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

Danışman
Prof. Dr. ERDİNÇ ÖZTÜRK

SİLAH BULUNDURMA RUHSATI OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE SAVUNMA MEKANİZMALARI, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON ÖRNEKLEMİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AKIN KONGUR

İSTANBUL, 2022

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

Danışman
Prof. Dr. ERDİNÇ ÖZTÜRK

SİLAH BULUNDURMA RUHSATI OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE SAVUNMA MEKANİZMALARI, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON ÖRNEKLEMİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AKIN KONGUR

İSTANBUL, 2022

SİLAH BULUNDURMA RUHSATI OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE SAVUNMA MEKANİZMALARI, DİSSOSİYATİF YAŞANTILARI VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TRABZON ÖRNEKLEMİ

Akın KONGUR

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

Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ÖZET

Günümüzde bireysel silahlanma ve silah bulundurma odaklı bilimsel çalışmalar genellikle klinik adli psikoloji ve psikotravmatoloji kuram ve paradigmaları ekseninde yürütülmektedir. Bu tez çalışmasının temel amacı, silah bulundurma ruhsatı bulunan bireylerin çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmamızın örneklemi, 2021-2022 tarihlerinde Trabzon ilinde yaşayan ve silah bulundurma ruhsatı olan 150 kişi (deney grubu) ile Trabzon ilinde yaşayan ve silah bulundurma ruhsatı olmayan 150 kişiden (kontrol grubu) oluşmaktadır. Kongur & Öztürk tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi ve Kendine Zarar Verme Davranışlarını Değerlendirme Envanteri olmak üzere beş adet veri toplama aracı katılımcılarla görüşülerek yüz yüze uygulanmıştır. Deney grubunun çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları, immatür savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışları kontrol grubuna göre daha yüksekken, olgun savunma mekanizmaları ise daha düşüktür. Deney grubunun 79 (%52.66)'unun, kontrol grubunun ise 56 (%37.74)'sının DES kesme puanı 30 ve üzeri tespit edilmiş olup bu sonuç patolojik

düzeyde dissosiyatif yaşantıların varlığına işaret etmektedir. DES kesme puanı 30 ve üzeri olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları ve savunma mekanizmaları toplam puanları, DES kesme puanı 30'un altında olanlara göre istatiksel açıdan daha yüksektir. İntihar etmeyi düşünen bireylerin çocukluk çağı travmaları, immatür savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışları intihar etmeyi düşünmeyenlere göre daha yüksekken, nevrotik ve olgun savunma mekanizmaları ise daha düşüktür. Sonuç olarak hem deney grubunun hem de kontrol grubunun travmatize ve dissosiye olduğu görülmekte olup özellikle silah bulunduran bireylerle travma odaklı daha fazla sayıda bilimsel çalışmanın yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Silah; silah bulundurma ruhsatı; çocukluk çağı travmaları; dissosiyatif yaşantılar; savunma mekanizmaları; kendine zarar verme davranışları

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS AND DEFENSE MECHANISMS, DISSOCIATIVE EXPERIENCES AND SELF-HARMING BEHAVIORS OF INDIVIDUALS WITH A POSSESS GUN LICENSE: THE TRABZON SAMPLE

Akın KONGUR

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

Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ABSTRACT

Today, scientific studies focused on individual armament and possess gun are generally carried out in the axis of clinical forensic psychology and psychotraumatology theories and paradigms. The main purpose of this thesis study is to evaluate the relationship between childhood traumas and defense mechanisms, dissociative experiences and self-harming behaviors of individuals with a possess gun license. The sample of our study consists of 150 people living in Trabzon with a possess gun license (experimental group) and a control group of 150 people living in Trabzon without a possess gun license (control group) between 2021-2022. Five data collection tools, namely Personal Information Form by Kongur & Öztürk, Childhood Trauma Questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Defense Style Questionnaire and Inventory of Statements About Self-injury, were administered face-to-face with participants. While childhood traumas, dissociative experiences, immature defense mechanisms and self-harming behaviors of the experimental group were higher than the control group, mature defense mechanisms were lower. DES cut-off score of 79 (52.66%) of the experimental group and 56 (37.74%) of the control group was found to be 30 and above,

and this result indicates the presence of pathological dissociative experiences. Childhood traumas, self-harming behaviors and defense mechanisms of those with a DES cut-off score of 30 and above are statistically higher than those with a DES cut-off score of less than 30. Childhood traumas, immature defense mechanisms and self-harming behaviors of those who think about suicide are higher than those who do not think about suicide, while neurotic defense mechanisms and mature defense mechanisms are lower. As a result, it is seen that both the experimental group and the control group are traumatized and dissociated, and it is recommended to conduct more trauma-focused scientific studies, especially with individuals with possess guns.

Keywords: Gun; possess gun license; childhood traumas; dissociative experiences; defense mechanisms; self-harming behaviors

ÖNSÖZ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır.

Yüksek lisans tez çalışmamda bana her daim yol gösteren, akademik desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve gerek klinik psikoloji gerekse adli psikoloji alanlarındaki hem engin psikotravmatoloji bilgisi hem de modern psikotarih teorileriyle ufkumu açan Danışmanım; İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü ve Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Erdinç Öztürk'e emeği ve tezime yaptığı bütün değerli katkıları için teşekkürü bir borç bilirim.

Tez sürecimde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Öğr. Gör. Uzm. Psk. Görkem Derin'e teşekkür ederim. Öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum ve bütün yüksek lisans eğitimimde katkı sağlayan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü'nde bulunan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Var olduğum andan itibaren hem maddi hem manevi olarak eğitim hayatımı destekleyen başta kardeşim İrem Nur Kongur olmak üzere aileme sonsuz teşekkürler. Ek olarak uzmanlığımı göremeden vefat etmiş olan babaannem ve dedemi burdan saygıyla ve özlemle anıyorum…

Psk. Akın KONGUR

Haziran 2022, İstanbul

İÇİNDEKİLER

ÖZET iii
ABSTRACT v
ÖNSÖZ vii
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ xiii
KISALTMALAR xv
1.GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 7
2.1 Silah Bulundurma Ruhsatı 7
2.1.1 Türkiye'de ve Dünyada Bireysel Silahlanma 7
2.1.2. Bireysel Silahlanmanın Birey ve Toplum Üzerindeki Psikolojik Etkileri 8
2.1.3. İnsanları Bireysel Silahlanmaya Yönelten Faktörler 10
2.1.4. Psikotravmatolojik Açıdan Bireysel Silahlanma 11
2.1.5. Adli Psikiyatrik Açıdan Silahlı Şiddet Olayları 13
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları 13
2.2.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri 15
2.2.1.1. Fiziksel İhmal 15
2.2.1.2. Duygusal İhmal 16
2.2.1.3. Fiziksel İstismar 16
2.2.1.4. Duygusal İstismar 17
2.2.1.5. Cinsel İstismar 18
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi 19
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojik Faktörleri 20
2.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi 22
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar 23
2.2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 23

2.2.5.2. Dissosiyatif Bozukluklar 24
2.2.5.3. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar 25
2.2.5.4. Depresyon Bozuklukları 26
2.2.5.5. Bipolar Bozukluk 26
2.2.5.6. Anksiyete Bozuklukları 27
2.2.5.7. Obsesif-Kompulsif Bozukluk 27
2.2.5.8. Yeme Bozuklukları 28
2.2.5.9. Uyku Bozuklukları 28
2.2.5.10. Madde Kötüye Kullanım Bozuklukları 29
2.2.5.11.Borderline Kişilik Bozukluğu 29
2.3. Dissosiyasyon ve Dissosiyatif Bozukluklar 30
2.3.1. Dissosiyatif Bozuklukların Tarihçesi 32
2.3.2. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi 33
2.3.3. Dissosiyatif Bozuklukların Eştanıları 34
2.3.4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi 36
2.3.5. DSM Tanı Kategorilerinde Dissosiyatif Bozukluklar 37
2.3.6. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar 38
2.3.7. Dissosiyatif Bozuklukların Tedavisi 44
2.4. Kendine Zarar Verme Davranışı 45
2.4.1. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Sınıflandırılması 46
2.4.1.1. Majör Kendine Zarar Verme Davranışı 46
2.4.1.2. Stereotipik Kendine Zarar Verme Davranışı 46
2.4.1.3. Kompulsif Kendine Zarar Verme Davranışı 47
2.4.1.4. İmpulsif Kendine Zarar Verme Davranışı 47
2.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışının Tarihçesi 48
2.4.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Epidemiyolojisi 48
2.4.4. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Etiyolojisi 49

