVIII'de nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden yüksek beklenti düzeyi toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların yüksek beklenti düzeyi puan ortalaması (7.06±3.15), annelerinin yüksek beklenti düzeyi toplam puan

ortalaması (9.82± 4.91), anneannelerinin yüksek beklenti düzeyi toplam puan ortalaması (11.44±5.01), katılımcıların yüksek beklenti düzeyi toplam puan ortalaması ise (6.16±2.93) olarak bulunmuştur.

Tablo XXIX: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Yetişkinleştirme" Frekansları

Nesiller		s.23		s.25		s.27		s.42		s.46	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	25	55.56	9	20.00	20	44.44	19	42.22	16	35.56
	Yok	20	44.44	36	80.00	25	55.56	26	57.78	29	64.44
Anne	Var	15	33.33	13	28.89	13	28.89	18	40.00	11	24.44
	Yok	30	66.67	32	71.11	32	71.11	27	60.00	34	75.56
Torun	Var	5	11.11	12	26.67	3	6.67	2	4.44	5	11.11
	Yok	40	88.89	33	73.33	42	93.33	43	95.56	40	88.89

Tablo XXIX'da nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden yetişkinleştirme cevaplarının frekansları verilmiştir. Soru 23'e anneannelerin; 25'i (%55.56) var, 20'si (%44.44) yok, annelerin; 15'i (%33.33) var, 30'u (%64.44) yok, torunların; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok cevaplarını vermiştir. Soru 25'e anneannelerin; 9'u (%20) var, 36'sı (%80) yok, annelerin; 13'ü (%28.89) var, torunların; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 27'ye anneannelerin; 20'si (%44.44) var, 25'i (%55.56) yok, annelerin; 13'ü (%28.89) var, 32'si (%71.11) yok, torunların; 3'ü (%6.67) var, 42'si (%93.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 47'ye anneannelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok, annelerin; 3'ü (%6.67) var, 42'si (%93.33) yok, torunların; 2'si (%4.44) var, 43'ü (%95.56) yok cevaplarını vermiştir. Soru 42'ye anneannelerin; 19'u (%42.22) var, 26'sı (%57.78) yok, annelerin; 18'i (%40.00) var, 27'si (%60.00) yok, torunların; 2'si (%4.44) var, 43'ü (%95.56) yok cevaplarını vermiştir. Soru 46'ya anneannelerin; 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok, annelerin; 11'i (%24.44) var, 34'ü (%75.56) yok, torunların; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Yetişkinleştirme" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	14.26	5.71	5	23
Anne	45	11.57	5.17	5	23
Torun	45	7.13	2.48	5	14
Total	135	10.98	3.26	5	23

Tablo XXX'da nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden yetişkinleştirme toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların yüksek beklenti düzeyi puan ortalaması (7.13±2.48), annelerinin yetişkinleştirme düzeyi toplam puan ortalaması (11.57± 5.17), anneannelerinin yetişkinleştirme düzeyi toplam puan ortalaması (14.26±5.71), katılımcıların yetişkinleştirme düzeyi toplam puan ortalaması ise (10.98±3.26) olarak bulunmuştur.

Tablo XXXI: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Okutulmama" Frekansı

Nesiller		**s.31**	
		N	%
Anneanne	Evet	35	77.78
	Hayır	10	22.22
Anne	Evet	22	48.89
	Hayır	23	51.11
Torun	Evet	6	13.33
	Hayır	39	86.67

Tablo XXXI'de nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden okutulmama cevaplarının frekansı verilmiştir. Soru 31'e anneannelerin; 35'i (%77.78) var, 10'u (%22.22) yok, annelerin; 22'si (%48.89) var, 23'ü (%51.11) yok, torunların; 6'sı (%13.33) var, 39'u (%86.67) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXXII: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Okutulmama" Ortalaması

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	1.26	0.42	1	2
Anne	45	1.48	0.50	1	2
Torun	45	1.95	0.20	1	2
Total	135	1.56	0.26	1	2

Tablo XXXII'de nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden okutulmama toplam puan ortalaması yer almaktadır. Torunların yüksek beklenti düzeyi puan ortalaması (1.95±0.20), annelerinin okutulmama düzeyi toplam puan ortalaması (1.48± 0.50),

anneannelerinin okutulmama düzeyi toplam puan ortalaması (1.26±0.42), katılımcıların okutulmama düzeyi toplam puan ortalaması ise (1.56±0.26) olarak bulunmuştur.

Tablo XXXIII:Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Doktora, Dişçiye ve Psikoloğa Götürmeme" Frekansı

Nesiller		**s.21**	
		N	%
Anneanne	Var	31	68.89
	Yok	14	31.11
Anne	Var	12	26.67
	Yok	33	73.33
Torun	Var	4	8.89
	Yok	41	91.11

Tablo XXXIII'te nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme cevaplarının frekansı verilmiştir. Soru 21'e anneannelerin; 31'i (%68.89) var, 14'ü (%31.11) yok, annelerin; 12'si (%26.67) var, 33'ü (%73.33) yok, torunların; 4'ü (%8.89) var, 41'i (%91.11) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXXIV: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Doktora, Dişçiye ve Psikoloğa Götürmeme" Ortalaması

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	3.46	1.68	1	5
Anne	45	2.08	1.25	1	5
Torun	45	1.33	0.85	1	5
Total	135	2.29	1.30	1	5

Tablo XXXIV'te nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme toplam puan ortalaması yer almaktadır. Torunların doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme puan ortalaması (1.33±0.85), annelerinin doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme toplam puan ortalaması (2.08± 1.25), anneannelerinin

doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme toplam puan ortalaması (3.46±1.68), katılımcıların doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme toplam puan ortalaması ise (2.29±1.30) olarak bulunmuştur.

Tablo XXXV: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri: "Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar" Frekansı

Nesiller		**s.44**	
		N	%
Anneanne	Var	6	13.33
	Yok	39	86.67
Anne	Var	6	13.33
	Yok	39	86.67
Torun	Var	3	6.67
	Yok	42	93.33

Tablo XXXV'te nesillere göre araştırmaya katılanların görünürde normal aile dinamiklerinden değişken oranlı kural ve kuralsızlıkların frekansları verilmiştir. Soru 44'e anneannelerin; 6'sı (%13.33) var, 39'u (%86.67) yok, annelerin; 6'sı (%13.33) var, 39'u (%86.67) yok, 3'ü (%6.66) var, torunların; 42'si (%93.33) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXXVI: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri Toplam Puanı: "Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar" Ortalaması

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	1.48	1.01	1	5
Anne	45	1.55	1.03	1	5
Torun	45	1.42	0.68	1	4
Total	135	1.47	1.23	1	5

Tablo XXXVI'da nesillere göre katılımcıların görünürde normal aile dinamiklerinden değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar toplam puan ortalaması yer almaktadır. Torunların dinamiklerinden değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar puan ortalaması (1.42±0.68), annelerinin dinamiklerinden değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar toplam puan ortalaması (1.55± 1.03), anneannelerinin dinamiklerinden değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar toplam

puan ortalaması (1.48±1.01), katılımcıların dinamiklerinden değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar toplam puan ortalaması ise (1.47±1.23) olarak bulunmuştur.

Tablo XXXVII: Nesillere Göre Normal: "Fonksiyonel Aile Dinamikleri" (a) Frekansları

Nesiller		**s.35**		**s.51**		**s.53**		**s.54**		**s.55**		**s.56**	
			%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	5	11.11	27	60.00	27	60	31	68.89	16	35.56	19	42.11
	Yok	40	88.89	18	40.00	18	40	14	31.11	29	64.44	26	57.89
Anne	Var	5	11.11	17	37.78	29	64.44	32	71.11	22	48.89	25	55.56
	Yok	40	88.89	28	62.22	16	35.56	13	28.89	23	51.11	20	44.44
Torun	Var	11	24.44	36	80.00	39	86.67	38	84.44	39	86.67	40	91.11
	Yok	34	75.56	9	20.00	6	13.33	7	15.56	6	13.33	5	8.89

Tablo XXXVII'de nesillere göre araştırmaya katılanların normal: fonksiyonel aile dinamikleri frekansları verilmiştir. Soru 35'e anneannelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok, annelerin; 5'i (%11.11) var, 40'ı (%88.89) yok, 11'i (%24.44) yok, torunların; 34'ü (%75.56) yok cevaplarını vermiştir. Soru 52'ye anneannelerin 27'si (%60.00) var, 18'i (%40.00) yok, annelerin; 29'u (%64.44) var, 16'sı (%35.56) yok, torunların; 39'u (%86.67) var, 6'sı (%13.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 54'e anneannelerin 27'si (%60) var, 18'i (%40) yok, annelerin; 32'si (%71.11) var, 13'ü (%28.89) yok, torunların; 39'u (%86.67) var, 6'sı (%13.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 55'e anneannelerin 31'i (%68.89) var, 14'ü (%31.11) yok, annelerin; 32'si (%71.11) var, 13'ü (%28.89) yok, torunların; 38'i (%84.44) var, 7'si (%15.56) yok cevaplarını vermiştir. Soru 56'ya anneannelerin 16'sı (%35.56) var, 29'u (%64.44) yok, annelerin; 22'si (%48.89) var, 23'ü (%51.11) yok, torunların; 39'u (%86.67) var, 6'sı (%13.33) yok cevaplarını vermiştir. Soru 56'ya anneannelerin 19'u (%42.11) var, 26'sı (%57.56) yok, annelerin; 25'i (%55.56) var, 20'si (%44.44) yok, torunların; 40'ı (%91.11) var, 5'i (%8.89) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXXVIII: Nesillere Göre Görünürde Normal Dinamikleri Normal: "Fonksiyonel Aile Dinamikleri" (b) Frekansları

Nesiller		s.57		s.58		s.59		s.60		s.61		s.65	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anneanne	Var	14	31.11	34	75.56	37	82.22	34	75.56	33	73.33	14	31.11
	Yok	31	68.89	11	24.44	8	17.78	11	24.44	12	26.67	31	68.89
Anne	Var	21	46.67	37	82.22	40	88.89	37	82.22	38	84.44	19	42.22
	Yok	24	53.33	8	17.78	5	11.11	8	17.77	7	15.56	26	57.78
Torun	Var	35	77.78	40	88.89	43	95.56	40	88.89	41	91.11	33	73.33
	Yok	10	22.22	5	11.11	2	4.44	5	11.11	4	8.89	12	26.67

Tablo XXXVIII'de nesillere göre araştırmaya katılanların normal: fonksiyonel aile dinamikleri frekansları verilmiştir. Soru 57'ye anneannelerin; 14'ü (%31.11) var, 31'i (%68.89) yok, annelerin; 21'i (%46.67) var, 24'ü (%53.33) yok, torunların; 35'i (%77.78 var, 10'u (%22.22) yok cevaplarını vermiştir. Soru 58'e anneannelerin 34'ü (%75.56) var, 11'i (%24.44) yok, annelerin; 37'si (%82.22) var, 8'i (%17.78) yok, torunların; 40'ı (%88.89) var, 5'i (%11.11) yok cevaplarını vermiştir. Soru 59'a anneannelerin 37'si (%82.22) var, 8'i (%17.78) yok, annelerin; 40'ı (%88.89) var, 5'i (%11.11) yok, torunların; 43'ü (%95.56) var, 2'si (%4.44) yok cevaplarını vermiştir. Soru 60'a anneannelerin 34'ü (%75.56) var, 11'i (%24.44) yok, annelerin; 37'si (%82.22) var, 8'i (%17.78) yok, torunların; 40'ı (%88.89) var, 5'i (%11.11) yok cevaplarını vermiştir. Soru 61'e anneannelerin 33'ü (%73.33) var, 12'si (%26.67) yok, annelerin; 38'i (%84.44) var, 7'si (%15.56) yok, torunların; 41'i (%91.11) var, 4'ü (%8.89) yok cevaplarını vermiştir. Soru 65'e anneannelerin 14'ü (%31.11) var, 31'i (%68.89) yok, annelerin; 19'u (%22.22) var, 26'sı (%57.78) yok, torunların; 33'ü (%73.33) var, 12'si (%26.67) yok cevaplarını vermiştir.

Tablo XXXIX: Nesillere Göre Görünürde Normal Aile Dinamikleri "Normal: Fonksiyonel Aile Dinamikleri" Ortalamaları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	35.24	9.21	17	56
Anne	45	37.95	8.72	17	57
Torun	45	43.54	7.51	26	58
Total	135	38.91	8.78	26	58

Tablo XXXIX'da nesillere göre katılımcıların normal: fonksiyonel aile dinamikleri toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Torunların normal: fonksiyonel aile dinamikleri puan ortalaması (43.54±7.51), annelerinin normal: fonksiyonel aile dinamikleri toplam puan ortalaması (37.95± 8.72), anneannelerinin normal: fonksiyonel aile dinamikleri toplam puan ortalaması (35.24±9.21), katılımcıların normal: fonksiyonel aile dinamikleri toplam puan ortalaması ise (38.91±8.78) olarak bulunmuştur.

Tablo XL: Nesillere Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puanları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	62.28	8.28	46	81
Anne	45	51.18	11.88	33	77
Torun	45	43.07	6.16	35	58
Total	135	52.32	12.01	33	81

Tablo XL'ta nesillere göre katılımcıların travma yaşantıları toplam puanları yer almaktadır. Torunların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği toplam puan ortalaması (43.07± 6.16), annelerinin ÇTQ puan ortalaması (51.18±11.88), anneannelerinin ÇTQ toplam puan ortalaması (8.02±5.94), katılımcıların ÇTQ toplam puan ortalaması ise (62.28± 8.28) olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının nesiller arası farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla MANOVA kullanılmıştır. Öncelikle çoklu varyans analizi için varsayımlar test edilmiş ve katılımcı sayısının yeterli olduğu, kovaryanların eşit olduğu (box testi p= .001) Pillai's Trace testi kullanılmıştır. Ayrıca cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal değişkenleri arası korelasyonlar incelenmiş çoklu doğrusallık sorunun olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada 1.tip hatayı önlemek için univarite testleri ile Bonferoni protokolü uygulanmıştır. P değeri olan 0.05 bağımlı değişken sayısına bölünmüş (5) ve yeni p değeri olarak çalışmada 0.01 olarak bulunmuştur. Anlamlı sonuç bulunması halinde univarite testlerinden sonra varyanslar eşitliği durumunda Tukey testi olmadığı durumda ise Tamhane testi işe koşulmuştur. Araştırmada çok değişkenli varyans analizinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Pillai's Trace = 0,490; F

(10,252) = 8,186; p = .001, çok değişkenli η_p^2= 0,245. Analize ilişkin univarite sonuçları tablo XLI'de verilmiştir.

Tablo XLI: Çocukluk Çağı Travmalarının Nesillere Göre Değişimine Dair Çoklu Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişken	KT	Sd	KO	F	P	ηp2
Sabit	Duygusal istismar	13320,315	1	13320,315	916,720	0,000	0,877
	Fiziksel istismar	5181,878	1	5181,878	987,256	0,000	0,884
	Cinsel istismar	5993,690	1	5993,690	317,445	0,000	0,711
	Fiziksel ihmal	10964,628	1	10964,628	1252,844	0,000	0,907
	Duygusal ihmal	16371,238	1	16371,238	1159,951	0,000	0,900
Nesil	Duygusal istismar	732,486	2	366,243	25,205	**0,000**	0,281
	Fiziksel istismar	73,538	2	36,769	7,005	**0,001**	0,098
	Cinsel istismar	126,588	2	63,294	3,352	0,038	0,049
	Fiziksel ihmal	726,678	2	363,339	41,516	**0,000**	0,392
	Duygusal ihmal	730,965	2	365,482	25,896	**0,000**	0,286
Hata	Duygusal istismar	1874,423	129	14,530			
	Fiziksel istismar	677,091	129	5,249			
	Cinsel istismar	2435,654	129	18,881			
	Fiziksel ihmal	1128,981	129	8,752			
	Duygusal ihmal	1820,671	129	14,114			

Tabloda XLI'de görüldüğü gibi duygusal istismar F (2, 129) = 25,205, p < .001; ηp2= 0,281), fiziksel istismar F (2, 129) = 7,005, p < .001; ηp2= 0,098), fiziksel ihmal F (2, 129) = 41,516, p < .001; ηp2= 0,392), ve duygusal ihmal F (2, 129) = 25,896, p < .001; ηp2= 0,286), değişkenlerinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Cinsel istismar değişkeninde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Elde edilen bu anlamlı sonuçların hangi nesiller arasında olduğunu belirlemek için Post-Hoc Tukey testleri yapılmıştır.