2.4.4.1. Biyolojik Nedenler 50
2.4.4.2. Psikososyal Nedenler 50
2.4.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Bozukluklar 51
2.4.5.1. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları 51
2.4.5.2. Kişilik Bozuklukları 52
2.4.5.3. Dissosiyatif Bozukluklar 52
2.4.5.4. Madde Kullanım Bozuklukları 53
2.4.5.5. Yeme Bozuklukları 53
2.4.5.6. İntihar Girişimleri 54
2.4.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Savunma Mekanizmaları 54
2.5. Savunma Mekanizmaları 55
2.5.1. Psikanaliz ve Savunma Mekanizmaları 55
2.5.2. Savunma Mekanizması Türleri 56
2.5.2.1. İmmatür Savunma Mekanizmaları 56
2.5.2.1.1. Yansıtma 57
2.5.2.1.2. Pasif Saldırganlık 57
2.5.2.1.3. Dışa Vurma 58
2.5.2.1.4. Yalıtma 58
2.5.2.1.5. Değersizleştirme 58
2.5.2.1.6. Otistik Fantezi 59
2.5.2.1.7. İnkâr 59
2.5.2.1.8. Yer Değiştirme 60
2.5.2.1.9. Bölünme 60
2.5.2.1.10. Rasyonalizasyon 60
2.5.2.1.11. Bedenselleştirme 61
2.5.2.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları 61
2.5.2.2.1. Yapma Bozma 62

2.5.2.2.2. Psödö-alturizm 62
2.5.2.2.3. İdealleştirme 62
2.5.2.2.4. Karşıt Tepki Geliştirme 63
2.5.2.3. Olgun Savunma Mekanizmaları 63
2.5.2.3.1. Yüceltme 63
2.5.2.3.2. Mizah 64
2.5.2.3.3. Beklenti Oluşturma 64
2.5.2.3.4. Bastırma 64
2.5.3. Savunma Mekanizmaları ve Psikopatoloji 65
2.5.4. Savunma Mekanizmaları ve Çocukluk Çağı Travmaları 66
3. GEREÇ VE YÖNTEM 67
3.1. Araştırma Modeli 67
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi 67
3.3. Veri Toplama Araçları 68
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 68
3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) 69
3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) 69
3.3.4. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) 70
3.3.5 Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) 70
3.4. İstatistiksel Yöntem 71
4. BULGULAR 73
5.TARTIŞMA 99
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 111
7.KAYNAKLAR 116
8.EKLER 143
8.1. EK 1: Katılımcı Onam Formu 143
8.2. EK 2: Kişisel Bilgi Formu 144

8.3. EK 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 150
8.4. EK 4: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği..... 151
8.5. EK 5: Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri..... 156
8.6. EK 6: Savunma Biçimleri Testi..... 158
9.ÖZGEÇMİŞ 164

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I. Kişisel Bilgilere Ait Tanımlayıcı Veriler 73
Tablo II. Katılımcıların Madde-Alkol-Sigara Kullanımına İlişkin Betimsel Analizleri 74
Tablo III. Katılımcıların Psikiyatrik Tanıları ve Psikolojik Durumlarına Ait Tanımlayıcı Verileri 75
Tablo IV. Katılımcıların Anne-Baba Eğitim Durumuna ve Yaşadıkları Yere Ait Tanımlayıcı Verileri 76
Tablo V. Katılımcıların Adli Bir Olaya Karışma Durumu ve Silah Bulundurmayla İlgili Tutumlarının Tanımlayıcı Verileri 77
Tablo VI. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan (Deney Grubu) Katılımcıların Adli Bir Olaya Karışma Durumu ve Silah Bulundurmayla İlgili Tutumlarının Tanımlayıcı Verileri 78
Tablo VII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olmayan Katılımcıların (Kontrol Grubu) Adli Bir Olaya Karışma Durumu ve Silah Bulundurmayla İlgili Tutumlarının Tanımlayıcı Verileri ... 79
Tablo VIII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin (Deney Grubu) Tanımlayıcı İstatistikleri 80
Tablo IX. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin (Deney Grubu) Tanımlayıcı İstatistikleri 81
Tablo X: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri 82
Tablo XI. Silah Bulundurma Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 83
Tablo XII. Silah Bulundurma Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi-Devamı 83
Tablo XIII. Cinsiyet Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi-I 85
Tablo XIV. Cinsiyet Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi-II 85
Tablo XV. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ile Savunma Biçimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişki 86
Tablo XVI. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Kesme Puanına Göre Dağılımları 87
Tablo XVII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Katılımcıların (Deney Grubu) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Kesme Puanına Göre Dağılımları 87

Tablo XVIII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olmayan Katılımcıların (Kontrol Grubu) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Kesme Puanına Göre Dağılımları 88
Tablo XIX. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları ve Savunma Biçimleri Düzeylerinin Karşılaştırılması 88
Tablo XX. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmalarının ve Kendine Zarar Verme Davranışlarının Karşılaştırılması 89
Tablo XXI. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travma ve Savunma Biçimleri Düzeylerinin Karşılaştırılması 90
Tablo XXII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmalarının ve Kendine Zarar Verme Davranışlarının Karşılaştırılması 91
Tablo XXIII. Adli Olaya Karışma Değişkeni için Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi 92
Tablo XXIV. İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-I..... 93
Tablo XXV. İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-II 94
Tablo XXVI. Silah Bulundurma Ruhsatına Sahip Bireylerin İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-I..... 95
Tablo XXVII. Silah Bulundurma Ruhsatına Sahip Bireylerin İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-II..... 95
Tablo XXVIII. Dissosiyatif Yaşantılara İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi 96
Tablo XXIX. Kendine Zarar Verme Davranışına İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi . 97
Tablo XXX. Savunma Mekanizmalarına İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi..... 98

KISALTMALAR

KBF: Kişisel Bilgi Formu

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DİS: Duygusal İstismar Alt Boyutu

FİS: Fiziksel İstismar Alt Boyutu

FİH: Fiziksel İhmal Alt Boyutu

DİH: Duygusal İhmal Alt Boyutu

CİS: Cinsel İstismar Alt Boyutu

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

SBT: Savunma Biçimleri Testi

NSB: Nevrotik Savunma Mekanizması Alt Boyutu

OSB: Olgun Savunma Mekanizması Alt Boyutu

İSB: İmmatür Savunma Mekanizması Alt Boyut

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Modern psikotravmatoloji paradigmaları ve dissoanaliz kuramı ekseninde kronik çocukluk çağı travmalarının yetişkin bireylerdeki uzun dönemli ruhsal etkileri ve psikopatolojik dinamikleri; psikiyatri ile klinik ve adli psikolojinin temel çalışma alanlarını oluşturmaktadır. Psikotravmatoloji ve klinik adli psikoloji kapsamında gerçekleştirilen bu tez çalışmasında, silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde modern psikotravmatoloji ve psikotarih çalışmalarının öncü ismi Öztürk'e göre, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları genel olarak süreç içerisinde gelişen, mobil seyir izleyen ve uzunlamasına psikopatolojik sonuçları olan bir sosyo-psikolojik dinamiği temsil etmektedir. Diğer bir ifadeyle yetişkin bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamlarında çocukluk çağı travmalarının uzunlamasına olumsuz ruhsal etkileri bulunmaktadır ki, bu olumsuz ruhsal etkiler onların psikolojik yapılarını maladaptif yönde etkileyebilmekte, kendine zarar verme davranışları ile immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının kullanılmasına neden olabilmektedir (Öztürk, 2020a; 2021a; 2022a; 2022b).

Kriminoloji ile adli ve kriminal psikolojinin sıkça çalıştığı konulardan birisi olan silahlanma gerek ülkemizde gerekse dünyada son onlu yıllarda yoğun bir şekilde artış göstermektedir. 2008 yılında yapılan bir araştırmada Türkiye'de ruhsatlı ve ruhsatsız olmak üzere yaklaşık sekiz ile on milyon civarında bireysel silahın bulunduğu bildirilmiştir (Büken ve ark., 2009). 2012 yılında ulusal bir dernek tarafından yayınlanan bilimsel raporda ülkemizde yaklaşık 2.500.000 ruhsatlı silahın 17.500.000 ise ruhsatsız silahın bulunduğu öngörülmektedir (Çavuş, 2019). Bu verilerden yola çıkarak günümüzde ruhsatlı ve ruhsatsız silah sayısının dikkate değer ölçüde fazla olduğu söylenebilmektedir. Silah ruhsatı, taşıma ve

bulundurma olmak üzere iki şekilde verilmekte olup silah bulundurma, kısaca silahı fiziki bir yerde bulundurma durumunu ifade için kullanılmaktadır. Silah bulundurma kriterleri 15/7/1953 tarih ve 8458 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanarak yürürlüğe giren "*6136 Sayılı Ateşli Silahlar ve Bıçaklar ile Diğer Aletler Hakkındaki Kanun*" ve aynı kanuna dayanılarak uygulamayı göstermek amaçlı çıkarılan ve 1.6.1991 tarih ve 20888 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren kanunla aynı adı taşıyan yönetmelikte belirlenmiş olup silah bulundurmayı düzenleyen ana mevzuat bu iki düzenlemede yer almaktadır. Konu ile ilgili diğer mevzuatlar daha çok bu kanunda değişiklikler getiren ya da başka bir alanı düzenlemekle birlikte ateşli silahları da ilgilendiren mevzuatlardır.