Tablo XLII: Kuşaklara Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları

I. Kuşak	II. Kuşak	p
Anneanne	Anne	**.001**
Anneanne	Torun	**.001**
Anne	Torun	**.001**

Tablo XLII'de katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanları arasındaki farkı anlamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Elde edilen farkın hangi kuşaklar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ise Post-Hoc Tukey testi yapılmıştır. Anneannelerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları annelerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ($p=0,001<0,05$) ve torunların çocukluk çağı travmaları toplam puanları (($p=0,001<0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin çocukluk çağı travmaları toplam puanları ve torunların çocukluk çağı toplam puanlarından ($p=0,001<0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo XLIII: Nesillere Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Sıklığı

Nesiller	Anneanne	%	Anne	%	Torun	%
Duygusal istismar	45	100.00	31	68.89	23	51.11
Fiziksel istismar	23	51.11	16	35.00	7	15.56
Fiziksel ihmal	45	100.00	28	62.22	0	0
Duygusal ihmal	30	66.67	20	44.44	7	15.56
Cinsel istismar	5	11.11	5	11.11	1	2.22
Deneyimlenen bir çocukluk çağı travması	45	100.00	44	97.78	37	82.22

Tablo XLIII'te nesillere göre araştırmaya katılanların çocukluk çağı travmalarına maruz kalıp kalmadıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Anneannelerin 45'i (%100), annelerin 31'i (%68.89), torunların 23'ü (%51.11) duygusal istismara maruz kaldıklarını bildirmiştir. Anneannelerin 23'ü (%51.11), annelerin16'sı (%35.56), torunların 7'si (%15.56) fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Anneannelerin 45'i (%100.00), annelerin 28'i (%62.22), torunlar ise fiziksel ihmale uğramadıklarını bildirmiştir. Anneannelerin 30'u (%66.67), annelerin 20'si (%44.44), torunların 7'si (%15.56) duygusal ihmale maruz kaldığını bildirmiştir. Anneannelerin 5'i (%11.11), annelerin 5'i (%11.11) ve torunların 1'i (22.22) cinsel istismara maruz kaldığı cevabını vermiştir. Katılımcılardan anneannelerin 45'i (%100.00), annelerin 44'ü (%97.78), torunların ise 37'si (%82.22) deneyimlenen bir çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir.

Tablo XLIV: Nesillere Göre Duygusal İstismar Toplam Puanları

Nesiller	N	Ort.	SS	Min.	Max
Anneanne	45	12.95	3.58	5.00	19.00
Anne	45	10.08	4.78	5.00	23.00
Torun	45	7.08	2.72	5.00	16.00
Total	135	10.04	4.46	5.00	23.00

Tablo XLIV'te nesillere göre katılımcıların duygusal istismar toplam Puanları yer almaktadır. Torunların duygusal istismar toplam puan ortalaması (7.08±2.72), Annelerinin duygusal istismar toplam puan ortalaması (10.08±4.78), anneannelerinin duygusal istismar toplam puan ortalaması (12.95±3.58), katılımcıların duygusal istismar toplam puan ortalaması ise (10.04± 4.46) olarak bulunmuştur.

Tablo XLV: Kuşaklara Göre Katılımcıların Duygusal İstismar Toplam Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları

I. Nesil	**II. Nesil**	**p**
Anneanne	Anne	**0.001**
Anneanne	Torun	**0.001**
Anne	Torun	**0.001**

Tablo XLV'te katılımcıların duygusal istismar puanları arasındaki farkı anlamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Elde edilen farkın hangi kuşaklar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ise Post-Hoc Tukey testi yapılmıştır. Anneannelerin çocukluk çağı travmaları duygusal istismar alt boyutu toplam puanları annelerin duygusal istismar toplam puanları ($p=.001<0,05$) ve torunların duygusal istismar toplam puanları ($p=.001<0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin duygusal istismar toplam puanları ve torunların duygusal istismar toplam puanları ($p=.001<0,05$) arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo XLVI: Nesillere Göre Katılımcıların Fiziksel İstismar Toplam Puanları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	7.08	2.81	5.00	14.00
Anne	45	6.43	2.59	5.00	16.00
Torun	45	5.27	0.97	5.00	11.00
Total	135	6.27	2.38	5.00	16.00

Tablo XLVI'da nesillere göre katılımcıların fiziksel istismar toplam puanları yer almaktadır. Torunların fiziksel istismar toplam puan ortalaması (5.27±0.97), annelerinin fiziksel istismar toplam puan ortalaması (6.43±2.59), anneannelerinin fiziksel istismar toplam puan ortalaması (7.08±2.81), katılımcıların fiziksel istismar toplam puan ortalaması ise (6.27±2.38) olarak bulunmuştur.

Tablo XLVII: Kuşaklara Göre Katılımcıların Fiziksel İstismar Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları

I. Nesil	**II. Nesil**	**p**
Anneanne	Anne	0.366
Anneanne	Torun	**0.001**
Anne	Torun	0.049

Tablo XLVII'de katılımcıların fiziksel istismar puanları arasındaki farkı anlamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Elde edilen farkın hangi kuşaklar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ise Post-Hoc Tukey testi yapılmıştır. Anneannelerin çocukluk çağı travmaları fiziksel istismar alt boyutu puanları annelerin fiziksel istismar toplam puanları (p=0.366> 0,05) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Annelerin fiziksel istismar puanları ve torunların fiziksel istismar toplam puanları (p=<0,01) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin fiziksel istismar puanları ve torunların fiziksel istismar toplam puanları (p=0.049> 0,05) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durumda anneanneler torunlardan daha fazla fiziksel istismara maruz kalmışken anneler ile anneannelerin fiziksel

istismara maruz kalmaları benzer oranlardadır. Anneler ile torunların da fiziksel istismara maruz kalma durumları benzer olduğu görülmektedir.

Tablo XLVIII: Nesillere Göre Katılımcıların Cinsel İstismar Toplam Puanları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	8.02	5.94	5.00	25.00
Anne	45	6.51	3.81	5.00	22.00
Torun	45	5.71	2.39	5.00	16.00
Total	135	6.74	4.38	5.00	25.00

Tablo XLVIII'de nesillere göre katılımcıların cinsel istismar toplam puanları yer almaktadır. Torunların cinsel istismar toplam puan ortalaması (5.71± 2.39), annelerinin cinsel istismar toplam puan ortalaması (6.51± 3.81), anneannelerinin cinsel istismar toplam puan ortalaması (8.02± 5.94), katılımcıların cinsel istismar toplam puan ortalaması ise (6.74± 4.38) olarak bulunmuştur. Varyans analizinde katılımcıların cinsel istismar puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı için post-hoc Tukey testi yapılmamıştır.

Tablo XLIX: Nesillere Göre Katılımcıların Duygusal İhmal Toplam Puanları

Nesiller	N	Ort.	SS.	Min.	Max.
Anneanne	45	14.20	3.84	5.00	24.00
Anne	45	10.64	3.97	5.00	20.00
Torun	45	8.68	3.61	5.00	21.00
Total	135	11.19	4.42	5.00	24.00

Tablo XLIX'da nesillere göre katılımcıların duygusal ihmal toplam puanları yer almaktadır. Torunların duygusal ihmal toplam puan ortalaması (8.68± 3.61), annelerinin duygusal ihmal toplam puan ortalaması (10.64± 3.97), anneannelerinin duygusal ihmal toplam puan ortalaması (14.20± 3.84), katılımcıların duygusal ihmal toplam puan ortalaması ise (11.19± 4.42) olarak bulunmuştur.

Tablo L: Nesillere Göre Katılımcıların Duygusal İhmal Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları

I. Nesil	II. Nesil	P
Anneanne	Anne	**.001**
Anneanne	Torun	**.001**
Anne	Torun	**.001**

Tablo L'de katılımcıların duygusal ihmal puanları arasındaki farkı anlamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Elde edilen farkın hangi kuşaklar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ise post-hoc Tukey testi yapılmıştır. Anneannelerin duygusal ihmal toplam puanları annelerin duygusal ihmal toplam puanları ($p=0.001<0,05$) ve torunların duygusal ihmal toplam puanları ($p=0.01<0.05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin duygusal ihmal puanları ve torunların duygusal ihmal toplam puanları ($p=0.01 < 0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo LI: Nesillere Göre Katılımcıların Fiziksel İhmal Toplam Puanları

Nesil	N	Ort.	SS.	Min	Max
Anneanne	45	12.04	3.27	5.00	21.00
Anne	45	8.95	3.37	5.00	16.00
Torun	45	6.33	1.96	5.00	13.00
Total	135	9.11	3.74	5.00	21.00

Tablo LI'de nesillere göre katılımcıların fiziksel ihmal toplam puanları yer almaktadır. Torunların fiziksel ihmal toplam puan ortalaması (6.33± 1.96), annelerinin fiziksel ihmal toplam puan ortalaması (8.95± 3.37), anneannelerinin fiziksel ihmal toplam puan ortalaması (12.04± 3.27), katılımcıların fiziksel ihmal toplam puan ortalaması ise (9.11± 3.74) olarak bulunmuştur.

Tablo LII: Nesillere Göre Katılımcıların Fiziksel ihmal Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları

I. Nesil	II. Nesil	p
Anneanne	Anne	**.001**
Anneanne	Torun	**.001**
Anne	Torun	**.001**

Tablo LII'de katılımcıların fiziksel ihmal puanları arasındaki farkı anlamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Elde edilen farkın hangi kuşaklar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ise Post-Hoc Tukey testi yapılmıştır. Anneannelerin fiziksel ihmal puanları annelerin fiziksel ihmal toplam puanları ($p=0.001<0,05$) ve torunların fiziksel ihmal toplam puanları ($p=0.01<0.05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Annelerin fiziksel ihmal toplam puanları ve torunların fiziksel ihmal toplam puanları ($p=0.01 < 0,05$) arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo LIII: Nesillere Göre Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

	N	Ort.	SS	Min.	Max.
Anneanne	45	18.38	8.51	3.21	56.07
Anne	45	19.14	9.93	6.07	48.57
Torun	45	20.07	9.42	3.57	50.35
Toplam	135	19.20	9.26	3.21	56.07

Tablo LIII'te nesillere göre katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanları yer almaktadır. Torunlarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması (20.07±9.42), annelerinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması (19.14±9.93), anneannelerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması (18.38±8.51) olarak bulunmuştur. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması ise (19.20±9.26) olarak bulunmuştur.

Tablo LIV: Nesillere Göre Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantıları Düzeyleri Varyans Analizi Sonuçları (levene p=.891)

Nesil	Ortalama	Ss	N	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Anneanne	18.389	8.510	45	191.519	2	95.760	0.115	0.891	0.002
Anne	19.143	9.934	45						
Torun	20.071	9.426	45						

Tablo LIV'te nesillere göre katılımcıların Dissossiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bulgulara göre katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($F(2,128)= 0.115$, $p=0.891$, $\eta^2=0.002$). Verilen tabloda da görüldüğü üzere her ne kadar Y Kuşağı ortalaması diğerlerine oranla daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo LV: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantı Düzeylerine İlişkin Frekans Tablosu

Nesiller	DES Toplam Puanı	N	%
Anneanne	0-14	14	31.11
	15-29	27	60.00
	30 ve üzeri	4	8.88
Anne	0-14	16	35.55
	15-29	22	48.89
	30 ve üzeri	7	15.55
Torun	0-14	11	24.44
	15-29	28	62.22
	30 ve üzeri	6	13.33
Toplam	0-14	41	30.37
	15-29	77	57.03
	30 ve üzeri	17	12.59

Tablo LV'te katılımcıların nesillere göre Dissosiyatif Yaşantılar (DES) puanlarının frekans dağılımı verilmiştir. Anneannelerin 14'ü (%31.11) 0-14, 27'si (%60.00) 15-29 ve 4'ü (%8.88) 30 ve üzeri puanlar almışlardır. Annelerin 16'sı (%35.55) 0-14, 22'si (%48.89) 15-29 ve 7'si (%15.55) 30 ve üzeri puanlar almışlardır. Torunların 13'ü (%28.88) 0-14, 28'i (%62.22) 15-29 puan ve 6'sı (%13.33) 30 ve üzeri puanlar almışlardır. Tüm katılımcıların 41'inin (%30.37) 0-14 puan, 77'sinin (%57.03) 15-29 ve 17'sinin (%12.59) ise 30 ve üzeri puanlar aldığı tespit edilmiştir.

Tablo LVI: Nesillere Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanları

Nesiller	N	Ort.	SS	Min.	Max.
Anneanne	45	17.95	7.65	3	32
Anne	45	14.56	6.03	2	29
Torun	45	10.37	5.46	2	22
Toplam	135	14.29	6.37	2	32

Tablo LVI'da nesillere göre katılımcıların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları yer almaktadır. Torunlarının Beck Depresyon Envanteri toplam puanları (10.372±5.460), annelerinin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları (14.561±6.033), anneannelerin ise Beck Depresyon Envanteri toplamları (17.955±7.658) olarak bulunmuştur. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları (14.296±6.371) olarak bulunmuştur. Kuşaklara göre katılımcıların depresyon düzeylerinin incelenmesine yönelik tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo XLVIII'de verilmiştir. Analizde varyansların eşit olduğu bulunmuştur.

Tablo LVII: Nesillere Göre Katılımcıların Depresyon Düzeyleri Varyans Analizi Sonuçları (levene p=.001)

Nesiller	Ortalama	Ss	N	KT	Sd	KO	F	P	η^2
Anneanne	17.955	7.658	45	1.253.814	2	626.907	14.983	.001	0.193
Anne	14.561	6.033	45						
Torun	10.372	5.460	45						

Tablo LVII'de yer alan bulgulara göre nesillerden katılımcıların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($F(2,125)= 14.983$, $p=.001$, $\eta^2=0.193$). Elde edilen farkın hangi kuşaklar arasında olduğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc Tukey testi kullanılmıştır. Post-Hoc Tukey testi sonuçlarına göre anneannelerin depresyon düzeylerinin annelere ve torunlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine benzer şekilde annelerin depresyon düzeyi torunlardan daha yüksektir.

Tablo LVIII: Nesillere Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarının Post-Hoc Tukey Testi Sonuçları

Nesil I	Nesil II	p
Torun	Anne	0.010
Anneanne	Torun	**.001**
Anne	Anneanne	0.055

Tablo LVIII'de nesillere göre katılımcıların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları arasındaki farkı anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Elde edilen farkın hangi nesiller arasında olduğunu saptayabilmek içim Post-Hoc Tukey testi yapılmıştır. Torunların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları annelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,010>0,05). Anneannelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları torunların Beck Depresyon Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,01<0,05). Annelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları anneannelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,055>0,05). Araştırmada katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puanları, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanları, Beck Depresyon Envanteri toplam puanları ve Görünürde Normal Aile Dinamikleri toplam puanları arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek amacı ile korelasyon katsayıları hesaplanmış sonuçlar Tablo LXIX'da verilmiştir.