Ateşli Silahlar ve Bıçaklar ile Diğer Aletler Hakkındaki Yönetmeliğinin 4. Maddesine göre silah ruhsatı almasına engel hali bulunmayan, 21 yaşını doldurmuş her Türk vatandaşı, bulundurmak amacıyla silah satın alabilmektedir. Aynı maddede silah bulundurma ruhsatının, meskende veya işyerinde olmak üzere iki şekilde düzenlenebileceği belirtilmiştir (Çavuş, 2019). Bireysel silahlanma alanında yapılan çalışmalar öldürme, yaralama, intihar ve silah kazaları gibi durumların bireysel silahlanma ile ilişkisinin olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bireysel silahlanma doğrudan ya da dolaylı olarak bir birey veya toplum üzerinde etki gösterebilmektedir (Aydın, 2019). Bu doğrultuda silah sahibi bireylerin adli olaylara karışmaları durumunda, travmatik sonuçlarla karşılaşma ihtimalinin arttığı ifade edilmektedir. Silah sahibi bireylerin psikolojik karakteristiklerinin bilinmesi, silah ruhsatı verme noktasında daha sağlıklı sonuçlar alınmasına ve dolaylı olarak adli olayların sayısına ve niteliğine de yansıyabilmektedir. Silah ruhsat alan ve/veya bulunduran kişilerdeki psikopatoloji ya da psikiyatrik hastalıklarla yakından ilişkili olan çocukluk çağı travmalarının, kriminoloji, klinik adli psikoloji ve psikotravmatoloji açısından değerlendirilmesi kritik bir öneme sahiptir.

Çocukluk çağı travmaları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nun tanımına göre bir çocuğun psikolojik, fiziksel ve sosyal gelişimini ve sağlığını olumsuz anlamda etkileyen her türlü bilinçli ve bilinçsiz davranışların tamamıdır (DSÖ, 1999). Çocukluk çağı travmaları kapsamında fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile fiziksel ihmal ve duygusal ihmal yer almaktadır. Çocukluk çağı travmaları, bireylerin işlevselliklerini uzun dönemli olarak negatif yönde etkilemekte ve bu olumsuz yaşam deneyimleriyle karakterize dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere birçok psikopatoloji ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2020a). Modern psikotravmatoloji kuramları açısından erken yaşta başlayan kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmalarıyla en yakın ilişkiyi gösteren psikiyatrik reaksiyonların başında dissosiyatif yaşantılar gelmektedir. Dissosiyasyon, hem bireysel açıdan çocukluk çağı travmalarından hem de komünal açıdan afetler ve savaşlar gibi toplumsal travmalardan sonra bireyler tarafından kullanılan temel savunma mekanizmalarının başında yer almaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a; 2022a).

Dissosiyasyon, bireylerde dış kaynaklardan gelen ve stres yaratacak uyaranlara ya da iç dünyalarından gelen tehlikeli olabileceklerini düşündükleri uyaranlara verilecek tepkilerde psikolojik dengenin devam etmesine yardımcı olan en sık kullanılan savunma mekanizmalarından biridir. Öztürk, dissoanaliz kuramı açısından dissosiyasyonu, *"insanlık tarihinden bugüne kadar olan geniş bir uzamda birbirine koşut fonksiyon dinamikleri bulunan hem uyumsal hem de patojen ruhsal etkilerini komplike ve kaotik bir süreçte göstermeye devam eden hatta aktüel hayatta travmatik yaşantılarla başa çıkmaya ve bu yaşantıları tolere edebilmeye imkan sağlayan son derece olağan yaşam deneyimleri"* olarak tanımlamaktadır. Ancak travmatik yaşantıların sıklığı, süresi ve şiddeti arttıkça dissosiyatif savunmalar adaptif odaktan maladtif odağa doğru kaymaktadır. Kompleks ve kümülatif travmatik yaşantılarla illişkili dissosiyasyon fenomeni, bireyin kişilerarası ilişki dinamiklerini negatif yönde etklileyen, kimliğin ve benliğin bütünleştirici işlevlerini kesintiye uğratan, bireyin öznelik

konumuna zarar veren, mağdurları hem baskı ve kontrol karşısında itaat etme modalitelerine zorlayan hem de optimal mesafe ve ayarı bozarak hem istismar edilmeye hem de yönetilmeye açık hale getiren dual ve dominatik bir güçtür. Kronik dissosiyatif reaksiyonlar ve travma ile ilişkili dissosiyatif bozukluklar genel olarak, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisiyle oluşan, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, duygudurum dalgalanmaları, öfke patlamaları, kimlikte belirsizlik hisleri ve çalkantılı yakın ilişki dinamikleriyle ifade bulan yaşam boyu süren psikopatolojiler içerisindeki en temel psikiyatrik tanı grubudur (Öztürk, 2020a, 2022a, 2022b; Öztürk & Derin, 2021; Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021).

Dissosiyatif yaşantılar ile fonksiyon geçişleri bulunan kendine zarar verme davranışını K. Madalyn Hicks ve Susan M. Hinck, kişinin kasıtlı olarak vücut dokusuna zarar vererek içinde bulunduğu ezici duygusal acıyı nispeten daha kabul edilebilir olan fiziksel acıya dönüştürmesi olarak tanımlamaktadır. Travmaların bireylerin kontrol odağını vurmasıyla birlikte kişiler, kendine zarar vererek bu kontrol hissini tekrar kazanmaya çalışmaktadır. Bireyin kendine zarar vermesi sonucunda endorfin salınımı ortaya çıkmaktadır ki, bu kişinin rahatlamasına neden olurken bir yandan da bu rahatlama hissiyle birlikte utanç ve kendinden nefret etme duygularına da kapılmaktadır. Yaşanan bu durum kişide anlık bir rahatlama, utanç ve kendinden nefret etme döngüsüne katkı sağlamaktadır. Burada kişinin fiziksel olarak acı çektiği ancak kendine zarar verme davranışı olarak sayılamayacak birkaç noktaya değinilmiştir. Bu noktalar, kültürel olarak benimsenmiş ve onaylanmış olan vücut ya da bölümlerine yönelik *"dövme"* ve *"delme"* işlemlerini içermektedir. Gerçekleşen fiziksel acının bir düzeltme ya da daha iyi hale getirme amacıyla yapılması, plastik cerrahi yöntemi ile değiştirilmesi maksimal oranda kültürel onay aldığı için bu dövme ve delme işlemleri, kendine zarar verme davranışı olarak kabul edilmemektedir (Hicks & Hicks, 2008).

Savunma mekanizmaları kavramı, egonun istenmeyen ve kaygı oluşturan dış faktörlerden uzaklaşmasında görev alırken, aynı zamanda daha içsel gerilimler olan, istekler, dürtüsel davranışlar ve duygular üzerinde de kontrol sahibi olan psikolojik süreçlerdir. Psikanalitik kurama göre ego, kişinin psikolojik dengesini korumak için savunmalar kullanmaktadır (Freud, 1937). Savunma mekanizmaları, kişinin sosyal çevreye uyumunda ve kişiliğin gelişiminde önemli rol oynarlar. Savunma mekanizmaları sayesinde kişi, içsel çatışmalardan ve yaşayacağı duygusal sıkıntılardan da korunmuş olur. Bu işlevlere bakıldığında, savunma mekanizmalarının egonun gelişimi ve psikopatoloji ile yakın bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve tanımlanmasında kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı"nın üçüncü revize edilmiş formunda (DSM III- R), savunma mekanizmalarına ilk kez yer verilmiştir. DSM IV-TR (APA, 2000), savunma mekanizmalarının bilinçte var olmayan, istemsiz otomatik süreçler olduğunu söylemektedir. Bu otomatik süreçler bireyleri iç ve dış dünyanın tehlikelerine karşı korumaktadır ancak bireyler bunların farkında değillerdir (Yılmaz ve ark., 2007). Literatürde çocukluk çağı travmaları ile ilişkili çok sayıda savunma mekanizması yer almakta olup, bu tez çalışmasında, Savunma Biçimleri Testi'nde yer alan savunmalar üzerinde durulacaktır. Bu savunma mekanizmaları; ilkel, nevrotik ve olgun savunma mekanizmalarıdır (Yılmaz, Gençöz & Ak, 2007). Bu çalışmanın temel amacı silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmamızın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda yer almaktadır;

1. Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Kendine Zarar Verme Davranışları Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) toplam puanları, silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir.

2. Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) puan ortalamaları silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir.
3. Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Savunma Biçimleri Testi (SBT) toplam puanları, silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir.
4. Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları, silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Silah Bulundurma Ruhsatı

Yakın veya uzak mesafe fark etmeksizin insanlara ya da hayvanlara yaralama veya öldürme suretiyle zarar verebilen araç ve aletler, silah olarak tanımlanmaktadır (Balcıoğlu, 2006). Bununla birlikte kanuni olarak ateşli silahların tanımı Türk Ceza Kanunu (TCK) 6'ncı Maddenin *"f"* fıkrasında belirtilen şekilde ele alınmıştır: "*Ateşli silahlar, patlayıcı maddeler ile salt saldırı ve savunmada kullanılmak üzere imal edilmiş tüm kesici, delici ve/veya bereleyici aletler ile birlikte saldırı ya da savunma eyleminde kullanılmak amacıyla imal edilmediği halde fiilen saldırı ya da savunma amacıyla kullanılmaya elverişli olan diğer şeyler, yakıma, aşındırma, boğuma, zehirleme, sürekli hastalığa yol açma etkisi olan maddeler ile kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyoaktif maddelerdir.*"

Türkiye'de silah bulundurmayla ilgili haklara bakıldığında 21 yaşını doldurmuş her vatandaşın silah bulundurma ruhsatı alabileceği belirtilmektedir. Silah bulundurma ruhsatı alabilmek için sağlık kurulu muayenesinden geçme gerekliliği mevcuttur. Ruhsatın alınmasına engel olan ruh sağlığı ile ilgili durumlar ise psikiyatrik hastalığa sahip olma, kişilik bozukluğu bulunma, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı olma ve dürtü kontrol bozukluğu olma şeklinde belirtilmektedir. Bu noktada ruhsal değerlendirmenin niteliği açısından birtakım problemler bulunmaktadır. Hastanelerdeki iş yükü nedeniyle psikiyatrik değerlendirmelerin kapsamlı veya optimal düzeyde yapılamaması ve çeşitli nedenlerle psikiyatristin öznel değerlendirmelerine bağlı kalınması bu konudaki önemli problemler olarak öne çıkmaktadır (Özalp & Soygür, 2006).

2.1.1 Türkiye'de ve Dünyada Bireysel Silahlanma

Günümüz dünyasında bireysel ve toplumsal şiddet her geçen gün artmaktadır ve bu noktada güvenlik ve yaşam hakkı açısından en önemli psikotoplumsal sorunlardan biri olarak

bireysel silahlanma ön plana çıkmaktadır. Türkiye'de yaklaşık 8-10 milyon bireysel silahın bulunduğu ve bunların yaklaşık 2,5 milyonunun ruhsatlı olduğu öngörülmektedir (Büken ve ark., 2009). Türkiye'de silah bulundurma, taşıma, üretme ve satmayla ilgili yasal düzenleme "*6136 Sayılı Ateşli Silahlar ve Bıçaklar ile Diğer Aletler Hakkındaki Kanun*" ile yapılmaktadır (Çavuş, 2019). Türk toplumunda ateşli silahlara karşı bir yatkınlığın olduğu ve özellikle son zamanlarda bireysel silahlanmanın niceliksel olarak arttığı belirtilmektedir. Silah ruhsatı almak amacıyla sağlık kuruluşlarına bir yıl içinde ortalama 600-1000 kişinin başvuru yaptığı tespit edilmiştir (Büken ve ark., 2009).

Bireysel silahlanma hakkında önemli veriler sunan silah ruhsatı başvurularında erkeklerin %94,5 gibi önemli bir oranla öne çıktığı görülmektedir. Aynı zamanda silahsız güvenlik için yapılan başvurularda cinsiyetler arası eşitlik olduğu belirtilirken, silahlı görev yapılan meslek gruplarında erkeklerin %67'lik oranla dikkat çektiği belirtilmektedir (Özsoy & Kulu, 2021). Silah ruhsatı başvurusu açısından Türkiye'de Karadeniz bölgesinin ilk sırada yer aldığı ve bununla birlikte bu bölgede ruhsatsız silah kullanımının da oldukça yaygın olduğu belirtilmektedir ki bu Karadeniz bölgesinin kültürel ve coğrafi yapısının bu durum üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Dağlık bir bölgede yaşamanın insanları özellikle güvenlik amacıyla silah kullanımına yatkınlaştırdığı belirtilmektedir (Balcıoğlu, 2006). Dünya geneline bakıldığında ise 2018 yılında yapılan kapsamlı bir çalışmaya göre ruhsatlı ve ruhsatsız toplam silah sayısının 1.013.000.000 olduğu ortaya konmuştur. Aynı araştırmadaki en çarpıcı sonuç ise bu silahların sadece %15'nin kolluk kuvvetleri ve askerlerin kullanımında olduğu, geri kalan %85'inin ise sivil vatandaşlarda bulunmasıdır (Çavuş, 2019).

2.1.2. Bireysel Silahlanmanın Birey ve Toplum Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Bireysel silahlanmanın artması, kişisel ve toplumsal etkilerini güvenlik boyutunda göstermektedir ki toplumu oluşturan bireylerin silah bulundurması; yaralama, yaralanma ve cinayet gibi kriminal olayların deneyimlenmesine neden olmaktadır (Özsoy & Kulu, 2021).

Dünya geneline bakıldığı zaman 2016 yılında yaklaşık 251 milyon kişinin silahlı yaralanma sonucu hayatını kaybettiği belirtilmektedir (Journal of the American Medical Association [JAMA], 2018). Dissoanaliz kuramı açısından bireysel silahlanma ile toplumsal şiddet olaylarının artış oranları birbirine eşleniktir (Öztürk, 2022b). Silahlı şiddet olaylarına maruz kalan bireylerin travma belirtileri yaşayabileceği ve bunun sonucunda travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların toplumda yaygınlaşabileceği düşünülmektedir (Compas, 1987; Garbarino ve ark., 2002). Bununla birlikte daha minimal nitelikteki silahlı olaylara tanıklık etmenin de insan ve toplum psikolojisi üzerinde olumsuz yönde etkili olduğu düşünülmektedir. Psikotoplumsal sonuçları açısından nispeten minimal silahlı olaylara maruz kalmanın psikolojik yansımalarının, kümülatif bir yönelimde bireylerde psikiyatrik bozuklukların gelişmesine neden olabileceği ifade edilmektedir. Bu doğrultuda silah içerikli kümülatif travmatize edici olaylar ile dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar arasında fonksiyon geçişleri bulunmaktadır (Root, 1992; Waaktaar ve ark., 2004; Ward ve ark., 2001).

Bireysel silahlanmanın toplum ve birey üzerindeki psikolojik etkileri intihar davranışı özelinde de kendisini göstermektedir. Silahlı olayların birey üzerinde yarattığı psikolojik problemlerin kişiyi intihara sürükleyebildiği ifade edilmektedir (Aktepe ve ark., 2005; Pfeffer, 2001). Bununla birlikte özellikle erkek ergenlerdeki intihar davranışında araç olarak sıklıkla ateşli silahların kullanıldığı belirtilmektedir (Dolins & Christoffel, 1994; Oner ve ark., 2007). Ateşli silah kullanarak intihar eden bireylerin %84'ünün evinde silah bulunduğu ortaya konmuştur. Bu eksende tamamlanmış intihar açısından etkili bir yöntem olan ateşli silahlara ulaşmanın, bireysel silahlanma ile yakın ilişki gösterdiği belirtilmektedir (Grossman ve ark., 1999). Ateşli silahlar ve intihar davranışı ile ilgili yapılan bir diğer araştırmada 2016 yılı içindeki silahlı intihar sayısının ise yaklaşık 67.500 olduğu belirtilmiştir (JAMA, 2018).

Dünyada bireysel silahlanmanın en yaygın olduğu ülke olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1999 yılından beri her yıl ortalama 22.000 kişinin silahla intihar ettiği bildirilmektedir (CDC, 2017). ABD'de bireysel silahlanma açısından esnek olan eyaletlerde katı olan eyaletlere göre tamamlanmış intiharların 4 kat fazla olduğu belirtilmektedir (Miller, 2007). Sosyoekonomik düzeyi yüksek diğer ülkelere göre ABD'de tamamlanmış intiharların 8 kat daha fazla olduğu ortaya konmuş olup, ateşli silaha erişimin kolay olması, tamamlanmış intiharla sonuçlanabilmektedir (Grinshteyn, 2016).