Tablo LIX: Çocukluk Çağı Travmaları, Dissosiyatif Yaşantılar ve Depresyon Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları (N=135)

Değişkenler	1		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**7**		**8**
1. Depresyon	—														
2.Dissosiyatif Yaşantılar	0.14		—												
3. Duygusal istismar	0.35	***	0.32	***	—										
4. Fiziksel istismar	0.26	**	0.26	**	0.37	***	—								
5. Cinsel istismar	0.11	*	0.31	***	0.18	*	0.05		—						
6. Fiziksel ihmal	0.39	***	0.20	*	0.53	***	0.41	***	0.07		—				
7. Duygusal ihmal	0.37	***	0.34	***	0.51	***	0.39	***	0.13		0.58	***	—		
8. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma	0.34	***	0.31	***	0.78	***	0.53	***	0.51	***	0.73	***	0.75	***	—

**p<.01, *p<.05, ***p<.001

Tablo LIX'da görüldüğü gibi depresyon ile duygusal istismar (r =.35, p < .001), fiziksel istismar (r =.26, p < .01), cinsel istismar (r =.11, p < .01), fiziksel ihmal (r =.39, p < .001) duygusal ihmal (r =.37, p < .001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer yandan depresyon ile dissosiyatif yaşantılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile depresyon (r =.34, p < .001) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Dissosiyatif Yaşantılar ölçeği toplam puanları ile duygusal istismar (r =.32, p < .001), fiziksel istismar (r =.27, p < .01) fiziksel ihmal (r =.20, p < .05) duygusal ihmal (r =.35, p < .001), cinsel istismar (r =.31, p < .01) ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı (r =.31, p < .001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Alt Boyutlarının Depresyon Üzerindeki Yordayıcılığı

Mevcut çalışmada katılımcılarda görülen depresyon belirtileri düzeylerinin çocukluk çağı ruhsal travma boyutları olan duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyleri tarafından anlamlı düzeyde yordanıp yordanmadığı incelenmiştir. Bu amaç için çoklu doğrusal regresyon kullanılmıştır. Analizler yapılmadan önce varsayımlar test edilmiştir. Regresyon için çoklu doğrusal bağlantının tespit edilmediği, Tolerans değerlerini .60 ile .82 arası, VIF değerlerinin 1.15 ile 2.58 arası olduğu tespit edilmiştir. Durbin-Watson değeri 1.98 olduğundan oto korelasyon olmadığı söylenebilir. Elde edilen çoklu regresyon analizi sonuçları tablo LX'ta verilmiştir.

Tablo LX: Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Yordayıcılarına İlişkin Sonuçlar

Yordayıcı değişkenler	B	Std. Hata	Beta (β)	T	P
Sabit	6.119	2.017		3.034	0.003
Duygusal istismar	0.276	0.168	0.171	1.646	0.102
Fiziksel istismar	0.123	0.268	0.042	0.458	0.648
Cinsel istismar	**0.317**	**0.138**	**0.191**	**2.306**	**0.023**
Fiziksel ihmal	0.347	0.204	0.181	1.700	0.092
Duygusal ihmal	0.323	0.169	0.203	1.905	0.059

Tablo LX'ta araştırmaya katılanlarda görülen depresyon belirtilerinin yordayıcıları için yapılan analizde regresyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır $F= (5, 125)= 7.459$, $p<.001$, $R^2=.24$). Depresyon belirtilerini yordayan değişkenlere bakıldığında cinsel istismarın depresyonu pozitif yönde ($\beta= .19$, $p<.05$) anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ise katılımcılarda görülen depresyon belirtilerinin yordayıcıları olmadığı tespit edilmiştir. Cinsel istismarın katılımcılarda görülen depresyon belirtilerinin %24'ünü açıkladığı söylenebilir.

Mevcut çalışmada katılımcıların dissosiyatif yaşantılar düzeyinin onların çocukluk çağı ruhsal travma boyutları olan duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyleri tarafından anlamlı düzeyde yordanıp yordanmadığı incelenmiştir. Bu amaç için çoklu doğrusal regresyon kullanılmıştır. Analizler yapılmadan önce varsayımlar test edilmiştir. Regresyon için çoklu doğrusal bağlantının tespit edilmediği, Tolerans değerlerini .55 ile .87 arası, VIF değerlerinin 1.28 ile 2.35 arası olduğu tespit edilmiştir. Durbin-Watson değeri 2.08 olduğundan oto korelasyon olmadığı söylenebilir. Elde edilen çoklu regresyon analizi sonuçları tablo LXI'de verilmiştir.

Tablo LXI: Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılarının Yordayıcılarına İlişkin Sonuçlar

Yordayıcı değişkenler	**B**	**Std. Hata**	**Beta (β)**	**T**	**P**
Sabit	5.390	2.600		2.073	0.040
Duygusal istismar	0.366	0.210	0.175	1.745	0.083
Fiziksel istismar	**0.572**	**0.346**	**0.147**	**1.652**	**0.001**
Cinsel istismar	**0.512**	**0.169**	**0.243**	**3.034**	**0.003**
Fiziksel ihmal	-0.208	0.258	-0.084	-0.804	0.423
Duygusal ihmal	0.440	0.219	0.208	2.004	0.047

Tablo LXI'de katılımcıların dissosiyatif yaşantıların yordayıcıları için yapılan analizde regresyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır F= (5, 127)= 7.441, $p<.005$, $R^2=0.23$) fiziksel istismar ve cinsel istismar dissosiyatif yaşantıları pozitif yönde yordamaktadır. Diğer yandan duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal katılımcıların dissosiyatif yaşantılarının yordayıcıları olmadığı tespit edilmiştir.

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo LXII: Katılımcıların Fiziksel Şiddete Uğradığına İlişkin Sonuçlar

Nesiller		N	%
Torun	Evet	9	20.00
	Hayır	36	80.00
	Total	45	100.00
Anne	Evet	18	40.00
	Hayır	27	60.00
	Total	45	100.00
Anneanne	Evet	25	55.56
	Hayır	20	44.44
	Total	45	100.00

Tablo LXII'de Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Ölçeği nesillerin şiddete uğradıklarına ilişkin elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi torunlardan 9 (%20.00) katılımcı şiddet gördüğünü, annelerden 18 (%40.00) katılımcı şiddet gördüğünü ve son olarak anneannelerden 25 (%55.56) katılımcı şiddet gördüğünü belirtmiştir.

Tablo LXIII: Nesillere Göre Katılımcıların Kim Tarafından Fiziksel Şiddete Uğradığına İlişkin Sonuçlar

Nesiller	Kim tarafından?	N	%
Torun	Babam	4	8.89
	Annem	2	4.44
	Arkadaşım/arkadaşlarım	2	4.44
	Öğretmenim	1	2.22
Anne	Abim	1	2.22
	Annem	5	11.11
	Babam	4	8.89
	Amcam	2	4.44
	Dedem	2	4.44
	Öğretmenim	2	4.44
	Babam ve annem	1	2.22
	Komşu	1	2.22
Anneanne	Abim	4	8.89
	Annem	6	13.33
	Babam	5	11.11
	Amcam	2	4.44
	Ablam	1	2.22
	Anneannem	1	2.22
	Babam ve annem	1	2.22
	Dedem	1	2.22
	Komşu	1	2.22
	Öğretmenim	2	2.22
	Üvey annem	1	2.22
Genel	Annem	13	9.63
	Babam	13	9.63
	Abim	4	2.97
	Amcam	4	2.97
	Öğretmenim	5	3.70
	Dedem	3	2.22
	Komşu	2	1.48
	Ablam	1	0.74
	Anneannem	1	0.74
	Arkadaşım/arkadaşlarım	2	1.48
	Babam ve annem	2	1.48
	Dedem	3	2.22
	Anneannem	1	0.74
	Üvey annem	1	0.74
	İstismar edilmeyen	80	59.26

Total	135	100

Tablo LXIII'te nesillere göre katılımcıların şiddete kim tarafından uğradıklarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi katılımcılar en çok anneden 13 (%9.63) ve babadan 13 (%9.63) şiddet görmüşlerdir. Bunların dışında sıklılığı az olsada katılımcılar abi, amca, öğretmen, dede ve komşulardan şiddet gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo LXIV: Katılımcıların Nesillere Göre Fizksel Şiddete Maruz Kalma Sıklığı

Nesiller	Şiddet sıklığı	N	%
Torun	Bir kez	1	2.22
	Birkaç kez	7	15.56
	Sık olarak	1	2.22
	Çok Sık, Devamlı	0	0
	Şiddete Uğramayan	36	80.00
	Toplam	45	100.00
Anne	Bir kez	9	20.00
	Birkaç kez	8	17.78
	Sık olarak	8	17.78
	Çok Sık, Devamlı	2	4.44
	Şiddete Uğramayan	18	40.00
	Toplam	45	100.00
Anneanne	Bir kez	12	26.67
	Birkaç kez	9	20.00
	Sık olarak	3	6.67
	Çok Sık, Devamlı	1	2.22
	Şiddete Uğramayan	20	44.44
	Toplam	45	100.00
Genel	Bir kez	22	16.30
	Birkaç kez	24	17.78
	Sık olarak	12	8.89
	Çok Sık, Devamlı	3	2.22
	Şiddete Uğramayan	74	54.81
	Toplam	135	100.00

Tablo LXIV'te nesillere göre şiddete uğrama sıklıklarına yer verilmiştir. Torunların; 7'si (%14.29) birkaç kez, 1'i (%2.22) bir kez, 1'i (%2.23) sık olarak, annelerin; 9'u (%20.00) bir kez, 8'i (%17.78) birkaç kez, 8'i (%17.78) sık olarak, 2'si (%4.44) çok sık olarak, anneannelerin; 12'si (%26.66) bir kez, 9'u (%20.00) birkaç kez, 3'ü (%6.67) sık olarak, 1'i

(%2.22) çok sık olarak cevaplarını vermiştir. Katılımcıların 22'si (%16.30) bir kez, 24'ü (%17.78) birkaç kez, 15'i (11.11) sık olarak ve 3'ü (%2.22) çok sık olarak cevaplarını vermiştir.

Tablo LXV: Katılımcıların Hakarete ve Tehdite Maruz Kaldıklarına İlişkin Sonuçlar

Nesil		N	%
Torun	Hayır	35	77.78
	Evet	10	22.22
	Total	45	100.00
Anne	Hayır	28	60.00
	Evet	17	40.00
	Total	45	100
Anneanne	Hayır	11	24.44
	Evet	34	75.56
	Total	45	100.00

Tablo LXV'te nesillere göre hakarete ve tehdite maruz kalmalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tabloyu incelediğimizde katılımcılardan torunların 10'u (%22.22), annelerin 17'si (37.778) ve son olarak anneannelerin 34'ü (75.56) hakarete ve tehdite maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Tablo LXVI: Katılımcıların Kim Tarafından Hakatere ve Tehdide Uğradığına İlişkin Bulgular

Kim tarafından	N	%
Annem	15	11.11
Babaannem	9	6.67
Abim	4	2.96
Babam	4	2.96
Yengem	3	2.22
Arkadaşım	4	2.96
Öğretmenim	2	1.50
Annem ve babam	2	1.50
Kuzenim	1	0.74
Annem, babam ve kardeşim	1	0.74
Komşumuz	1	0.74
Ablam	1	0.74
Annem ve yengem	1	0.74
Annem ve babam	1	0.74
Babam ve annem	1	0.74
Babamın kız kardeşi	1	0.74
Dedem	1	0.74
Dedem ve nenem	1	0.74
Kardeşim	1	0.74
Okul arkadaşım	1	0.74
Üvey annem	1	0.74
Uğramayan	79	58.50
Total	135	100.00

Tabloda LXVI'da katılımcıların kim tarafından hakarete ve tehdite uğradığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılar en çok annesinden 15'i (% 11.11), babaannesi 9'u (%6.67), abiden 4'ü (%2.96), babasından 4'ü (% 2.96) ve yengesi 4'ü (% 2.96) tarafından şidete ve/veya hakarete maruz kalmışlardır. Bunların dışında sıklılığı az olsada katıılımcılar arkadaş, öğretmen, komşu, kuzen tarafından hakarete ve tehdite uğradıkları cvevaplarını

vermişlerdir. Toplamda araştırmaya katılanların 79'u (%58.50) hakarete ve tehdite uğramadıklarını bildirmiştir.

Tablo LXVII: Katılımcıların Fiziksel İhmal Bildirme Durumuna İlişkin Sonuçlar

Nesiller		N	%
Torun	Hayır	44	97.78
	Evet	1	2.22
	Total	45	100.00
Anne	Hayır	28	60.00
	Evet	17	40.00
	Total	45	100.00
Anneanne	Hayır	4	8.89
	Evet	41	91.11
	Total	45	100.00

Tablo LXVII'de nesillere göre katılımcıların fiziksel ihmale maruz kaldıkları incelendiğinde annelerden; 41'i (%91.11), annelerden; 17'si (%40.00), torunlardan ise 1'i (%2.22) fiziksel ihmale maruz kaldığını bildirmiştir.

Tablo LXVIII: Nesillere Göre Katılımcıların Duygusal İhmale Uğradığına İlişkin Sonuçlar

Nesiller		N	%
Torunlar	Hayır	37	82.22
	Evet	8	17.78
	Total	45	100.00
Anne	Hayır	24	53.33
	Evet	21	46.67
	Total	45	100.00
Anneanne	Hayır	15	33.33
	Evet	30	66.67
	Total	45	100.00

Tablo LXVIII'de katılımcıların nesillere göre duygusal ihmale maruz kaldığı incelendiğinde torunlardan 8'i (%17.78), annelerden 24'ü (%46.67) ve anneannelerden ise 30'u (%66.67) duygusal ihmale maruz kaldıkları belirtmiştir.

Tablo LXIX: Nesillere Göre Katılımcıların Cinsel İstismara Uğradığına İlişkin Sonuçlar

Nesiller		N	%
Torun	Hayır	44	97.78
	Evet	1	2.22
	Total	45	100.00
Anne	Hayır	40	88.89
	Evet	5	11.11
	Total	45	100.00
Anneanne	Hayır	40	88.89
	Evet	5	11.11
	Total	45	100.00

Tablo LXIX'da nesillere göre katılımcıların cinsel istismara maruz kalıp kalmadıklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Cinsel istismara maruz kalıp kalmadıkları

incelendiğinde torunlardan sadece 1'i (%2.22), annelerden ve anneannelerden ise 5'i (%11.11) cinsel istismara maruz kaldıkları belirtmiştir

Tablo LXX: Katılımcıların Kim Tarafından Cinsel İstismara Uğradığına İlişkin Sonuçlar

Kim tarafından	N	%
Arkadaşım	1	0.74
Komşu	6	4.44
Öğretmen	3	2.22
Bizim Tarlada Çalışan İşçi	1	0.74

Tabloda LXX'te araştırmaya katılanların kim tarafından cinsel istismara uğradığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların 6'sı (%4.44) komşu, 3'ü (%2.22) öğretmen, 1'i (%0.74) ise arkadaşı ve tarladan çalışan işçi tarafından cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir.

Tablo LXXI: Katılımcıların Cinsel İstismara Uğrama Sıklığına İlişkin Sonuçlar

Sıklık	N	%
Bir kez	3	2.22
Birkaç defa	6	4.44
Sık olarak	2	1.50
Uğramadım	124	91.85

Tabloda LXXI'de katılımcıların cinsel istismara maruz kalma sıklıkları verilmiştir. Katılımcıların 3'ü (%2.22) birkaç kez, 6'sı (%4.44) birkaç defa ve 2'si (%1.50) ise sık olarak cevaplarını vermiştir. 124 (%91.85) kişi cinsel istismar mağduru olmadıklarını bildirmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, üç nesil kadın yetişkinin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları ve depresyon düzeylerini görünürde normal aile dinamikleri ekseninde değerlendirmektir. Erzurum'da doğup büyüyen ve orada ikamet eden 4 farklı kuşaktan oluşan 3 nesil ve her nesilden 45 kadın yetişkin olmak üzere toplamda 135 kadın katılımcı ile çalışma yürütülmüştür. Araştırmaya katılan 45 anneannenin 10'u Sessiz kuşak, 34'ü Baby Boomer kuşağı ve 1'i X kuşağına; 45 annenin 4'ü Babby Boomer, 32'si X kuşağı ve 9'u Y kuşağına ve 45 torunun ise 30'u Y kuşağı ve 15'i Z kuşağına aittir. Çalışmanın bu kısmında, araştırmanın temel hipotezleri doğrultusunda gerçekleştirilen analizler neticesinde elde edilen bulgular, ilgili literatür ekseninde tartışılacaktır.

Araştırma kapsamında oluşturulan ilk hipotez: "*Üç kuşak kadın yetişkinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ve Beck Depresyon Envanteri toplam puanı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır*." büyük oranda doğrulanmış olup dissosiyatif yaşantılar ile çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanları ile; Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları ($r = .34$, $p < .01$), duygusal istismar ($r = .32$, $p < .001$), fiziksel istismar ($r = .27$, $p < .01$), fiziksel ihmal ($r = .20$, $p < .05$), duygusal ihmal ($r = .35$, $p < .001$) ve cinsel istismar ($r = .31$, $p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Bkz. Tablo LIX). Ross ve Ness (2010) klinik olmayan popülasyon (N=502) ve klinik (en az bir dissosiyatif bozukluk tanısı olan) vakayla (N=303) yapmış olduğu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif bozukluklar arasındaki anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptamıştır. Aynı çalışmanın bulgularında dissosiyatif bozukluk tanısı alan vakaların 32'sinin (%10.8) cinsel istismar bildirdiği tespit edilmiştir. Klinik olmayan popülasyonun 13'ünün (%2.5) patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantılara

(Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması 30 ve üzeri) sahip olduğu belirtilmiştir (Ross & Ness, 2010).

Dissosiyatif bozukluk tanısı alanlar ile klinik olmayan popülasyon çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırıldığı zaman klinik grubun çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ros & Ness, 2010). Cohen (2019) yapmış olduğu çalışmada İstanbul'da yaşayan üç kuşak kadın yetişkinden oluşan ve her kuşaktan 36'şar katılımcının DES toplam puanları ile ÇTQ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Öztürk (2003) tarafından 24 dissosiyatif bozukluk vakasının tamamının en az bir çocukluk çağı travmasına sahip olduğunu ortaya çıkardığı çalışma, kuşaklararası travma geçişi ekseninde yapılandırılan ulusal ve uluslararası bilimsel platformlarda öncü çalışmalar arasında yer almaktadır. Dissosiyatif bozuklukların gelişiminde, erken çocukluk dönemindeki karmaşık, süreğen ve ilişkisel kötü muamelelerin ve şiddet odaklı empatiden uzak çocuk yetiştirme stillerin etiyolojik temel bir rol oynadığı önemle vurgulanmaktadır (Krüger & Fletcher, 2017).

Psikiyatrik bozuklukların önemli bir bölümünde (örneğin; dissosiyatif bozukluklar, depresyon bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu) en az bir çocukluk çağı travması yüksek oranlarda görülmektedir (Şenkal & Işıklı, 2015). Araştırmalar, depresyonun ortaya çıkmasında çocukluk çağı travmalarının ciddi bir prediktör olduğunu net bir şekilde göstermektedir (Chapman ve ark., 2004; akt., Şar, Akyüz, Öztürk & Alioğlu, 2013). Bernet ve Stein (1999) yaptıkları çalışmada depresyonun erken başlangıcının ve bu bozukluğun epizotlarının seyrinin çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasında ($r = .34$, $p < .001$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo LIX). Negele, Kaufhold, Kallenbach ve Leuzinger-Bohleber (2015) yaptıkları çalışmada depresyon bozukluğunun duygusal istismarın en sık (%61.54) görülen istismar türü olduğunu ve

duygusal ihmalin ise %25-28 oranında depresyonu predikte ettiğini belirtmiştir. Bu çalışmada duygusal ihmal ve depresyon arasında (r =.37, p <.001) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo LIX). Gross ve Keller (1992) ise yaptıkları araştırmada şiddetli ve tekrarlı bir şekilde istismara maruz kalan çocukların yetişkin oldukları zaman en az bir depresyon bozukluğu tanısı alma ihtimallerinin olduğunu tespit etmiştir.

Bu çalışmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan ikinci hipotez: "*Üç kuşak kadın yetişkinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları istatiksel açıdan farklılaşmamaktadır."* doğrulanmıştır. Bu doğrultuda yapılan analizlerde üç nesil kadın yetişkinin dissosiyatif yaşantıları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo LIV). Bu bulgular doğrultusunda dissosiyatif yaşantıların anneden kıza ve sonra toruna olacak şekilde nesiller arası geçiş gösterebildiği ifade edilebilir. Bu çalışmanın bulguları ile doğru orantılı olarak Derin (2018) klinik olmayan üç kuşak kadın yetişkin ile yaptığı çalışmada dissosiyatif yaşantıların kuşaklararası geçiş yaptığını -kuşaklar arasında dissosiyatif yaşantılar toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını- saptamıştır. Cohen (2019) ise bu çalışmadan farklı olarak üç kuşak kadın yetişkinin dissosiyatif yaşantıları arasında anlamlı bir fark tespit etmiş olup anneannelerin dissosiyatif yaşantılarının en yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanları; torunlarda (20.07±9.42), annelerde (19.14±9.93) ve anneannelerde (18.39±8.51) olarak tespit edilmiştir (Bkz. Tablo LIII). Öztürk, anneannelerin DES toplam puanlarının düşük olmasını yaş ilerledikçe dissosiyatif yaşantıların azalması ile açıklamaktadır. Bu bulgulardan elde edilen sonuçlara göre 135 katılımcıdan 17'sinin DES kesme puanının (>=30) olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo LV). Cohen (2019)'in araştırmasındaki anneannelerin DES toplam puan ortalamaları (anneannelerin DES ortalaması=16.16), bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan üç nesil kadın yetişkinin dissosiyatif yaşantıları, DES ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarına göre "DES 30 altı" ve "DES 30 ve üstü" olarak iki gruba ayrılmıştır. DES toplam puan ortalaması 30'un altında katılımcıların dissosiyatif yaşantıları klinik olmayan düzeydeki dissosiyatif yaşantıları ifade etmekteyken, 30 ve üstü puan ortalaması ise en az bir dissosiyatif bozukluk tanısı alabilecek düzeydeki dissosiyatif yaşantıları ifade etmektedir. DES toplam puan ortalaması 0-14, 15-29 ve 30 ve üzeri olmak üzere de katılımcılar ayrıca üç farklı kategoriye ayrılmıştır. Bunun nedeni ise DES toplam puan ortalaması 30'un altında olanların "subklinik" düzeydeki dissosiyatif yaşantıları tam olarak kapsamamasıdır. "0-14" puan aralığında DES ortalaması, gündelik hayatın dissosiyasyonunu, "15-29" aralığındaki DES ortalaması "subklinik" düzeydeki dissosisyasyonu ve "30 ve üzeri" DES ortalaması ise en az bir dissosiyatif bozukluk tanısı alabilecek düzeydeki dissosiyasyonu betimlemektedir (Çetinkaya, 2020). Bu çalışmadaki üç nesil kadın yetişkinin DES toplam puan ortalamalarına bakıldığında; 0-14 arasında 41, 15-29 aralığında 77 ve 30 dahil üzeri 17 kişi bulunmaktadır (Tablo LV). Dissosiyatif yaşantılar subklinik düzeyde ruh sağlığını korumaya destek olsa da patolojik halde deneyimlendiğinde ise bireylerde dissosiyatif bozukluklar ve depresyon bozuklukları gibi birçok psikopatoloji gelişebilmektedir (Öztürk, 2020a).

Bu çalışmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan üçüncü hipotez: "*Üç nesil kadın yetişkinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları istatiksel açıdan farklılaşmamaktadır."* belirli oranda doğrulanmıştır. Çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermektedir. Ebeveynlerin ve bakım verenlerin çocuklarını yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla kronik olarak travmatize etmelerine ancak ve ancak dissosiyatif belirtiler ile (bu ben değilim, bana yapılmadı, benim başıma gelmedi vb.) katlanabilmektedir (Dorahy ve ark.,2014). Bu çalışmada fiziksel istismar ve cinsel istismarın dissosiyatif yaşantıları yordadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo LXI). Ayrıca

çocukluk çağı travmalarının depresyonu yordayıp yordamadığına ilişkin yapılan analizde cinsel istismarın depresyonu pozitif yönde (β= .19, p>.05) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo LX). Negele, Kaufhold, Kallenbach ve Leuzinger-Bohleber (2015) depresyon bozukluğu tanısı alan vakaların %12.6'sının cinsel istismar bildirdiğini tespit etmişken bu çalışmada ise depresyon bozukluğu semptomlarının %24'ünü cinsel istismarın açıkladığı tespit edilmiş olup çocukluk çağı travmaları depresyon bozukluğu etiyolojisinde aracılık rolü üstlendiği önemle vurgulanmaktadır. Akcan, Öztürk ve Erdoğan, (2021) de çocukluk çağı travmaları ile depresyon bozuklukları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Çocukluk çağı travmaları alt boyutlarında nesiller arası bulunan farklılığın hangi kuşaklar arasında olduğuna bakıldığında, duygusal istismarın anneannelerde diğer iki nesile oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar açısından da anneanneler en yüksek bildirim oranına sahip olup anneler ve anneanneler arasında ise fiziksel istismarın farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmalde, üç nesilde anneanneden toruna doğru azaldığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo XLIII). Bu çalışmanın bulgularını doğrulayan noktada Derin (2018) de Y kuşağı torunları ve Babby Boomer kuşağı anneannelerinin duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal boyutlarında istatiksel açıdan farklılaştığını tespit etmiştir. Cohen (2019)'in araştırmasında da bu çalışmanın bulgularıyla paralellik gösteren sonuçlara ulaşılmış olup cinsel istismar hariç tüm çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hayatta kalma ve zorluklarla baş edebilme ya da yaşanılanları unutmama gibi farklı misyonlar, travmanın nesilden nesile geçiş yapmasına imkân tanıyabilmektedir (Lev–Wiesel, 2007). Görünürde normal aile modellerinin çocuk yetiştirme stillerinde eğitim ihmali (Bkz. Tablo XXXII) ve ÇÇKKSL'nden elde edilen verilerden (Bkz. Tablo LXVII) elde edilen bulgulara göre anneanneden torunlara doğru eğitim ihmali azalmaktadır. Cohen (2019) yaptığı araştırmada

İstanbul'da yaşayan 36 anneannenin bildirdiği fiziksel ihmal türünün en fazla eğitim ihmali olduğunu belirtmiş ve eğitimden mahrum bırakma, meslek sahibi olunmasına mani olunmasının yanısıra üretken olunmalarının da engellendiğini bildirmiştir.

Bu çalışmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan dördüncü temel hipotezimiz: "*Üç nesil kadın yetişkinin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları istatiksel açıdan farklılaşmamaktadır.*" büyük oranda doğrulanmıştır. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri toplam puanlarında torunların puan ortalaması (10.37±5.46), annelerinin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması (14.56±6.03), anneannelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalaması (17.95±7.65) olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo LVI). Anneannelerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanları hem torunlardan hem de annelerden yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo LVI). Yaşlılıkta depresyonun daha fazla olmasında sağlık sorunları, eşin ölümü, meslek yaşamının sona ermesi, ölüm ile yüzleşme ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi problemler temel bir fonksiyon göstermektedir (Eker & Noyan, 2004). Yanardağ ve Şahin (2019), yaşın ilerlemesinin depresyonu belirli oranda arttığını önemle vurgulamaktadır.

Bu çalışmada görünürde normal aile modellerini değerlendirebilmek maksadıyla hazırlanmış olan sorulardan elde edilen cevaplar analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, görünürde normal: disfonksiyonel aile dinamiklerinin, nesiller arasında belirli oranda farklılıklar gösterdiğini-anneanneden toruna doğru azaldığı- ortaya çıkarmıştır (Bkz. Tablo IX-XXXVI). Öztürk'e göre (2020a) görünürde normal: disfonksiyonel aile dinamikleri, yarı bilinçli ya da bilinçdışı bir şekilde ebeveynlerden öğrenilen disfonksiyonel çocuk yetiştirme stillerinin varlanışını sürdürmesi ile karakterizedir. Ayrıca Öztürk (2020a/2021a), görünürde normal aile dinamiklerinin dissosiyojenik ajanlar olarak temel bir öneme sahip olduklarını vurgulamaktadır. Sahte karşılıklılık (pseudo mutuality), çifte açmaz (double bind), güvensiz bağlanma, istismarcıya bağlanma, ailede gizli cepheleşme, evlat kayırma, çocuklarını günah

keçisi olarak belirleme, şımartılma, arkadaş anne-baba, ebeveynlik reddi, duyarsızlık, ebeveynlerin birinin diğerinin yerini doldurma konusunda başarısız girişimleri ve yüksek beklenti düzeyinin, travmatize edici majör disfonksiyonaliteler olduğunu belirtmektedir.

Derin (2018), bu çalışmanın bulgusunu destekler nitelikte çocuk yetiştirme stillerinin, anneden kıza doğru nesiller arası aktarıldığını saptamıştır. Bu çalışmada görünürde normal: disfonksiyonel aile dinamikleriyle ilişkili çocuk yetiştirme stillerinde "doktora ya da dişçiye götürmeme" sorusuna anneannelerin 20'si, doktor yerine kırık çıkıkçıya götürüldüğünü, 14'ü ise zaman zaman doktora götürüldüğünü, 11'i ise direkt olarak doktora götürüldüğünü belirtmiştir. Aynı soruya annelerin 3'ü doktora götürülmeyip alternatif tedaviler uygulandığını belirtmiş, 23'ü de zaman zaman doktora götürüldüğünü, 19'u ise hiçbir zaman kırık çıkıkçıya götürülmediğini belirtmiştir. Torunların 1'i doktora götürülmek yerine kırık çıkıkçıya götürüldüğünü belirtmiş olup 7'si ise zaman zaman doktora götürüldüğünü, 37'si de hiçbir zaman kırık çıkıkçıya götürülmediğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo XXXIII). Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Ölçeği'ne katılımcıların fiziksel ihmale maruz kalma sorusuna; anneannelerin 41'i (%91.11), annelerin 17'si (%37.78), torunların ise sadece 1'i (%2.22) "evet" cevaplarını vermiştir (Bkz. Tablo LXVII).

Görünürde normal aile dinamikleri (disfonksiyonel aile dinamikleri) ile ilişkili çocuk yetiştirme stillerinde "okula göndermeme" sorusuna anneannelerin 35'i eğitiminin engellendiğini belirtirken, annelerin 24'ü, torunların ise 16'sı eğitim hayatının engellendiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo XXXI). Bu verilerden de anlaşılacağı üzere eğitim ve tıbbı ihmal anneanneden toruna doğru nesiller arasında azalmaktadır. Finzi-Dottan & Harel (2014) çocukluk çağı travmalarının nesiller arası geçişine dair yapmış oldukları çalışmada çocukluk çağı istismar ve ihmal öyküsü bulunanların %12'sinde duygusal istismar ve duygusal ihmalin kendi ebeveynlerinden kaynaklandığını tespit etmiştir. Aynı çalışmada çocukluk çağı istismarı ve ihmalini açıklayan etkenlerden bir diğerinin ise kaçınmacı ve kaygılı bağlanma olduğunu

ve %5 oranında varyansı açıkladığı vurgulanmıştır. Bu çalışma kapsamında görünürde normal: disfonksiyonel aile dinamikleriyle karakterize yanlış çocuk yetiştirme stillerine ilişkin güvensiz bağlanma sorularında torunların ortalaması (13.66±3.66), annelerin (16.44±6.35), anneannelerin ise (18.53±6.67) olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo XIV). Bu bulgulara göre anneannelerden torunlara doğru kaçınmacı bağlanma paterninin azaldığı görülmektedir. Çocukluk çağı istismar ve ihmali, genellikle herhangi bir türe diğerinin de dahil olduğu şekilde iç içe -füzyone- bir şekilde yaşantılanmaktadır. Örneğin fiziksel istismar mağduru bir çocuğun eş zamanlı olarak duygusal ihmale de maruz kaldığı belirtilmektedir. Travmaların kümülatif ve eşlenik olarak yaşantılanmasında disfonksiyonel ailelerin gerçek deneyimden ve paylaşımdan uzak kesintili ilişki dinamikleri majör bir rol üstlenmektedir (Öztürk, 2021a).