Toplam intihar girişimlerine bakıldığında ateşli silahların araç olarak kullanıldığı girişimlerin oranının %17 olduğu görülmektedir. Bununla birlikte tamamlanmış intihar oranına bakıldığında ateşli silah kullanılmış vakaların oranının %50 olduğu tespit edilmiştir (Anglemyer, 2014). Bu durum da intihar açısından ateşli silahların öldürücülüğünün yüksek olduğunu göstermektedir. Ateşli silahların araç olarak kullanıldığı intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma oranının %85, diğer yöntemlerin ise mortalite oranının %5 olduğu gösterilmiştir (Miller, 2012; Vyrostek, 2004). Ateşli silahlar sadece cinayet ve intihar nedeniyle olumsuz toplumsal sonuçlara yol açmamaktadır. Birisine zarar verme maksadı olmayan ateşli silah kullanımları veya ateşleme amacı olmadan ateşlenen silah kazaları sonucu ortaya çıkan yaralanma ve ölüm sayıları da dikkate değer bir orandadır (Çavuş, 2019). JAMA (2018) raporuna göre 2016 yılında dünya çapında 22.900 kişinin ateşli silah kazası sonucu hayatını kaybettiği ortaya konmuştur. Yine aynı raporda ateşli silah sonucu ölümlerin %9,12'nin kaza sonucu gerçekleştiği belirtilmektedir.

2.1.3. İnsanları Bireysel Silahlanmaya Yönelten Faktörler

Bireysel silahlanma ile ilgili en kapsamlı çalışmalar bireysel silahlanmanın en yoğun olduğu ABD'de yapılmaktadır ve en detaylı veriler bu çalışmalardan elde edilmektedir. ABD'de bireysel silahlanmanın etiyolojik faktörleriyle ilgili yapılan bir araştırmaya göre %63 ile en önemli neden olarak insanlara karşı korunma ön plana çıkmaktadır. Diğer faktörler

arasında; avlanma (%40), koleksiyon (%34), sportif amaçlar (%28) ve hayvanlara karşı korunma (%20) gösterilmektedir (Çavuş, 2019). Bireysel silahlanmanın nedenleriyle ilgili korunma amacı ön plana çıksa da şiddet suçları azalırken bireysel silahlanmanın artması doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi kurulması noktasında şüphe uyandırmaktadır. Bu eksende gerçek bir tehlikeye karşı korunma ihtiyacından çok bireylerin şiddete uğrama konusundaki algılarına bağlı olarak bir korunma ihtiyacının ön plana çıktığı düşünülmektedir (Kleck ve ark., 2011). Bireylerin suç psikolojisi ve teorileri açısından dünyanın tehlikeli bir yer olduğuna yönelik inançlar geliştirdiği ve bu inançları doğrultusunda aktüel hayatlarını güven duygusu temelinde yapılandırdıkları ortaya çıkmış olup, bu eksende suç oranları düşse dahi bireysel silahlanmanın artmaya devam edeceği düşünülmektedir (Ryff, 1989).

2.1.4. Psikotravmatolojik Açıdan Bireysel Silahlanma

Modern psikotravmatoloji ekseninde Öztürk tarafından yapılandırılan dissoanaliz kuramında, travmatik yaşantılar ile güvensiz bağlanmanın bireyleri obsesif ve paranoid eğilimli korunma önlemlerine ittiği belirtilmektedir ki silah bulundurma ruhsatı iş ve özel hayat perspektifinden bu yönelimde devreye girmektedir. Dissoanaliz kuramına göre, psikotoplumsal açıdan bireyler içinde yaşadığı sisteme güven duygusunu kaybettiğinde de silahlanmayı tercih edebilmektedir. Bireysel silahlanma ile psikolojik iyi oluş hali ve güvenli bağlanmanın ilişkisinin incelendiği bir araştırmaya göre psikolojik iyi oluş halinin ve güvenli bağlanmanın bireysel silahlanma ile negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durum da güvenli bağlanma gerçekleştirmiş ve psikolojik iyi oluş hali yüksek bireylerin bireysel silahlanma konusunda daha düşük oranda adım attığını göstermektedir. Bu noktada güvenli bağlanma gerçekleştiren bireylerin dünyayı algılayış biçimlerinin ve diğer insanlar olumlu iletişimler kurmasının silaha duyulan ihtiyacı azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca psikolojik iyi oluş sonucunda ortaya çıkan özerklik, olumlu benlik algısı gibi özellikler de silaha sahip olma davranışını azaltmaktadır (Çavuş, 2019; Öztürk, 2020a; 2022b). Bireysel silahlanma

sonucunda evde silah bulunmasının psikotravmatolojik eksende çocuklar üzerinde de negatif yönde etkili olduğu düşünülmektedir. Bireysel silahlanmanın olduğu aile ortamında yetişen çocukların bu silahlara karşı ilgilerinin artacağı ve silah bulunan evde yetişmeyen çocuklara göre şiddeti daha kolay normalleştirecekleri ve kabul edecekleri belirtilmektedir (Kahn ve ark., 2001). Ayrıca silahlı bir evde büyüyen ergenlerin stres düzeyleri üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte ateşli silaha sahip olmak isteyen ergenlerin stres düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir ki bu durum dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılama sonucunda ortaya çıkan stresle ilişkilendirilmektedir (Çavuş, 2019).

Ateşli silah sahibi olmak, sigara ve alkol kullanmak, şiddet içeren davranışlarda bulunmak gibi kabadayılık davranışlarına örnek olan eylemlerde bulunan ergenlerin depresyona ve anksiyeteye daha yatkın olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca bu bireylerde mutsuzluk, kendine güven eksikliği, sosyal izolasyon gibi durumların yaşandığı belirtilmektedir (Nansel ve ark., 2001). Bununla birlikte şiddet eğilimli olan ergenlerin ateşli silahlara karşı ilgi duyabileceği ve silah bulundurma konusunda olumlu bir görüşe sahip olabileceği düşünülmektedir. Özellikle aile içi çatışmalar yaşayan ve akranlarına karşı şiddet içerikli davranışlar sergileyen ergenlerin stres düzeylerinin yüksek olduğu ve ateşli silah taşımaya eğilimli olduğu gösterilmiştir (Çavuş, 2019). Literatüre bakıldığında ateşli silah bulundurma davranışı ve isteği ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Yine bu konuda yapılan bir araştırmada silah ruhsatı almak için ruhsal değerlendirmeye giren bireylerle kontrol grubunun depresyon ölçeği puanları karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Aynı araştırmada silah ruhsatı için başvuran bireylerin öfke kontrolünün daha zayıf olduğu ve öfke dışa vurum puanlarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. (Torun, Torun & Yıldırım, 2011).

2.1.5. Adli Psikiyatrik Açıdan Silahlı Şiddet Olayları

Ateşli silahla oluşmuş olan trajik olaylarda genellikle failin tasviri yapılırken psikiyatrik bir bozukluğu bulunduğu ya da akıl sağlığının yerinde olmadığı gibi görüşler bildirilmektedir. Silahlı olaylar ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda araştırma olsa da elde edilen veriler değerlidir (Çavuş, 2019). Psikiyatrik bozukluklar ve silahlı olayların ilişkisi üzerine yapılan bir araştırmaya göre ciddi psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde saldırganlık eğilimlerinin görülme sıklığının %3'ün altında olduğu tespit edilmiştir ve bu kişilerde eyleme geçilen saldırganlık yöntemlerine bakıldığında silah kullanımının düşük olduğu saptanmıştır (Fazel & Grann, 2006). Psikiyatrik bozukluklar içinde silahlı şiddet olaylarıyla en çok ilişkili tutulan şizofreni bozukluğuyla ilgili veriler ise ABD'de bir yılda ortalama 23 ölümlü vakanın failinin şizofreni hastası olduğunu göstermektedir. Bu durum da şizofreni bozukluğu ile ateşli silahlara bağlı şiddet arasında ilişkinin olmadığını göstermektedir (Nielsen ve ark., 2011). Konuya kişilik bozuklukları açısından bakıldığında narsisizm, psikopati ve makyavelizmi içeren "*karanlık üçlü*" kişilik özelliklerini gösteren bireylerin şiddete eğilimli olduğu belirtilmektedir (Jonason ve ark., 2012). Ancak genel olarak şiddet olaylarında düşüş yaşantılandığı dönemlerde narsisizm içeren olaylarda aynı oranda bir azalmanın görülmediği tespit edilmiştir. Ayrıca sosyal olarak dışlanma ve kabul edilmeme yaşayan bireylerin saldırganlık davranışları sergileme oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Çavuş, 2019).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları ile ilgili ülkemizde en fazla sayıda yayın ve tez danışmanlıkları yapan hem bir psikotravmatolog hem de bir psikotarihçi olan Öztürk'e göre örselenme yaşantıları şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisinde *"saklı"* bir ajan olarak psikopatolojik bir fonksiyon görmektedir. Bu doğrultuda Öztürk'ün danışmanlığında kuşaklararası travma geçişinin çalışıldığı ilk psikotarih ve psikotravmatoloji tezi olarak