Bu çalışmanın beşinci hipotezi: *"Çocukluk çağı travmaları alt boyutları (fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal) dissosiyatif yaşantıları ve depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde yordamaktadır."* belirli oranda doğrulanmış olup fiziksel istismar ve cinsel istismar dissosiyatif yaşantıları, depresyonu ise cinsel istismar yordamaktadır (Bkz. Tablo LX, LXI). Ebeveynler travmatik deneyimlerini çocuklarına karşı sergilemiş oldukları davranış kalıplarıyla olumsuz yaşam olaylarının nesilden nesile aktarılmasına aracılık etmektedirler (Prager, 2003). Bu çalışmada duygusal istismar F (2, 129) = 25,205, p < .001; ηp2= 0,281), fiziksel istismar F (2, 129) = 7,005, p < .001; ηp2= 0,098), fiziksel ihmal F (2, 129) = 41,516, p < .001; ηp2= 0,392), ve duygusal ihmal F (2, 129) = 25,896, p < .001; ηp2= 0,286), değişkenlerinde kuşaklararası anlamlı bir farklılık bulunmuşken cinsel istismarda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bkz. Tablo XLI). Bu çalışmanın bulgularını doğrular nitelikte Cohen (2019) de anneannelerden torunlara doğru travmaların azaldığını tespit etmiştir. Postmodern toplumların en önemli özelliklerinden olan dijital iletişim ve medyanın etkisi ile toplumu bilgilendirme çalışmalarının, çocuk yetiştirme

stillerinin pozitif yönde değişim göstermesine katkıda bulunarak travmaların kuşaklararası geçiş gösterme oranlarını azaltabildiği vurgulanmaktadır (Cohen, 2019).

Ebeveynler kendi anne-babalarından öğrenmiş oldukları davranış kalıplarını çocuklarına uygulayarak çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası geçiş göstermesini sağlanmaktadır (St-Laurent, Dubois-Comtois, Milot, & Cantinotti, 2019). Valentino ve ark. (2012) çocukluk çağı travması bildiren 70 anne ve onların çocukları ile yapmış oldukları çalışmada; bu çocukların 32'sinin (%45.72) en az bir çocukluk çağı travmasına maruz kaldığını bildirmiştir. Bu travmaların 10'u (%30.45) duygusal istismar, 9'u (%28.66) fiziksel istismar, 5'i (%17.78) cinsel istismar ve 7'si (%23.86) ise bir ihmal türündedir. Bu çalışmada çocukluk çağı travması bildiren annelerin çocuklarının 4'ü ise istismarın üç alt boyutunun hepsine maruz kaldığı, 70 annenin tamamının ise en az bir çocukluk çağı travması bildirmişken onların çocuklarının 32'sinin de en az bir travmaya sahip olduğu belirlenmiştir. Anneden çocuğa doğru travmatik yaşantılar devam etmekle birlikte bu olumsuz yaşam olaylarına ebeveynleri tarafından maruz kalma oranlarının azaldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan 45 anneannenin tamamı en az bir çocukluk çağı travmasına maruz kaldığını belirtmişken, annelerin 44'ü ve torunların ise 37'si en az bir çocukluk çağı travmaya maruz kaldığını belirtmiştir (Bkz. Tablo XLIII). Katılımcıların fiziksel şiddete maruz kalma oranlarına bakıldığında ise torunların 9'u, annelerin 18'i ve anneannelerin ise 25'inin şiddete maruz kaldığı ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo LXII). Kim tarafından şiddet görüldüğüne ilişkin bulgulara baktığımızda baba ve anneden şiddet görme oranının en yüksek olduğunu (%20) dikkat çekmektedir (Bkz. Tablo LXIII). Araştırmaya katılanların hakarete ve aşağılanmaya maruz kalma oranlarına bakıldığında torunların %22'si, annelerin %37.78'i anneannelerin %73.33'ü ve toplamda katılımcıların %46.67'sı hakarete ve aşağılanmaya maruz kaldığını belirtmiştir (Bkz. Tablo LXV). Katılımcıların kim tarafından aşağılandığı ve/veya hakarete maruz kaldığı hususunda ise en fazla anneler olmak üzere sırayla babaanne ve baba

gelmektedir (Bkz. Tablo LXVI). Görünürde normal aile modellerinde çocuk yetiştirme stillerinin zamanla rehber ebeveynlik stiline doğru değiştiğini ve anne/babaların çocuklar ile iletişimde yol gösterici rolü üstlendikleri vurgulanmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a). Anneannelerden torunlara doğru ebeveynlerin çocuklarından beklenti düzeylerinde de değişmeler (yüzsek beklenti düzeyi azalmıştır) görülmektedir (Bkz. Tablo XXVIII). Rehber ebeveynlik stili benimsenip uygulanırken aynı zamanda yüksek beklenti düzeyinin de azaldığı saptanmıştır. Öztürk (2021a) rehber ebeveynlik stilinin de kuşaklararası geçişinin olduğunu -bu pozitif doğada bir geçiş-, ve bu geçişin çocuk yetiştirme stilleri ile ebeveyn çocuk ilişkisinde karşılıklılığa dayandığını belirtmiştir.

Çalışmamız daha önce ifade edildiği üzere görünürde normal aile dinamikleri ekseninde travma, dissosiyasyon ve depresyon temelli olarak yapılandırılmış olup bu yüksek lisans tezinde "kuşaklararası travma geçişi": "nesillerarası travma geçişi" ve aile dinamikleri araştırılmıştır. Bu çalışmanın *"Üç nesil kadın yetişkinin görünürde normal aile dinamikleri belirli bir oranda farklılaşmaktadır"* şeklindeki altıncı ve son hipotezi doğrulanmış olup anneannelerin, anneler ve torunlardan daha fazla görünürde normal aile dinamikleri gösterdikleri tespit edilmiştir (Bkz. Tablo IX-XXXVI). Sahte karşılılık anneannelerde en yüksek %77.78, annelerde %71.11 ve torunlarda ise %53.33 (Bkz. Tablo IX); ailede gizli cepheleşme annelerde en yüksek %68.89, annelerde %44.44 ve torunlarda ise %35.56 (Bkz. Tablo XV); hasta/aptal rolü anneannelerde en yüksek %48.88, annelerde %37.78 ve torunlarda ise %26.67 (Bkz. Tablo XVII); duyarsızlık anneannelerde en yüksek %60, annelerde %35.56 ve torunlarda ise %17.78 (Bkz. Tablo XXV); yetişkinleştirme anneannelerde en yüksek %55.56, annelerde %40.22 ve torunlarda ise %26.67 (Bkz. Tablo XXIX); okutulmama anneannelerde en yüksek %77.78, annelerde %48.89 ve torunlarda ise %13.33 (Bkz. Tablo XXXI); doktora, dişçiye ve psikoloğa götürülmeme anneannelerde en yüksek %75.56, annelerde %26.67, torunlarda ise %8.89 (Bkz. Tablo XXXIII) oranında

görülmektedir. Nesiller arasında sahte karşılılıklığın azalması erken yaşta başlayan kornik çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişki gösteren şiddet odaklı, karşılılıktan ve empatiden uzak yanlış çocuk yetiştirme stillerinin azalmasıyla belirli ölçüde açıklanabilmektedir. Görünürde normal: disfonksiyonel aile dinamikleri, tutarsız ve kaotik ilişki örüntüleriyle karakterize bir "yanlış çocuk yetiştirme stili" olarak fonksiyon göstermekte olup çocukluk çağı travmalarına neden olmakta ve kendi içerisinde oldukça katı ancak sağlıksız, inisiyatifsiz ve patolojik bir yapılanmaya sahiptir (Öztürk, 2020; 2021a).

Gelişim odaklı ve ruhsal açıdan entegre kişilerin oluşturduğu ailelerinin oranının artması, toplumda psikolojik açıdan sağlıklı yeni bir insan ve aile tipinin varlık göstermesini sağlar. Aile; kuşaklararası gelişimde tecrübenin, merhametin, adaletin, sadakatin, geleneğin ve travmatik yaşantılarla baş edebilme stratejilerinin ebeveynden çocuğa aktarıldığı toplumun hem en önemli hem de en değerli ajanıdır. Bu aktarımda pozitif donatılar kadar negatif donatılar da yer alabilmektedir ki kuşaklararası değişim, *"kuşaklararası gelişim"* ve *"kuşaklararası fosilleşim"* olmak üzere iki zıt yönde varlanışını sürdürmektedir. Görünürde normal aile dinamikleri, *"kuşaklararası fosilleşim"* yani "*kuşaklararası travma geçişi"* ve *"kuşaklararası patoloji geçişi"*ile pozitif bir ilişki göstermektedir. Öztürk'e göre, "*kuşaklararası fosilleşim*"; yanlış çocuk yetiştirme stillerini hem benimseyen hem de uygulayan disfonksiyonel ailelerin, bir "*çağ ve insanlık dışı bilinç birliği*" yaratarak şiddet odaklı ve gelişim karşıtı toplumlara dönüşmesi ve bu şiddet odaklı ve gelişim karşıtı toplumların kuşaklararası eksende hüküm sürmesidir (Öztürk, 2021a).

Görünürde normal aile dinamikleri, yanlış çocuk yetiştirme sitilleri, çocukluk çağı travmaları ve psikopatoloji hem adli bilimler hem de klinik psikolojinin odak konularını oluşturmaktadır. Disfonksiyonel: görünürde normal aile modellerinde yanlış çocuk yetiştirme stillerinden kaynaklı çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve/veya depresyonun etiyolojisinde birincil öneme sahiptir (Öztürk, 2020a). Ebeveynlere ve bakım verenlere

yönelik çocuk yetiştirme stilleri ile ilgili eğitim politikaları geliştirilmesinin ve uygulanmasının çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarını azaltacağı, kuşaklararası travma geçişini belirli oranda aşağı indireceğini ve bu doğrultuda dissosiyatif yaşantılar ve depresyon gibi psikiyatrik belirtilerin de önemli ölçüde düşüş gösterebileceği vurgulanmaktadır. Çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal yaşantıları, çocuk ruhsallığının patolojik köşe taşlarını oluşturmaktadır. Bu köşe taşlarının; kişilik örüntüleri ve psikopatoloji gelişimi gibi temel alanlarda bozucu etkilere veya kesintilere yol açması sebebiyle, yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle karakterize olan çocukluk çağı travmalarının ilk kaynakları olan "anne ve baba"ları etkilememesi mümkün değildir. Aynı uyaranlar bireyler üzerinde farklı etkilere sahip olabilir ve çocukluk çağı istismar ve ihmali de dahil olmak üzere, travmatik yaşantılara maruz kalan herkesi benzer şekilde etkilemeyebilir ya da travmatize etmeyebilir. Kuşaklararası travma geçişi ve görünürde normal aile dinamikleri, niceliksel ve niteliksel metodolojilerden elde edilen veriler gözönünde bulundurulduğunda, psikotarih ve psikotravmatoloji zemininde yapılandırılacak multidisipliner çalışmalarda detaylı ve özellikle boylamsal araştırmalar nezdinde değerlendirilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma temel olarak yeniden vurgulanmak istendiği üzere üç nesil kadın yetişkinin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları ve depresyon düzeylerini görünürde normal aile dinamikleri ekseninde değerlendirilmesi üzerine yapılandırılmıştır. Çocukluk çağı ruhsal travmaları, bireysel psikopatolojilere neden olmasının yanı sıra kişilerin sosyal yaşam ve rollerinde negatif doğalı kesintilere yol açan temel bir etiyolojik unsur olarak da ortaya çıkmaktadır (Caffo, Forresi ve Lievers, 2005). Kronik çocukluk çağı travmaları genel olarak disfonksiyonel bir süreç içerisinde gelişen, mobil seyir izleyen ve uzunlamasına psikopatolojik sonuçları olan bir sosyo-psikolojik dinamiği de temsil etmektedir (Öztürk, 2020a; 2021a). Diğer bir ifadeyle yetişkin bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamlarında çocukluk çağı travmalarının uzunlamasına olumsuz ruhsal etkileri bulunmaktadır ki bu olumsuz ruhsal etkiler onların çocuklarına olan davranış stillerini de belirleyebilmektedir (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarının şiddeti, sıklığı ve süresi ile ilişkili olarak bireylerde maladaptif tutum ve davranış değişimleri ortaya çıkabilmektedir. Ebeveynlerin değişen tutumlarının etkisiyle ortaya çıkan ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile karakterize olan kuşaklararası travma geçişi, patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantılara ve depresyona neden olabilmektedir (Öztürk ve Şar, 2008; Öztürk, 2020a; 2021a).

Yoğun ve şiddetli travmatik olaylar sonucunda ortaya çıkan dissosiyasyon, başlangıçta bireylerin mevcut hayal kırıklıklarının üstesinden gelmesinde önemli bir destek unsuru olarak rol oynayabilmektedir. Akut veya kronik travmaya maruz kalan bireylerde dissosiyojen doğada gelişebilen psikopatolojiler, geçmiş ve ruhsal açıdan daha sağlıklı psikolojik duruma dönüş çabasının klinik tezahürleridir (Şar ve Öztürk, 2006; Öztürk, 2020a). Görünürde normal aileler içerisinde sıkça yaşantılanan kronik olumsuz olaylar sonrasında gelişen dissosiyatif mekanizmalar, patolojik bir psikojen ajana dönüşebilmekte ve değişen zaman dilimlerinde farklı ruh hallerini taşıyan aile bireylerinin olumsuz deneyim ve tutumları, çocuklarını

travmatize ve disossiye edici şiddet odaklı, empatiden uzak ve karşılıklılığı olmayan çocuk yetiştirme stillerinin kuşaklararası eksende var oluşunu sürdürmesine sebep olabilmektedir. Bu disfonksiyonel süreçte ve özellikle travmatik olaylar sonrasında, bireyler dissosiyatif savunmalarla hem bu olumsuz yaşantıları inkâr etmeye hem de aktüel hayatlarını sürdürmelerini sağlayacak uyum kapasitelerini güçlü tutmaya çalışmaktadır (Öztürk, 2018a; 2020a, 2021a). Görünürde normal aile dinamikleri ekseninde üç kuşak kadın yetişkinde çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi hususundaki nicel verilerden elde edilen temel sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

1. Görünürde normal aile dinamikleri, üç kuşak kadın yetişkinde (nesiller arası) belirli oranda farklılaşmaktadır.
2. Çocukluk çağı travmaları, üç nesil kadın yetişkinde (nesiller arası) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.
3. Çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
4. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
5. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile depresyon arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
6. Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile dissosiyatif yaşantılar arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
7. Dissosiyatif yaşantılar, üç kuşak kadın yetişkinde (nesiller arası) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermemektedir.

8. Depresyon düzeyleri, üç kuşak kadın yetişkinde (nesiller arası) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermektedir. Anneannelerin depresyon düzeyleri hem annelerden hem de torunlardan; annelerin depresyon düzeyleri de torunlardan daha yüksektir.

Görünürde normal aile dinamikleri ekseninde üç kuşak kadın yetişkinin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve depresyon düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışma neticesinde yapılabilecek diğer araştırmalar için oluşturulan öneriler aşağıda yer almaktadır:

1. Bu çalışmada görünürde normal aile dinamiklerini değerlendirmek maksadıyla kullanılmış olan Görüşme Formunda yer alan disfonksiyonel: görünürde normal aile dinamikleri ile birlikte Aile Rol Performansı Ölçeği'nin kullanılması önerilmektedir. Bu ölçeğin kullanılmasıyla birlikte daha kapsamlı ve detaylı verilere ulaşılabilir, aynı zamanda ebeveynler ve çocukların rol dağılımlarına ilişkin bulgular da elde edinilebilir.
2. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek için kullanılan Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi (ÇKİS), niceliksel ve niteliksel açıdan detaylı bilgiler alınmasına olanak sağlamaktadır. Çocukluk çağı travmalarının karmaşık ve çok eksenli doğasından dolayı hem aile dinamikleri hem de çocuk yetiştirme stilleriyle birlikte değerlendirilmesi, çocukluk çağı travmalarını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi hususlarında son derece önemlidir (Frewen & ark., 2015; Öztürk, 2021a).
3. Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının saptamak maksadıyla Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi (ÇKİS) kullanılmıştır. Ancak çocukluk çağı travmaları dışındaki olumsuz yaşam olaylarını değerlendirmeye dair bir ölçme gereci kullanılmamıştır. Çocukluk çağı travmaları ile diğer majör olumsuz yaşam olayları birlikte değerlendirildiği takdirde hem bireylerdeki dissosiyatif yaşantıları hem de depresyon düzeylerini daha güçlü açıklayabileceği önerilmektedir.

4. Görünürde normal aile dinamikleri ekseninde gerçekleştirilecek gelecek çalışmalarda babaların da katılımcı olarak yer alması önerilmektedir. Çocuk yetiştirme stillerinde hem annenin hem de babanın rolleri birbirinden belirli ölçüde farklılaşmaktadır. Sadece annenin ya da sadece babanın büyük ölçüde üstlenebileceği/üstlenmesi gereken bazı çocuk yetiştirme stilleri olması sebebiyle annelerin ve babaların araştırmaya dahil edilmesinin önemli bir gereklilik olduğu düşünülmektedir.
5. Travma mağduru çocuk ile görüşmeler Çocuk İzlem Merkez'lerindeki (ÇİM) aile görüşme odasında, çocuğa refakat eden birinci dereceden yakını ile birlikte sürdürülmektedir. Travma mağduru çocuk ile birlikte ailenin de bu görüşmelerin bir parçası olması ile birlikte gerekli olan ihtiyaçlar belirlenmeye ve bu ihtiyaçların nasıl giderileceği, bu süreçte çocukla nasıl iletişim kurulacağı ve nasıl davranılacağı ile ilgili eğitici bilgiler verilmesi amaçlanmaktadır (Topdemir, 2016). Bu bakımdan çocukluk çağı travmaları ve görünürde normal aile dinamikleri, klinik adli psikoloji için oldukça önemlidir. Travma mağduru olan çocuğa yönelik psikososyal destek kadar ailenin fonksiyonelitesi de oldukça belirleyicidir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar, ebeveynlerin doğru -empati odaklı- çocuk yetiştirme stillerinin ve kendi çocukları ile kurulan bağın niteliğinin aile psikopatolojisini yordadığı belirtilmektedir (Derin 2018; Öztürk, 2020a; Karakaya, Çakmakkaya, Akpınar & Yılmaz, 2021). Günümüzde aile dinamikleri ve fonksiyonelliği ekseninde psikopatoloji ve travma mağduru çocuğa yönelik çalışmalar önem kazanmıştır. Multidispliner bir yaklaşım ile klinik psikoloji, psikotarih, psikiyatri, sosyoloji, tıp ve eğitim bilimleri alanında çalışanların uygulanabilir ve etkin çocukluk çağı travmalarını önleme stratejileri geliştirmeleri temel bir gerekliliktir.
6. Görünürde normal aile dinamikleri ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri zemininde psikotravmatoloji alanında yapılacak daha kapsamlı araştırmalar ile çocukluk çağı istismar ve ihmalinin kuşaklararası geçişi ve yetişkinlik yaşamındaki etkileri önemli

oranda azalabilecektir. Psikotravmatoloji geniş kapsamlı bir alan olması sebebiyle çalışmaların çoklu disiplinlerin katkılarıyla birlikte yürütülmesi -özellikle elde edilecek bilgilerin biyolojik kanıtlarla birleştirmeye test edilmesi- daha güvenilir bulguların ortaya çıkmasına imkân sağlayacaktır (Cohen, 2019; Öztürk, 2020a).

7. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri, tek başına travmatize edici veya tam tersi yönde iyileştirici/geliştirici olabilmektedir. Ailenin çocuğu koruma ve gelişimini destekleme işlevi, sadece bir çocuğun ruhsal açıdan sağlıklı gelişimi için değil toplumun ruhsal açıdan sağlıklı olması hususunda da oldukça önemlidir. Ailenin çocuğu koruma işlevinden sadece çocuğu doğrudan travmatize etmemesi anlaşılmamalı, ebeveyn istismar etmese bile, onu dışarıdan gelen olumsuz yaşam olaylarına karşı korumasız bırakmasının da çocuk üzerinde ruhsal açıdan negatif yansımaları olabileceği unutulmamalıdır (Cohen, 2019; Öztürk, 2021a).
8. Klinik psikoloji açısından erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının etkisiyle gelişen ve bireydeki yaşam boyu psikopatolojilerden biri olan dissosiyatif bozuklukların adli psikiyatrik açıdan yapılacak olan klinik görüşmeler ve psikometrik ölçümlerle; nevroz-psikoz ayrımı, malulen emeklilik, vesayet altına alma, malpraktis, ceza ve hukuki ehliyet kriterleri bakımından değerlendirilmesi oldukça önem arz etmektedir (Çetinkaya, 2020; Derin ve Öztürk, 2018; Öztürk, 2003, 2020a).
9. Son olarak, etkin ve uygulanabilir çocukluk çağı travmaları önleme stratejilerinin geliştirilmesi, bütün ruh sağlığı uzmanlarının temel görevleri arasında yer almalıdır. Bu nedenle bireysel travmaların nötralize edilmesi kadar aile gibi psikotoplumsal bir kurumun içerisinde de bu travmatik yaşantıların sonlandırılması öncül bir önem taşımaktadır. Çocuklar aile ortamı içerisinde şımartılma, yetişkinleştirme, evlat ayrımı ve okutulmama gibi psikopatojen dinamiklerin yer aldığı empatiden ve karşılıliktan uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile travmatize edilmektedirler. Bu yanlış

çocuk yetiştirme stilleri zaten evlilik içerisinde disfonksiyonel ve travmatik bir sürecin olduğunun net kanıtıdır ki, bu kanıtlar klinik psikologlar, psikolojik danışmanlar ve adli bilimciler tarafından ivedilikle fark edilmelidir (Öztürk, 2020a).

7. KAYNAKLAR

Abbassi, A., & Aslinia, S. D. (2018). Family Violence, Trauma and Social Learning Theory. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, *38*(1), 16-27.

Adamson, P., Micklewright, J., Schnepf, S., & Wright, A. (2003). *A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. Innocenti Report Card. Issue No. 5*. UNICEF. 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017.

Adıgüzel, O., Batur, H. Z., & Ekşili, N. (2014). Kuşakların Değişen Yüzü ve Y Kuşağı ile Ortaya Çıkan Yeni Çalışma Tarzı: Mobil Yakalılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 165-182.

Ağdemir, S. (1991). Aile ve Eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *1*(1), 1-3. https://doi.org/10.21560/spcd.25017

Ainsworth, M. S. (1979). Infant–Mother Attachment. *American Psychologist*, *34*(10), 932.

Aka, B. (2018). Bebek Patlaması, X Ve Y Kuşağı Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Kamu Ve Özel Sektör Farklılıklarına Göre İncelenmesi: Bir Araştırma. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*, *9*(20).

Akcan, G., & Öztürk, E. (2020). Psikotarihsel açıdan grup dinamikleri ve psikolojisi. Erdinç Öztürk (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde (ss. 45-52). Türkiye Klinikleri.

Akcan, G., Öztürk, E., & Erdoğan, B. (2021). The Investigation Of The Mediating Role Of Coping Strategies on the Relationship Between Childhood Traumas, Depression and Alcohol Use Disorder in University Students. *Journal of Substance Abuse Treatment, 123*, 108305.

Aker, A. T. (2012). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi.

Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *1*(1),

95-119.

Alat, Z., & Alat, K. (2011). Anne Babaların Kızlarını Okutmama Nedenlerine İlişkin Nitel Bir Çalışma. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, *11*(3), 1357-1173.

Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, *17*(1), 27-33.

Alkan, E. Ö., & Şentürk, Ü. (2014). *Parçalanmış Aile Modelindeki Öğrencilerin Eğitimdeki Başarı Durumları (Trabzon Örneği)* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İnönü Üniversitesi, Malatya.

Alpay, E. H., Aydın, A., & Bellur, Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *20*(3), 218-226.

Altundağ, N. (2012). Kuşaktan Kuşağa Tüketim Olgusu ve Geleceğin Tüketici Profili. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, *4*(1), 203-212.

American Psychological Association. (2005). *Let's Talk Facts about Depression*. https://www.ndsu.edu/fileadmin/counseling/APAdepression.pdf

APA. (2008). *Trauma*. Retrieved from: https://www.apa.org/topics/trauma/

Arkar, H. (1992). Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, *5*(1-3), 37-40.

Armağan, E. (2007). Çocuk İhmali ve İstismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir İstismar Olgusu. *New/Yeni Symposium Journal*, *45*(4), 170-173.

Arslan, G., & Balkıs, M. (2016). Ergenlerde Duygusal İstismar, Problem Davranışlar, Öz-Yeterlik ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki. *Sakarya University Journal of Education*, *6*(1), 8-22.

Aslan, Aslan, & Kuruoğlu. (2012). Depresif Duygudurumdan Majör Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri*, *15*(1), 56-64.

Aslan, K. (2002). Değişen Toplumda Aile ve Çocuk Eğitiminde Sorunlar. *Ege Eğitim Dergisi*, *1*(2), 25-33.

Auerhahn, N. C., Laub, D., & Peskin, H. (1993). Psychotherapy With Holocaust Survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 30*(3), 434.

Avşar, A., Karanfil, R., & Keten, A. (2014). Çocukta Fiziksel İstismar Sonucu Ölüm: Olgu Sunumu. *Adli Tıp Dergisi*, *28*(3), 287-293.

Aydın, E. (2018). *Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikolojik Sağlamlık ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü/Klinik Psikoloji.

Aydin, G. Ç., & Başol, O. (2014). X ve Y Kuşağı: Çalışmanın Anlamında Bir Değişme Var Mı? *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, *4*(4), 1-15.

Aydoğdu, H., & Olcay Çam, M. (2013). Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, *4*(3) 137-143.

Ayhan H, Öztürk E. (2021). Aile Psikopatolojisi, Çocuktan Ebeveyne Şiddet ve Postmodern Bir Trend Olarak Sharenting. E. Öztürk (Ed.) *Aile Psikopatolojisi* içinde (ss. 40-66). Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021.

Balcıoğlu, Y. H., & Balcıoğlu, İ. (2018). Dissosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri. Erdinç Öztürk (Ed.), *Ruhsal travma ve dissosiyasyon* içinde (ss. 8-13). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational Transmission of Child Abuse and Neglect: Do Maltreatment Type, Perpetrator, and Substantiation Status Matter? *Child Abuse & Neglect*, *63*, 84-94.

Baştürk, S., & Taştepe, M. (2013). Evren ve örneklem. S. Baştürk (Ed.), *Bilimsel araştırma* içinde (ss. 129-159). Ankara: Vize Yayıncılık.

Baydar, V., Kılıç, C., Serpen, A. S., & Günay, G. (2019). Kadın Düşmanlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Fe Dergi*, *11*(2), 65-77.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 1-24.

Belli, H. (2014). Dissociative Symptoms and Dissociative Disorders Comorbidity in Obsessive Compulsive Disorder: Symptom Screening, Diagnostic Tools and Reflections on Treatment. *World Journal of Clinical Cases: WJCC, 2*(8), 327.

Berkup, S. B. (2014). Working With Generations X and Y in Generation Z Period: Management of Different Generations in Business Life. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, *5*(9), 218-118.

Bernet, & Stein. (1999). Relationship of Childhood Maltreatment to the Onset and Course of Major Depression in Adulthood. *Depression and Anxiety*, *9*(4), 169-174.

Bijl, R. V., Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Psychiatric Disorders in Adult Children of Parents With A History of Psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(1), 7-12.

Bonevski, D., Novotni, A., Raleva, M., & Naumovska, A. (2012). Childhood Abuse and

Level of Manifested Anxiety in Adult Patients With Anxiety Disorder. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, *5*(1), 94-98.

Bowman, E. S., & Markand, O. N. (1996). Psychodynamics and Psychiatric Diagnoses of Pseudoseizure Subjects. *The American Journal of Psychiatry, 153*(1), 57-63.

Brand, B. L., & Lanius, R. A. (2014). Chronic Complex Dissociative Disorders and Borderline Personality Disorder: Disorders of Emotion Dysregulation? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*(1), 1-12.

Brand, B. L., Schielke, H. J., & Brams, J. S. (2017). Assisting The Courts in Understanding and Connecting With Experiences of Disconnection: Addressing Trauma-Related Dissociation As A Forensic Psychologist, Part I. *Psychological Injury and Law*, *10*(4), 283-297.

Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (2011). Attachment and Trauma in Early Childhood: A Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *4*(4), 274-290.

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.

Brothers, D. (2014). Traumatic Attachments: Intergenerational Trauma, Dissociation, and the Analytic Relationship. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 9*(1), 3-15.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1490-1496.

Brown, M. A., Hauschildt, J. P., Casola, G., Gosink, B. B., & Hoyt, D. B. (1999). Intravascular Gas As An Incidental Finding At US After Blunt Abdominal

Trauma. *Radiology*, *210*(2), 405-408.

Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Butler, L. D. (2004). The Dissociations of Everyday Life. *Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(2), 1-11.

Caffo, E., Forresi, B., & Lievers, L. S. (2005). Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(4), 422-428.

Campbell, W. K., Campbell, S. M., Siedor, L. E., & Twenge, J. M. (2015). Generational Differences Are Real and Useful. *Industrial and Organizational Psychology*, *8*(3), 324.

Can, Y. (2014). Türk Ailesinde Aile İçi Şiddetin Kültürel Dinamikleri. *Turkish Studies-International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, *9*(8), 13-19.

Cantekin, D., & Gültekin Akduman, G. (2020). Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları ile Çocuklarının Duygularını Yönetme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *21*(1), 87-92.

Carbone, D. J. (2010). Using Cognitive Therapies to Treat Unstable Attachment Patterns in Adults With Childhood Histories of Social Rejection. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(1), 105-134.

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(12), 1007-1020.

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Anda, V. J., & Edwards, R. F. (2004). Adverse Childhood Experiences and The Risk of Depressive Disorders in Adulthood. *Journal of Affective Disorders*, *82*(2), 217-225.

Ciccarelli, S. K., & White, J. N. (2015). *Psikoloji Bir Keşif Gezintisi* (D. N. Şahin, Çev.; 3. bs). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Clark, S. A. (1993). Matricide: The Schizophrenic Crime? *Medicine, Science and the Law*, *33*(4), 325-328.

Cohen, P. Z. (2019). *Üç Kuşak Kadın Yetişkinin Çocukluk Çağı Travmaları, Dissosiyasyon ve Şiddete Yönelik Tutumları Bakımından İncelenmesi* (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.

Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood Abuse, Neglect and Adult Intimate Relationships: A Prospective Study. *Child Abuse & Neglect*, *28*(11), 1133-1151.

Comijs, H. C., van Exel, E., van der Mast, R. C., Paauw, A., Voshaar, R. O., & Stek, M. L. (2013). Childhood Abuse In Late-Life Depression. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 241-246.

Cort, N. A., Toth, S. L., Cerulli, C., & Rogosch, F. (2011). Maternal Intergenerational Transmission of Childhood Multitype Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *20*(1), 20-39.

Crawford, T. N., Cohen, P., Midlarsky, E., & Brook, J. S. (2001). Internalizing Symptoms in Adolescents: Gender Differences in Vulnerability to Parental Distress and Discord. *Journal of Research on Adolescence*, *11*(1), 95-118.

Curran, E., Adamson, G., Rosato, M., De Cock, P., & Leavey, G. (2018). Profiles of Childhood Trauma and Psychopathology: US National. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(11), 1207-1219.

Çakmak, V., & Koçyiğit, M. (2017). Aksaray Sosyal Bilimler MYO Örneği Üzerinden Aile İçindeki İletişim Kalıplarının İncelenmesi. *Erciyes İletişim Dergisi*, *5*(1), 118-130.

Çeçen, A. R. (2007). Çocuk Cinsel İstismarı: Sıklığı, Etkileri ve Okul Temelli Önleme Yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *4*(1), 1-17.

Çelik, F. G. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). "Majör Depresif Bozukluk" Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, *6*(1), 51-66.

Çelik, F. G. H., & Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, *8*(4), 695-711.

Çetinkaya, B. (2020). Çocuk Koruma ve Bakımı: Annelerin Tutumları Üzerine Bir Araştırma. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, *2*(2), 23-46.

Çetinkaya, H. (2020). *Cinsel İstismar ve Uyuşturucu Madde Suçundan Dolayı Cezaevinde Hükümlü ve Tutuklu Olarak Bulunan Erkeklerde Çocukluk Çağı Travması, Dissosiyasyon ve Suçluluk-Utanç Duygusunun Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Çöpoğlu, M. (2018). Bir Kısır Döngü: Dünyada ve Türkiye'de Çocuk İşçiliği ve İşsizlik. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *6*(5), 671-685.

Danieli, Y. (2007). Assessing Trauma Across Cultures From A Multigenerational Perspective. J. P. Wilson ve C.C. So-Kum Tang (Ed.) *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* içinde (pp. 65-89). Boston, MA: Springer.

Daut, R. A., & Fonken, L. K. (2019). Circadian Regulation of Depression: A Role For Serotonin. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 1-14.

Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is There Intergenerational Transmission of Trauma? The Case of Combat Veterans' Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(3), 281-289.

Dell, P. F. (2002). Dissociative Phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(1), 10-15.

DeMause, L. (1988). On Writing Childhood History. *The Journal of Psychohistory*, *16*(2), 135.

Demirkapı, E. Ş. (2013). *Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Derin, G. (2018). *Kuşaklararası Eksende Psikotarih Temelli Çocuk Yetiştirme Stillerinin Travma, Bağlanma ve Dissosiyasyon Açısından İncelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Psikotarih Temelli Çocuk Yetiştirme Stillerinin Kuşaklararası Travma Geçişi Acısından İncelenmesi. O. Celbiş, (Ed.), *Turaz Akademi 2018* içinde (16-29). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Derin, G., & Öztürk, E. (2020). Ruhsal Travmanın Aktarımında Psikotarihsel Dinamikler. Erdinç Ö. (Ed.) *Psikotarih* içinde (22-32). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Didie, E. R., Tortolani, C. C., Pope, C. G., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child abuse & neglect*, *30*(10), 1105-1115.

Dilbaz, N., & Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz*

Dergisi, *1*(3), 134-138.

Dinleyici, M., & Dağlı, Ş., Figen. (2016). Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi/Osmangazi Journal of Medicine*, *2*(38), 18-27.

Doğan, O. (2010). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmalarında Özgün Bir Örnek: Sivas'ta Yapılan Araştırmaların Önemli Bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği TPD Bülteni*, *13*(1), 12-22.

Donohue, B., Ammerman, R. T., & Zelis, K. (1998). Child Physical Abuse and Neglect. Watson, T. S. ve Gresham, F. M. (Ed). *Handbook of Child Behavior Therapy* içinde (pp. 183-202). Boston, MA: Springer.

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández R., & Middleton, W. (2014). Dissociative Identity Disorder: An Empirical Overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(5), 402-417.

Duschinsky, R., & Solomon, J. (2017). Infant Disorganized Attachment: Clarifying Levels of Analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *22*(4), 524-538.

Düzgün, Ş. (2010). Öğrencilerin Psikolojik Belirtileri İle Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *2*(1-2), 149-162.

Eker, E., & Noyan, A. (2004). Yaşlıda depresyon ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, *2*, 75-83.

Ellickson-Larew, S., Escarfulleri, S., & Wolf, E. J. (2020). The Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder: Forensic Considerations and Recent Controversies. *Psychological Injury and Law*, *13*(2), 178-186.

Erginoğlu, S. E. (2015). *Kardeş İlişkileri, Anne-Baba Tutumları, Davranış ve Uyum Problemlerinin Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans]. Ankara Üniversitesi, Ankara.

Erok, M. (2013). *İlişkilere ilişkin bilişsel çarpıtmalar, ilişkiye dair inançlar, kişilerarası öfke, kişilerarası ilişkiler, problem çözme ve evlilik çatışması* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Ertemel, A. V. ve Aydın, G. (2018). Dijital Ekonomide Teknoloji Bağımlılığı ve Çözüm Önerileri. *Addicta-The Turkish Journal on Addictions, 5*(4), 683-690.

Eskin, M., Kaynak Demir, H., & Demir, S. (2005). Same-Sex Sexual Orientation, Childhood Sexual Abuse, and Suicidal Behavior in University Students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(2), 185-195.

Eyce, B. (2014). Tarihten Günümüze Türk Aile Yapısı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, *1*(4), 223-244.

Fearon, R. P., Bakermans□Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in The Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta□Analytic Study. *Child Development*, *81*(2), 435-456.

Finkelhor, D. (1984). Child Sexual Abuse. *New York*, 186f.

Finkelhor, D. (1987). The Trauma of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *2*(4), 348-366.

Finzi-Dottan, R., & Harel, G. (2014). Parents' Potential for Child Abuse: An Intergenerational Perspective. *Journal of Family Violence, 29*(4), 397-408.

Fitch, K. D. (2002). *The İnfluence of Culture and Social Support On Postpartum Depression*. Alliant International University, San Francisco Bay.

Folger, A. T., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Peugh, J. L., Eismann, E. A., Sa, T., Judith B. Van Ginkel, & Ammerman, R. T. (2017). Maternal Interpersonal Trauma and Child

Social□Emotional Development: An Intergenerational Effect. *Pediatric And Perinatal Epidemiology,* 31(2), 99-107.

Frewen, P., Brown, M., DePierro, J., D'Andrea, W., & Schore, A. (2015). Assessing The Family Dynamics of Childhood Maltreatment History With The Childhood Attachment and Relational Trauma Screen (CARTS). *European Journal of Psychotraumatology,* 6(1), 27792.

Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression Sum-Scores Don't Add Up: Why Analyzing Specific Depression Symptoms Is Essential. *BMC Medicine*, *13*(1), 1-11.

Fung, H. W., Chan, C., Ross, C. A., & Choi, T. M. (2020). A Preliminary Investigation of Depression In People With Pathological Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-15.

Gauthier, L., Stollak, G., Messé, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of Childhood Neglect and Physical Abuse As Differential Predictors of Current Psychological Functioning. *Child Abuse & Neglect*, *20*(7), 549-559.

Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2010). *Psychology and life*. Pearson College Division.

Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological bulletin*, *120*(1), 42.

Goldgehn, L. A. (2004). Generation Who, What, Y? What You Need To Know About Generation Y. *International Journal of Educational Advancement*, *5*(1), 24-34.

Goldsmith, R. E., & Freyd, J. J. (2005). Awareness for Emotional Abuse. *Journal of Emotional Abuse*, *5*(1), 95-123.

Gross, A. B., & Keller, H. R. (1992). Long□term Consequences of Childhood Physical and Psychological Maltreatment. *Aggressive Behavior*, *18*(3), 171-185.

Güloğlu, B., Karaırmak, Ö., & Emiral, E. (2016). Çocukluk Çağı Travmalarının Tinsellik ve Affetme Üzerindeki Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *17*(4), 309-316.

Gürbüz, S. (2015). Kuşak Farklılıkları: Mit Mi, Gerçek Mi? *İş ve İnsan Dergisi*, *2*(1), 39-57.

Gürses, İ., & Kilavuz, M. A. (2011). Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *20*(2), 153-166.

Hall, S. E. K., & Geher, G. (2003). Behavioral and Personality Characteristics of Children With Reactive Attachment Disorder. *The Journal of Psychology*, *137*(2), 145-162.

Hansen, D. J., Sedlar, G., & Warner-Rogers, J. E. (1999). Child Physical Abuse. R. T. Ammerman ve M. Hersen (Ed.) *Assesment of Family Violence: A Clinical and Legal Sourcebook* içinde (ss. 127-156). New York: John Wiley & Sons Inc. (2. baskı).

Irwin, H. (1999). Pathological and Nonpathological Dissociation: The Relevance of Childhood Trauma. *The Journal of Psychology*, *133*(2), 157-164.

Kahraman, M. S., & Çokamay, G. (2016). Aile İçi Şiddet ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri: Temel Kavramlar, Güvenlik Planı Hazırlama ve Alternatif Tedavi Model Örnekleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, *8*(4), 321-336.

Kalkman, H. O. (2019). Novel Treatment Targets Based on Insights In The Etiology of Depression: Role Of IL-6 Trans-Signaling and Stress-Induced Elevation Of Glutamate and ATP. *Pharmaceuticals*, *12*(3), 113-136.

Kalyencioğlu, D., & Kutlu, Y. (2010). Ergenlerin Aile İşlevi Algılarına Göre Uyum Düzeyleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *18*(2), 56-62.

Kamışlı, S., Terzioğlu, C., & Bozdağ, G. (2021). İnfertil Kadınların Ruhsal Durumları: Umutsuzluk, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *12*(1), 43-49.

Kandır, A., & Alpan, U. Y. (2008). Okul Öncesi Dönemde Sosyal-Duygusal Gelişime Anne-Baba Davranışlarının Etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *14*(14), 33-38.

Karakaya, A., Çakmakkaya, B. Y., Akpınar, T., & Yılmaz, Y. (2021). Çocukluk Çağı Travmaları Bağlamında Suçun Önlenmesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(1), 195-204.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, *45*(2), 65-74.

Karasar, N. (2020). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler*. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.

Kaya Kılıç, A., & Tekin, H. H. (2019). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Korunmaya Muhtaç Çocuk Birimlerinde İhmal ve İstismar Vakalarına Verilen Hizmetlerin Niteliğine İlişkin Görüşleri. *Journal of Society & Social Work*, *30*(3), 843-865.

Kaya, A., Bozaslan, H., & Genç, G. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Anne-Baba Tutumlarının Problem Çözme Becerilerine, Sosyal Kaygı Düzeylerine ve Akademik Başarılarına Etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (18), 208-225.

Kaya, Ç. (2016). Kontrol Odağı ve Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, *12*(46), 81-96.

Kaya, M. (1997). Ailede Anne-Baba Tutumlarının Çocuğun Kişilik ve Benlik Gelişimindeki Rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *9*(9), 193-204.

Keeshin, B. R., & Dubowitz, H. (2013). Childhood Neglect: The Role of The Paediatrician. *Paediatrics & Child Health*, *18*(8), 39-43.

Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2020). An Extended Swedish National Adoption Study of Bipolar Disorder İllness and Cross-Generational Familial Association With Schizophrenia and Major Depression. *JAMA psychiatry*, *77*(8), 814-822.

Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(2), 321-342.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-1160.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., & Angiulo, M. J. (1994). Dissociative Tendencies and Dissociative Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 117-124.

Kılıç, F., Coşkun, M., Bozkurt, H., Kaya, İ., & Zoroğlu, S. (2017). Self-injury and Suicide Attempt in Relation With Trauma and Dissociation Among Adolescents With Dissociative and Non-Dissociative Disorders. *Psychiatry Investigation, 14*(2), 172-178.

Kivrikoğlu, F., Güllü, D., & Kulkara, N. S. (2020). Bir Adli Tıp Olgusu Olarak İntiharın Psikanalitik Bakış Açısı ile İncelenmesi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, *3*(6), 45-50.

Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and The Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(4), 505-525.

Kolko, D. J., & Berkout, O. V. (2017). Child Physical Abuse. S. N. Gold (Ed.) *APA Handbook of Trauma Psychology: Foundations in Knowledge, Vol. 1* içinde (pp. 99-115). American Psychological Association.

Kong, S. S., Kang, D. R., Oh, M. J., & Kim, N. H. (2018). Attachment Insecurity As A Mediator of The Relationship Between Childhood Trauma and Adult Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(2), 214-231.

Kotch, J. B., Lewis, T., Hussey, J. M., English, D., Thompson, R., Litrownik, A. J., & Dubowitz, h. (2). Importance of Early Neglect for Childhood Aggression. *Pediatrics*, *121*(4), 725-731.

Kraepelin, E. (1896). Psychiatrie. *Ein Lehrbuch fur Stidierende und Aerzte*.

Kring, Johnson, Davison, & Neale. (2014). *Anormal Psikoloji* (çev., M. Şahin). İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The World Report on Violence and Health. *The Lancet*, *360*(9339), 1083-1088.

Krysińska, K., & Lester, D. (2006). The Contribution of Psychology to The Study of The Holocaust. *Dialogue and Universalism, 16*(5/6), 141-156.

Küçükçelik, Z. M. (2015). *İlişkiye Dair İnançlar ve Bilişsel Çarpıtmaların Evlilik Uyumuna Etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.

Kulaksızoğlu, A. (2004). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kurtuluş, K. (2010). *Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Kuyucu, M. (2017). Y kuşağı ve Teknoloji: Y Kuşağının İletişim Teknolojilerini Kullanım Alışkanlıkları. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 5*(2), 845-872.

Krüger, C., & Fletcher, L. (2017). Predicting a dissociative disorder from type of childhood maltreatment and abuser–abused relational tie. *Journal of Trauma & Dissociation*, *18*(3), 356-372.

Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Childhood Sexual Abuse and Attachment: An Intergenerational Perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*(3), 407-422.

LaFrance Jr, W. C., Reuber, M., & Goldstein, L. H. (2013). Management of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Epilepsia*, *54*(1), 53-67.

Lahousen, Unterrainer, & Kapfhammer. (2019). Psychobiology of Attachment and Trauma-Some General Remarks From A Clinical Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 1-15.

Lapping, C. (2019). Mourning and Melancholia. *Routledge Handbook of Psychoanalytic Political Theory,* 1-16.

Lapsley, D. K., Vashney, N. M. & Aalsma, M. C. (2000). Pathological Attachment and Attachment Style in Lateadolescence. *Journal of Adolescence*, 23 (2), 137-155.

Leahy, R. L. (2004). *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları.* (çev., Hasan Hacak, Muhittin Macit, Ferruh Özpilavcı) İstanbul: Litera Yayıncılık.

Lebowitz, E. R., Leckman, J. F., Silverman, W. K., & Feldman, R. (2016). Cross-generational Influences On Childhood Anxiety Disorders: Pathways and Mechanisms. *Journal of Neural Transmission*, *123*(9), 1053-1067.

Lefley, H. (2005). From Family Trauma To Family Support System. J. G. Gunderson ve P. D. Hoffman (Ed.) *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide For Families* içinde (ss. 131-150), American Psychiatric Publishing.

Lev–Wiesel, R. (2007). Intergenerational Transmission of Trauma Across Three Generations: A Preliminary Study. *Qualitative Social Work: Research and Practice, 6*(1), 75–94.

Loewenstein, R. J. (1996). Dissociative Amnesia and Dissociative Fugue. *Handbook of Dissociation*, 307-336.

Loewenstein, R. J., & Putnam, F. W. (2004). Dissociative Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, *8*, 1844-1901.

Lohoff, W. F. (2010). Overview of The Genetics of Major Depressive Disorder. *Curr*

Psychiatry Rep, 12(6), 539-546.

Lu, W., Mueser, K. T., Shami, A., Siglag, M., Petrides, G., Schoepp, E., Putts, M. & Saltz, J. (2011). Post-traumatic Reactions To Psychosis In People With Multiple Psychotic Episodes. *Schizophrenia Research*, *127*(1-3), 66-75.

Lunkenheimer, E. S., Olson, S. L., Hollenstein, T., Sameroff, A. J., & Winter, C. (2011). Dyadic Flexibility and Positive Affect ın Parent–Child Coregulation and The Development of Child Behavior Problems. *Development and Psychopathology*, *23*(2), 577-591.

Lyons□Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless□fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *25*(4), 318-335.

Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The Role of Specific Early Trauma In Adult Depression: A Meta-Analysis of Published Literature. Childhood Trauma and Adult Depression. *European Psychiatry*, *30*(6), 665-680.

McGuigan, W. M., Luchette, J. A., & Atterholt, R. (2018). Physical Neglect In Childhood As A Predictor of Violent Behavior In Adolescent Males. *Child Abuse & Neglect*, *79*, 395-400.

Mertens, Y. L., Racioppi, A., Sheinbaum, T., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2021). Dissociation and Insecure Attachment As Mediators of The Relation Between Childhood Emotional Abuse and Nonclinical Paranoid Traits. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1-14.

Miller, R. W., & Seligman, M. E. P. (1975). Depression and Learned Helplessness In Man. *Journal of Abnormal Psychology*, *84*(3), 228-238.

Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B. & Rossi, N. (2004). Adult Attachment Style and

Alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *36(3)*, 499-507.

Moskowitz, A., Onnovan der Hart, Ellert RS Nijenhuis, & Kathy Steele. (2007). The Haunted Self: Structural Dissociation and The Treatment Of Chronic Traumatization. *The British Journal of Psychiatry, 191*(6), 571-572.

Mücevher, M. H., & Erdem, R. (2018). X Kuşağı Akademisyenler ile Y Kuşağı Öğrencilerin Birbirlerine Karşı Algıları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9*(22), 60-74.

Muller, R. T., Gragtmans, K., & Baker, R. (2008). Childhood Physical Abuse, Attachment, and Adult Social Support: Test of A Mediational Model. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 40*(2), 80–89.

Mulvihill, D. (2005). The health impact of childhood trauma: An interdisciplinary review, 1997-2003. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *28*(2), 115-136.

Najavits, L. M., & Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and Substance Abuse: An Empirical Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, *13*(1), 115-126.