ülkemizde kayıtlara geçen Öğr.Gör. Uzm. Psk. Görkem Derin'in çalışmasında üç nesil kadın yetişkinde benzer oranlarda çocukluk çağı travmalarının görüldüğü bulgulanmıştır (Derin, 2018; Öztürk, 2003, 2020a). Genel olarak travma kavramı, savaş, deprem, trafik kazası, esaret, çatışma, işkence, istismar gibi birçok olumsuz yaşam deneyiminden sonra ortaya çıkabilen ve bireyin bedensel bütünlüğüne karşı tehdit oluşturan veya zarar veren yaşantıları tanımlamaktadır (Young ve ark., 1998). Çocukluk çağı travmaları ise, olumsuz yaşam deneyimlerinin yirmi yaşından önce gerçekleşmesi sonucu ortaya çıkabilen ve maladaptif ruhsal etkileri yetişkinlikte de devam edebilen psikopatolojik süreçleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Şar, 2014). Bu psikopatolojik süreçler, bireyin psikotoplumsal uyumunu bozan, problem çözme becerilerini sekteye uğratan, bilişsel ve duygusal anlamda zorlayan niteliklerle devreye girmektedir (Öztürk, 2003; 2017; 2020a). Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının içsel bir yaşantıyla değil, dışarıdan gelen ani bir olay veya olaylar silsilesi sonucunda ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (Terr, 1991). Genel anlamda bakıldığında ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini kesintiye uğratan ve genel sağlığını olumsuz olarak etkileyen bilerek veya istemeden yapılmış davranışlar sonucu ortaya çıkmış yaşantıları "*çocukluk çağı travmaları*" olarak tanımlamaktadır (WHO, 1999).

Çocukluk çağı travmaları klinik açıdan iki bölümde değerlendirilmektedir. İlk bölüm beklenmedik şekilde ortaya çıkan ve ani gelişen tek bir olayı içeren durumları kapsamaktadır. Tip I travma olarak adlandırılan bu bölüme yangın, deprem gibi doğal afetler, kazalar, cinayetler ve ağır yaralanmayla sonuçlanan olaylar dahil edilmektedir. Tip II travmalar ise süreğen ve yineleyici olumsuz yaşam olaylarını içermekte olup bunlar çocukluk döneminden itibaren başlayan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarları ve ihmallerdir (Terr, 1991). Çocukluk çağı travmaları kapsamında yer alan ve çocuğun özneliğini ya da birey oluşunu yok sayan dissosiye edici yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve bu yanlış çocuk yetiştirme stillerinin

hem proses edilemeyen kronik ve dirençli ruhsal etkileri hem de travma kökenli psikiyatrik tanılar, "*travmatizasyon*" ve "*reviktimizasyon*" süreçlerinin uzun dönemli sonuçları olarak kendini göstermektedir (Öztürk, 2020a; 2022a).

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Çocukluk çağı travmaları temel olarak istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. İhmal ve istismar genel başlıkları ise fiziksel ve duygusal ihmal ile fiziksel ve duygusal istismar şeklinde alt başlıklara sahiptir (Öztürk & Şar, 2006). İhmal ve istismar, çocuğa bakım veren ya da ebeveyn tarafından ortaya konan ve çocuğu psikolojik, sosyal ve fiziksel yönden olumsuz olarak etkileyen davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Tıraşçı & Gören, 2007). Bu noktada istismar çocuğa zarar veren ve onun gelişimsel sürecine uygun olmayan davranışların aktif olarak ortaya konması iken; ihmal, çocuğun sevilme, okutulmama, beslenme, korunma ve barınma gibi yaşam için var olan temel gereksinimlerinin karşılanmaması gibi pasif davranışları kapsamaktadır (Kara, Biçer & Gökalp, 2004; Öztürk, 2020a; Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021). Bununla birlikte çocukluk çağı travmalarının sadece ebeveynlerin ve bakım verenlerin oluşturmadığı, çocuğun eğitiminden sorumlu kişiler gibi hayatında yer alan tüm yetişkinlerin de bu noktada etkileri olabileceği ortaya konmaktadır (Güler ve ark., 2002).

2.2.1.1. Fiziksel İhmal

Ebeveynlerin veya çocuğa bakım veren kişilerin sağlık, beslenme, barınma, korunma ve eğitim gibi çocuğun temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaması fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002; 2006). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise fiziksel ihmali, çocuğun bulunduğu gelişimsel döneme uygun olan fiziksel gereksinimlerin ona bakım veren tarafından karşılanmaması ve bunun sonucunda zarar görmesi veya zarar görme potansiyelinin olması olarak tanımlamaktadır (APA, 2013). Çocuğun yaşamını devam ettirmesi için gereken optimal besini alamaması, barınma ve korunma ihtiyacının

karşılanmaması, sağlıklı ortamda yaşamaması, temiz giydirilmemesi, hastalık ya da yaralanmalarının bakım verenleri tarafından dikkate alınmaması, gerekli tıbbi destek ve erken müdahalenin sağlanamaması fiziksel ihmal olarak değerlendirilebilecek durumlardır (Taner, 2004).

2.2.1.2. Duygusal İhmal

Psikotravmatoloji literatüründe ihmal sadece fiziksel olarak değil, duygusal olarak da ele alınmaktadır. İlgi görmeyen, sevilmeyen, güven duyulmayan çocuklar duygusal ihmale maruz kalmaktadırlar ve tıpkı fiziksel ihmalde olduğu gibi bunun olumsuz etkilerini yaşayabilmektedirler. Bu durumun tespit edilmesi zor olsa da çocuk üzerinde ortaya çıkan olumsuz sonuçlar işaret olarak görülmektedir (Bernstein & Fink 1998; Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021; Paderson & Wilson, 2009; WHO, 2002, 2006). Bununla birlikte American Psychological Association (APA) ise duygusal ihmali, çocuğun gelişimsel dönemine uygun olan duygusal ihtiyaçların ebeveynler veya bakım verenler tarafından karşılanmaması ve bunun sonucunda çocukta psikolojik bir hasar oluşması veya potansiyel olarak bir hasara neden olabilecek durumların var olması olarak tanımlamaktadır (APA, 2013). Bakım veren kişilerin; çocuğa gereken sevgi ve şefkati göstermemesi, reddedici bir tutumda olmaları, duygusal destek sağlamamaları ve çocukta değersizlik hislerinin görülmesine sebebiyet verilmesi duygusal ihmal olarak ele alınmaktadır (Yurdakul & İnce, 2005). Öztürk, *"duyarsızlık"* olarak da ebeveynlerin çocuklarına duygusal ihmal yaşattırabileceklerini önemle vurgulamaktadır (Öztürk, 2020a).

2.2.1.3. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, ebeveynler veya diğer bakım verenler tarafından çocukta fiziksel bir hasara yol açan veya yol açma potansiyeli olan davranışları kapsamaktadır (WHO, 2002; 2006). Bu davranışlar vurma, itme, sarsma, sürükleme, boğma, bağlama, yakma ve ısırma gibi her türlü yaralayıcı ve zarar verici eylemi kapsamaktadır (Slep & Foran, 2015). Amerikan

Psikiyatri Birliği ise zarar verme niyetinden bağımsız olarak ufak morluklardan, ciddi yaralanmalara ve ölümlere kadar her türlü fiziksel zararla sonuçlanan davranışı fiziksel istismar olarak nitelendirmektedir (APA, 2013). Ayrıca, fiziksel istismarın sıkça cinsel istismar ve duygusal istismarla birlikte görüldüğü bildirilmektedir (Cloitre & Rosenberg, 2006). Fiziksel istismar özellikle ortaya çıkan fiziksel bulgularla tespit edilmekte olup bunlar; morluk ve çürük izleri, yanıklar ve kırıklardır (Kara ve ark., 2004).