Nakash-Eisikovits, O. R., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship Between Attachment Patterns and Personality Pathology In Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(9), 1111-1123.

Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression In Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 1-11.

Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2001). Intergenerational Cycle of Maltreatment: A Popular Concept Obscured By Methodological Limitations. *Child Abuse & Neglect*, *25*(9), 1219-1240.

Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation In Trauma: A New Definition and

Comparison With Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(4), 416-445.

Öç, Ö. Y., Şişmanlar, Ş. G., Ağaoğlu, B., Tural, Ü., Önder, E., & Karakaya, I. (2006). Anne-babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, *9*(1), 123-130.

Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., & Black, N. (2017). Canadian Men's Perspectives of Depression: Awareness and İntention to Seek Help. *American Journal of Men's Health*, *11*(4), 877-879.

Öğüt-Eker, G. (2001). Yazılı Kaynaklarda Türk Ailesi. *Erdem*, *13*(37), 131-158.

Öngider, N. (2013). Anne-baba İle Okul Öncesi Çocuk Arasındaki İlişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *5*(4), 420-440.

Ornella Montebarocci, Maurizio Codispoti, Bruno Baldaro, & Nicola Rossi. (2004). Adult Attachment Style and Alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *36*, 499-507.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğullari, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ve Psikopatoloji İle İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(2), 130-136.

Ossetin, J. (1992). Abnormal Psychology-patterns Issues and Interventions. *Behaviour Research and Therapy, 30*(1), 90-91.

Otte, G., Gold, M. S., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major Depressive Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *2*(1), 1-20.

Özaydınlık, K. (2014). Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye'de Kadın ve Eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (33), 93-112.

Özden, M. Ş. (2018). Travma ve Dissosiyatif Bozukluklar: Genel Bir Bakış. *Bartın*

Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, *3*(3), 71-76.

Özen, Y. (2017). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal of Social Science*, *1*(2), 104-117.

Özmen, S. K. (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *37*(2), 27-39.

Özsoy, E. (2019). Tek Maddeli Narsisizm Ölçeği'nin Kısıtları ve Eleştirileri. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *4*(1), 354-370.

Öztürk E., & Şar, V. (2006). "Apparently Normal" Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *J Trauma Practice, 4*(3-4): 287-303.

Öztürk, A. B. (2009). Çocuğun Cinsel İstismarı ve Aileyle Çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 20*(2), 89-98.

Öztürk, E. (2003). *Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı.* [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi Ve Aile Dinamikleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, E. (2018a). Psikotarih Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon, O. Celbiş, (Ed.). *Turaz Akademi 2018 içinde* (1.Baskı) (92-106). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Öztürk, E. (2018b). Travma Merkezli Alyans Model Terapi: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal travma ve dissosiyasyon* içinde (ss. 31-38). Ankara: Türkiye Klinikleri.

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

Öztürk, E. (2021a). Disfonksiyonel Aile Modellerinden Fonksiyonel Aile Modeline: "Doğal vVe Rehber Ebeveynlik Stili". E. Öztürk (Ed.), *Aile Psikopatolojisi* içinde (ss. 1-39). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2021b). Trauma Based Alliance Model Therapy. *Medicine-Science, 10*(2), 631-50.

Öztürk, E., & Derin, G. (2021). Dissosiyatif Bozukluklarda Kendine Zarar Verme Davranışları ve İntihar Eğilimleri: Travma Perspektifinden Psikoterapötik Bir Değerlendirme. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 7*(1), 9-31.

Öztürk, E., (2020b). Psikotarih, Travma ve Dissosiyasyon: Çocukluk Çağı Travmaları, Savaşlar ve Dissosiyasyonun Anemnezi. E. Öztürk (Ed.) *Psikotarih* içinde (ss.1-21), Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Derin, G. (2021). Psychotraumatology and Dissociation: A Theoretical and Clinical Approach. *Medicine-Science*, *10*(1), 246-254.

Paananen, R., Tuulio-Henriksson, A., Merikukka, M., & Gissler, M. (2021). Intergenerational Transmission of Psychiatric Disorders: The 1987 Finnish Birth Cohort Study. *European child & adolescent psychiatry*, *30*(3), 381-389.

Pad, R., & Dauphin, V. B. (2018). Pampering/Spoiling. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences,* 1-4.

Palabiyikoğlu, R., Azizoğlu, S., Özayar, H., & Ercan, A. (1993). İntihar Girişimlerinde Bulunanların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, *1*(2), 1-7.

Patten, Williams, Lavorato, Wang, McDonald, & Bulloch. (2015). Descriptive Epidemiology of Major Depressive Disorder In Canada In 2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(1), 23-30.

Paykel, E. S. (2008). Basic Concepts of Depression. *Dialogues in clinical neuroscience, 10*(3).

Pederson, C. L., & Wilson, J. F. (2009). Childhood Emotional Neglect Related To Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Body Mass Index In Adult Women. *Psychological Reports*, *105*(1), 111-126.

Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *9*(1), 49-62.

Peyrot, W. J., Milaneschi, Y., Abdellaoui, A., Sullivan, P. F., Hottenga, J. J., Boomsma, D. I., & Penninx, B. W. (2014). Effect of Polygenic Risk Scores on Depression In Childhood Trauma. *The British Journal of Psychiatry, 205*(2), 113-119.

Prager, J. (2003). Lost childhood, Lost Generations: The Intergenerational Transmission of Trauma. *Journal of Human Rights, 2*(2), 173-181.

Reisner, S. L., Katz-Wise, S. L., Gordon, A. R., Corliss, H. L., & Austin, S. B. (2016). Social Epidemiology of Depression and Anxiety By Gender Identity. *Journal of Adolescent Health, 59*(2), 203–208.

Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for Chronic Depression Using Schema Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(2), 166-180.

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, A. (2012). Introduction to Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, Evidence, and Implications. *Journal of Family Theory & Review*, *2*(1), 73-87.

Ross, C. A., & Ness, L. (2010). Symptom Patterns In Dissociative İdentity Disorder Patients and The General Population. *Journal of Trauma & Dissociation*, *11*(4), 458-468.

Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general

population. *American Journal of Psychiatry*, *147*(11), 1547-1552.

Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for İnternal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1-28.

Saatçioğlu, Ö., Türkcan, S., Işıklı, & Uygur. (1996). Tutuklularda Depresyon. *Düşünen Adam*, *9*(1), 25-30.

Sağlam, M., & Aral, N. (2016). Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları. *Çocuk ve Medeniyet*, *1*(2), 43-56.

Sağlam, M., Ulutaş, A., Çalışkan, Z., & Aral, N. (2016). *Aile İçi Şiddetin Erken Çocukluk Dönemindeki Çocuğa Etkileri*. Uluslararası Kadın 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli.

Soner, S., & Aykut, S. (2017). Dissosiyatif kimlik bozukluğu temelinde sosyal bir sorun: ensest ve sosyal hizmet. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, *1*(2), 129-141.

Şar, V. (1998). Dissosiyatif Kimlik Bozuklugu: Tam ve Nozolojik Sorunlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *1*(1), 13-21.

Şar, V. (2013). Psikiyatri. Dissosiyatif Bozukluklar (Dissociative Disorders) (Editor: Raşit Tükel, Sibel Çakır) Ankara: Nobel Kitapçılık.

Şar, V. (2017). Dissosiyatif Bozukluklar. O. Karamustafalıoğlu (Ed.), *Temel ve Klinik Psikiyatri* içinde (ss. 453-460). Güneş Tıp Kitabevi.

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., & Ross, C. (2006). Dissociative Disorders As A Confounding Factor In Psychiatric Research. *Psychiatry Clinic North America*, *29*(1), 129-144.

Şar, V., Akyüz, G., Öztürk, E., & Alioğlu, F. (2013). Dissociative Depression Among Women

In The Community. *Journal of Trauma & Dissociation*, *14(4)*, 423-438.

Şar, V., Kundakçı, T., & Kızıltan, E. (1997). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DES-II) Geçerlik ve Güvenilirliği. 33. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya*, 55-64.

Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, *32*(4), 1054-1063.

Sawyer, K. M., Zunszain, P. A., Dazzan, P., & Pariante, C. M. (2019). Intergenerational Transmission of Depression: Clinical Observations and Molecular Mechanisms. *Molecular psychiatry*, *24*(8), 1157-1177.

Sayın, A. A. (2016). *Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler* [Tıpta uzmanlık tezi]. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.

Scheflin, A. W., & Brown, D. (1996). Repressed Memory or Dissociative Amnesia: What The Science Says. *The Journal of Psychiatry & Law*, *24*(2), 143-188.

Seligman, M. E. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, *23*(1), 407-412.

Şenkal, İ., & Işıklı, S. (2015). Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri İle İlişkisi: Aleksitiminin Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *26*(4), 261-67.

Şenturan, Ş., Köse, A., Dertli, E., Başak, S., & Şentürk, N. (2016). X ve Y Kuşağı Yöneticilerinin İş Değerleri Algısı ve Farklılıkları Üzerine İnceleme. *Business & Economics Research Journal*, *7*(3), 171-182.

Sevinç Yalçın, Ç. P., & Öztürk, E. (2018). Travma Sonrası Zamanın Donması ve Travmanın Nesiller Arası Aktarımı. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *3*(1), 21-28.

Sharma, B. R. (2003). Clinical Forensic Medicine–Management of Crime Victims From Trauma to Trial. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, *10*(4), 267-273.

Sharma, R. (2013). The Family and Family Structure Classification Redefined for The Current Times. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *2*(4), 306-310.

Shemmings, D., & Shemmings, Y. (2011). *Understanding Disorganized Attachment: Theory and Practice for Working With Children and Adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Toward A More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *43*(2), 202-210.

Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., & Blumberg, H. P. (2012). Childhood Abuse and Neglect and Cognitive Flexibility In Adolescents. *Child Neuropsychology*, *18*(2), 182-189.

Spiegel, D. (1988). Dissociation and Hypnosis In Post□Traumatic Stress Disorders. *Journal of Traumatic Stress*, *1*(1), 17-33.

Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated Experience: The Dissociative Disorders Revisited. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 366-378.

Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term Physical and Mental Health Consequences of Childhood Physical Abuse: Results From A Large Population-Based Sample of Men and Women. *Child Abuse & Neglect*, *31*(5), 517-530.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk Factors In Child Maltreatment: A Meta-Analytic Review of The Literature. *Aggression and Violent Behavior*, *14*(1), 13-29.

St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M. (2019). Intergenerational Continuity/Discontinuity of Child Maltreatment Among Low-Income Mother-Child Dyads: The Roles Of Childhood Maltreatment Characteristics, Maternal Psychological Functioning, and Family Ecology. *Development and Psychopathology*, *31*(1), 189-202.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The Neglect of Child Neglect: A Meta-Analytic Review of The Prevalence of Neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(3), 345-355.

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around The World. *Child Maltreatment*, *16*(2), 79-101.

Taş, H. Y., & Kaçar, S. (2019). X, Y ve Z Kuşağı Çalışanlarının Yönetim Tarzları ve Bir İşletme Örneği. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, *11*(18), 643-675.

Taşkent, A. (2010). *Alkol ve/veya Madde Bağımlıları İle Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Terr, L. (1994). *Unchained Memories. True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found*. New York: Basic Books.

Tınaz, D. (1999). Gerçek Bir Mit: Normal Aile. *Yaşadıkça Eğitim,* (61), 32-61.

Tokdemir, K. (2019). Kötü Kadın/İyi Kadın Zıtlığı: Batı ve Doğu Masallarında Cadı Prototipinin İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, *3*(1), 38-50.

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik*

Bülteni, *3*(4), 76-80.

Topdemir, C. (2016). İstismar Mağduru Çocuğun Korunmasında Bir Uygulama: Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM). *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (43), 1-25.

Tuna, E. (2018) Haset ve Kıskançlığın Tanımlanması ve Klinik Görünümü. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, *58*(2), 1751-1767.

Tunçeli, H. İ., & Zembat, R. (2017). Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Değerlendirilmesi ve Önemi. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, *3*(3), 1-12.

Turhan, E., Sangun, Ö., & İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Kaynak STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *15*(9), 153-157.

Türk Dil Kurumu. İçinde *TDK*. https://sozluk.gov.tr/

Türk, A. (2017). *Y Kuşağı*. Kafekültür Yayıncılık, İstanbul.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası- Ailenin Korunması ve Çocuk Hakları Madde 41, Madde 41 Ailenin Korunması ve Çocuk Hakları 8 (2010).

Türkmen, U. (2016). Konservatuvar Öğrencilerinde Görülen Frustrasyon Neticelerinin Değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *18*(2), 183-197.

Turla, A. (2002). Çocuk İstismarı ve İhtimali Olgularında Tıbbi Yaklaşım. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, *19*(4), 291-300.

Tutgun-Ünal, A., & Deniz, L. (2020). Sosyal Medya Kuşaklarının Sosyal Medya Kullanım Seviyeleri ve Tercihleri. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, *15*(22), 1289-1319.

Tutkun, H., Sar, V., Yargıç, L. I., Özpulat, T., Yanık, M., & Kızıltan, E. (1998). Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients In A Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, *155*(6), 800-805.

Tüzün, O., & Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, *19*(1), 24-39.

Türk, A. (2013). *Y kuşağı*. Kafekültür Yayıncılık.

Uğurlu, Z., & Gülsen, İ. (2014). Çocuk Hakları ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, *1*(1), 1-24.

Ünal, V. (2013). Geleneksel Geniş Aileden Çekirdek Aileye Geçiş Sürecinde Boşanma Sorunu ve Din. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *6*(26), 588-603.

Unger, J. A. M., & De Luca, R. V. (2014). The Relationship Between Childhood Physical Abuse and Adult Attachment Styles. *Journal of Family Violence, 29*(3), 223-234.

Ünsal, A. (1998). Çocuk İstismar ve İhmalinde Önemli Bir Etmen Olarak Aile. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *14*(3), 301-315.

Uslu, R., & Berksun, O. e. (1993). Yas ve Melankoli. *Kriz Dergisi*, *1*(2), 1-6.

Üstündağ, M. F., Yılmaz, E. D., Uğur, K., Ünal, Ö., Herdem, A., Aydın, O., & Aydemir, O. (2020). Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Bireysel Farklılıkları Üzerine Dokuz Tip Mizaç Modeli Odaklı Bir İnceleme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *23*(3), 333-343.

Uytun, M. Ç., Durmuş, R., & Öztop, D. B. (2014). Dissosiyatif Bozuklukta Tanı ve Ayırıcı Tanı: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *17*(1), 41-48.

Valentino, K., Nuttall, A. K., Comas, M., Borkowski, J. G., & Akai, C. E. (2012). Intergenerational Continuity of Child Abuse Among Adolescent Mothers: Authoritarian Parenting, Community Violence and Race. *Child Maltreatment*, *17*(2), 172-181.

Vermetten, E., & Spiegel, D. (2014). Trauma and Dissociation: Implications For Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, *16*, 434-444.

Vural, A. P., Taneli, S., & Taneli, Y. (2002). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerde Ailesel Özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *9*(3), 172-177.

Wark, M. J., Kruczek, T., & Boley, A. (2003). Emotional Neglect and Family Structure: Impact On Student Functioning. *Child Abuse & Neglect*, *27*(9), 1033-1043.

Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., & Penninx, B. W. (2009). The İmportance of Childhood Trauma and Childhood Life Events for Chronicity of Depression In Adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(7), 983-989.

World Health Organization (2001). The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

World Health Organization Classification of Mental and Behavioural Disorders. (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf.

Yanardağ, M. Z., & Şahin, D. S. (2019). Yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine bir inceleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *30*(1), 37-55.

Yazgan İnanç, B., Bilgin, M., & Kılıç Atıcı, M. (2007). Gelişim psikolojisi, çocuk ve ergen psikolojisi. *Ankara: Pegem A. Yayıncılık*.

Yiğit, E., & Günüç, S. (2020). Çocukların Dijital Oyun Bağımlılığına Göre Aile Profillerinin Belirlenmesi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *17*(1), 144-174.

Yıldızhan, E. (2017). Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, *22*(1), 66-72.

Zara, A. (2018). Kolektif Travma Döngüsü: Kolektif Travmalarda Uzlaşma, Bağışlama ve Onarıcı Adaletin İyileştirici Rolü. *Klinik Psikiyatri*, *21*, 301-311.