Fiziksel istismar sonucunda sosyal ve bilişsel problemler de ortaya çıkmaktadır. Fiziksel istismara uğrayan çocukların sosyal ilişkiler kurmakta ve sürdürmekte zorlandığı, genel olarak çekingen bir yapıda olduğu, kendisini ifade etme konusunda problemler yaşadığı, sosyal olarak uygun tepkiler veremediği ortaya konulmaktadır. Ayrıca uyum sağlamada güçlük ve düşük okul başarısı gibi olumsuz durumlar ortaya çıkmaktadır (Bilir ve ark., 1991; Taner & Gökler, 2004). Fiziksel istismarın özellikle ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde farklı psikopatolojilerle de ilişkili olduğu ortaya konmaktadır. Dissosiyatif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve halüsinasyonlar gibi durumların fiziksel istismarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Aksoy & Ögel, 2003; Chasan, 2010; Örsel ve ark., 2011; Öztürk, 2020a).

2.2.1.4. Duygusal İstismar

Çocuğa duygusal olarak gerekli sevgiyi, ilgiyi, güveni vermemekle tanımlanan duygusal ihmalden farklı olarak duygusal istismarda bu alanlarda zarar oluşturmaya yönelik davranışlar mevcuttur (WHO, 2002; 2006). American Professional Society Abuse Children (APSAC), hakaret, isim takma, değersizleştirme, kötüye kullanma, aşırı korkutma, görmezden gelme, izole etme, suçlama, duygusal tepkilere karşılık vermeme gibi davranışları çocuklarda duygusal istismara neden olan eylemler olarak kabul etmektedir (APSAC, 2011). Bunlarla birlikte çocukla yeterince vakit geçirilmemesi, kişisel stresin çocuğa yansıtılması, çocuğun suça teşvik edilmesi, sosyalleşmesinin engellenmesi, gerektiğinden fazla sorumluluk

verilmesi, onun üzerinden maddi kazanç sağlanması ve bir yetişkinmiş gibi davranılması gibi davranışlar da duygusal istismar kapsamında değerlendirilmektedir (Bilir ve ark., 1991; Polat, 2001).

Duygusal istismarın olumsuz sonuçları doğrudan fiziksel belirtilerle ortaya çıkmasa da çocuğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel gelişimindeki aksaklıklar duygusal istismara gösterge olarak düşünülmektedir (Polat, 2001; Yavuzer, 2011). Ayrıca duygusal istismara maruz kalan çocuklarda özgüven eksikliği, içe kapanıklık, aşırı çekingenlik, dikkat eksikliği ve konsantrasyon problemleri, antisosyal davranış kalıpları gibi durumlar görülmektedir (Aral & Gürsoy, 2001). Duygusal istismarın psikopatolojik sonuçları ise depresyon, anksiyete, parmak emme, uyku problemleri, yeme problemleri, kleptomani, enürezis ve enkoprezis gibi durumları içermektedir (Polat, 2001; Siyez, 2003). Ayrıca benlik saygısında azalma, beden algısı bozukluğu ve alekstimi gibi problemlerin de yaşandığı bildirilmektedir (Özkol, 2014). Duygusal istismarın olduğu her disfonksiyonel aile ortamında diğer istismar türleri de çoğu zaman birlikte bulunmakta olup bu çok tip travmatik yaşantılar dissosiyatif bozuklukların ana etkenini oluşturmaktadır (Derin, 2018; Öztürk, 2020a, 2021a, 2022a).

2.2.1.5. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun kendisinden yaşça büyük bir kişi tarafından, cinsellik ihtiyacının tatmin edilmesi amacıyla kullanılması ya da başkalarının cinsel tatmini için kullandırılması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Cinsel istismar sadece cinsel birleşmeyi değil; cinsel dokunmayı, teşhirciliği, röntgenciliği, cinsel görüntüler izletmeyi ve benzeri davranışları da içermektedir (APSAC, 2011). APA'nın tanımı da benzer olarak çocuğa karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel eylemi cinsel istismar kapsamında değerlendirmektedir (APA, 2013). Cinsel istismarın ortaya çıkardığı olumsuz etkiler oldukça yoğundur. Toplumsal olarak hissedilen baskı ve duygusal yükün çok ağır olması mağdurun bu durumla baş etmesini oldukça zorlaştırmaktadır (Aral ve Gürsoy, 2001).

Cinsel istismara maruz kalmış olan çocuklarda depresyon, intihar düşünceleri ve girişimleri, evden kaçma, ani kişilik değişiklikleri, uyku ve yeme problemleri, belirli kişilerden ve yerlerden korkma, cinsellik hakkında yaşına uygun olmayacak ölçüde bilgili olma gibi problemler görülmektedir (Yurdakök, 1999). Ayrıca dikkat ve konsantrasyon problemleri, tekrarlayıcı düşünceler gibi bilişsel problemler olmaktadır. Öfke kontrol problemleri ve genel bir korku hali eşlik etmektedir (Topbaş, 2004). Tüm bunlar çocuğun psikolojik, duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimini sekteye uğratıcı nitelikte problemlerdir (Canat, 1994). Cinsel istismarın psikopatolojilerle ilişkisine bakıldığında ise diğer akut ve kronik psikiyatrik tanılar gibi özellikle dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte depresyon ve anksiyete sık görülmektedir. Ayrıca Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış birçok kişinin geçmiş yaşantısında çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün bulunduğu ortaya konmaktadır (Kourt, 2011; Özkol, 2014; Öztürk, 2020a).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi

Çocukluk çağı travmalarının tarihi aslında geçmişten günümüze olan insanlık tarihindeki dissosiyatif bozuklukların bütünsel bir anamnezidir (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarına neden olabilecek davranış örüntüleri kültürel ya da dini sebeplerden dolayı tarih boyunca farklı şekillerde görülmektedir. Çocukların öldürülmeleri, kurban edilmeleri ve köle olarak kullanılmaları gibi davranışlara farklı dönemlerde farklı kültürlerde rastlanılmaktadır (Gökler, 2006). Çocukluk çağı travmaları tıbbi literatüre ilk olarak 1860 yılında Fransız adli tıp doktoru Auguste Ambroise Tardieu'nun çalışmalarıyla girmiştir. Takip eden dönemde Pediatrist Henry Kempe 1962 yılında "*örselenmiş çocuk*" kavramını kullanarak şiddete maruz kalan ve bunun sonucunda fiziksel ve psikolojik problemler yaşayan çocukları tanımlamıştır. Kempe'nin literatüre kazandırdığı bu kavram daha sonra yerini "*çocuk istismarı*" kavramına bırakmıştır (Kara ve ark. 2004; Tönge, 2011).

İnsanlık tarihi, çocukluk çağı travmalarına yönelik amnezik dönemlerle yüklüdür. Modern psikotravmatoloji tarihinde ise, çocukluk çağı travmaları odaklı kuram ve yaklaşımlar, dissosiyatif bozukluklar ile eşlenik olarak fonksiyon görmeye başlamıştır. Çocukluk çağı travmaları ile ilgili ilk model ve yaklaşımlar, Bir bilim ikonu ve psikotravmatolojinin duayeni olan Pierre Janet (1859-1947)'in 1890'lı yıllarda sistematize ettiği travma merkezli *"Psikolojik Analiz"* yöntemi ile bilimsel olarak ortaya çıkmıştır ancak travma ve dissosiyasyon çalışmaları, yaklaşık bir asır sonra -1960 ile 1990 yılları arasında- bütün dünyada büyük bir ivme kazanmıştır. Çünkü sembolik eksenli ve bilimsel açıdan tartışmalı doğalı psikanalitik ekolün kurucusu olan Freud, çocukluk çağı travmalarını inkar ederek psikotravmatolojinin gelişiminde geçmişten günümüze olan uzamda büyük bir direnç unsurunun psikotoksikojen gelişimini imkanlı kılmıştır (Öztürk, 2020a; 2022b).

Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi ile çocuk istismarına karşı çocukların korunması yönünde ciddi bir adım atılmıştır (Kara ve ark. 2004; Tönge, 2011). 1952'de çıkarılan DSM-I ve 1968'de çıkarılan DSM-II çocuk istismarına yer vermezken çocuk istismarı DSM tanı sistemine ilk kez DSM-III'te "*çocuk kötüye kullanımı*" adı altında girmiştir. Daha sonra DSM-5 ile "*Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar*" başlığı altında "*Çocuğa Kötü Muamele ve Çocuğu Boşlama Problemleri*" içinde, "*çocuğa bedensel sömürü*", "*çocuğa cinsel sömürü''*, *''çocuğu boşlama''*, "*çocuğa ruhsal sömürü*" tanımlamalarıyla yer almıştır (DSM-5, 2014). International Classification Disorders (ICD) tanı sisteminde ise çocuk istismarı ICD-10 ile birlikte kendisine yer bulmuştur ve DSM'deki tanımlamalar burada da kullanılmıştır (Balcı, 2011).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojik Faktörleri

Öztürk'e göre, çocukluk çağı travmalarının ortaya çıkışında disfonksiyonel aileler etken bir ajan olarak fonksiyon görmektedir (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarına neden olan faktörler özellikle ailenin genel stres durumuyla yakından ilişkilidir. Bu stres

faktörleri ise iç stres faktörleri ve dış stres faktörleri olarak ayrılmaktadır. Özellikle ekonomik problemler başta olmak üzere, kültürel, sosyal ve çevresel faktörler dış stres faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Ekonomik problemlere bağlı olarak ortaya çıkan yetersiz beslenme, sağlıksız ev ortamı gibi problemler de çocukluk çağı travmalarına yol açmaktadır. Bununla birlikte aile üyelerinin ve çocuğun kişiliği iç stres faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Aral & Gürsoy, 2001; Cüceloğlu, 2003). Ailedeki bazı çocuklar bazı özellikleri nedeniyle istismar ve ihmale maruz kalma açısından yatkınlık ve risk taşımaktadır. Erken doğmuş olma, zeka geriliğine sahip olma, fiziksel olarak bir engeli olma, konuşma ve dil bozuklukları olma gibi faktörler bu özelliklere örnek olarak sayılabilmektedir (Tezel, 2003). Duygusal gelişimini tamamlayamadan genç yaşta anne baba olan ebeveynlerin istismar ve ihmale daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Deveci & Açık, 2013).

Eşlerden birinin psikiyatrik bir bozukluğa sahip olması da çocukluk çağı travmalarına neden olan ailesel faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte aile içindeki iletişimsizlik ve annenin şiddete maruz kalması gibi sebepler de bu kapsamda değerlendirilmektedir (Özçetinkaya, 2011). Özellikle ebeveynlerin bir ya da ikisinde depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların olması önemli nedenler olarak görülmektedir. Ayrıca anne babanın kendisini yetersiz görmesi, çocuk yetiştirme hakkında az bilgiye sahip olması, öfke kontrol problemleri yaşaması, duygusal bağlar geliştirmekte zorlanması ve kendisinin de çocuklukta ihmal ve istismara uğramış olması diğer risk faktörleridir (Tan, 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda aileye sosyal desteğin yetersiz olması, çocuğun aldığı eğitimin düzeyi, toplumsal olarak oluşturulmuş normlar, yasaların yeterince işlevsel ve kouruyucu olmaması gibi faktörler de çocukların travmalara maruz kalmasına sebep olarak gösterilmektedir (Güler ve ark., 2002; Polat, 2001; Zeytinoğlu, 1999). Bununla birlikte göç ve savaş gibi olaylar da çocuğun

travmaya uğramasına neden olabilecek davranışların ortaya çıkması açısından risk teşkil etmektedir (Örsel ve ark., 2011).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmalarının oldukça yaygın olduğu Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılındaki çalışmasıyla ortaya konmuştur. Bu çalışmaya göre çocukluk çağı cinsel istismar oranının kadınlarda %20, erkeklerde ise %5-10 olduğu gösterilmektedir. Bununla birlikte fiziksel istismar oranının çocuklarda %25-50 olduğu gösterilmektedir (WHO, 2010). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (NCANS)'nin 2008 yılında yayımladığı raporlarında Amerika'da yıl içinde 772.000 çocuğun istismara veya ihmale uğradığı görülmüştür. Bildirilen vakaların %80'ininin aileler tarafından, %6,5'inin ise akrabalar tarafından oluşturulduğu bildirilmektedir. Çocuklarda görülen ihmale uğrama oranı %71 olarak gösterilirken fiziksel istismar oranının %16, cinsel istismar oranının %9, duygusal istismar oranının ise %9 olduğu belirtilmektedir (NCANS, 2008).

2016 yılında yapılan bir araştırma sonucuna göre 2015 yılında 2-17 yaş arası yaklaşık 1 milyar çocuğun istismar veya ihmal bildirdiği tahmin edilmektedir (Hills ve ark., 2016). 2016 yılında ortaya konan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi verilerine göre Amerika'da yaşayan kadınların yaklaşık %25'i çocukluk döneminde istismar veya ihmal bildirimine sahiptir (Centers for Disease Control and Prevention [CDCP], 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 yılında yaptığı daha güncel bir çalışmada ise kadınların %20'sinin 0-17 yaşlar arasında cinsel tacize uğradığı ve cinsel istismarın kadınlarda en sık görülen çocukluk çağı travması olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmadaki diğer bir önemli sonuç ise 2-4 yaş arası çocukların %75'inin fiziksel veya psikolojik olarak şiddete uğradığının raporlanmasıdır (WHO, 2020). 2020 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında ise dünya genelinde kadınların %24'ünün çocukluk çağında cinsel istismar yaşadığı bildirilmiştir (Pan ve ark., 2020).

Türkiye'de de bu konuyla ilgili çeşitli istatistiksel çalışmalar yapılmıştır. 2010 yılında ortaya konan Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu tanık olunan fiziksel istismar oranının %56, duygusal istismar oranının %49, ve cinsel istismar oranının %10 olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada yaşanılan fiziksel istismar oranının %43, duygusal istismar oranının %51 ve cinsel istismar oranının %3 olduğu bildirilmektedir. Çocukluk çağında yaşanılan ihmal oranının ise %25 olduğu belirtilmektedir (Çiydem, 2022). 2020 yılında raporlanan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adalet İstatistikleri verileri ise güvenlik birimlerine gelen çocukların %87,5'nin suç mağduru statüsünde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çocukların en fazla maruz kaldığı suç türünün ise yaralama ve cinsel suçlar kapsamında olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2020).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

Çocukluk çağında yaşanan travmalar bireyin yetişkinliğinde de psikopatojen etkilerini göstermektedir. Bu etkiler psikolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak ortaya çıkabilirken, bireyin işlevselliğini bozucu derecede olabilmektedir (King ve ark., 2020; Lyyssenko ve ark., 2018: Öztürk, 2020a). Çocukluk döneminde yaşanan travmaların beyin gelişimi ve işlevselliği üzerinde de olumsuz etkileri olduğu ve bu nedenle fizyolojik olarak da olumsuz etkilerin tespit edilebildiği ortaya konmaktadır (Shonkoff ve ark., 2012). Çocukluk çağı travmalarının yarattığı etkiler yetişkinlik döneminde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklarla da yakından ilişkilidir ve bu etkiler süreğen bir şekilde kendini gösterebilmektedir (McCabe, Maloney, Stain, Loughland & Carr, 2012). Çocukluk çağı travmaları ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar aşağıda açıklanacaktır.

2.2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çocukluk çağı travma öyküsüne sahip olup bu travmaları çözülmemiş yetişkin kadınların Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alma olasılığının 7.5 kat arttığı ve özellikle kaçınma belirtilerinin ön plana çıktığı belirtilmektedir (Stovall-McClough & Cloitre,

2006). Bununla birlikte yetişkinlik yaşamında travmatik bir olay yaşayan ve ardından TSSB tanısı alanların çocukluk döneminde de travma yaşamış olması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Dias ve ark., 2017). Ayrıca çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismar TSSB için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Mirhashem ve ark., 2017). Çocukluk döneminde kişilerarası ihmal ve istismar yaşama durumu ile yetişkinlikte TSSB yaşama arasında çok güçlü bir ilişki bulunmuştur (Luthra ve ark., 2009). Ayrıca fiziksel istismara uğrayan ya da aile içi şiddete tanık olan çocukların TSSB belirtilerini sıklıkla yaşadığı ve ortaya çıkan yeniden yaşantılama deneyimleriyle baş etmekte zorlandıkları belirtilmektedir (Levendosky ve ark., 2002). Öztürk'e göre TSSB, dissosiyatif bozukluğun sadece bir alt kümesi olan psikiyatrik belirtilerden oluşmaktadır ki bu klinik gerçeklikte dissosiyatif bozukluklar TSSB'nu kapsamaktadır (Öztürk, 2020a).

2.2.5.2. Dissosiyatif Bozukluklar

Travmatik yaşantılar ile yakın ilişkili olan dissosiyatif bozukluklar, modern psikotravmatoloji ve güncel psikoterapi uygulamaları adına en temel tanı grubu olarak psikolog ve psikiyatristlerin karşısına çıkmaktadır. Dissosiyatif bozukluklar, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının önemli sonuçlarındandır. TSSB ile sıklıkla görülen dissosiyatif bozukluklar, bireyin zihinsel süreçlerinin çözülmesi ve bütünlüğünü kaybetmesi sonucu duygu ve düşüncelerine karşı farkındalığının azalması olarak tanımlanmaktadır. Ancak erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları sonrasında dissosiyatif bozukluklar temel psikiyatrik tanı olarak devreye girmektedir (Lyyssenko ve ark., 2018; Öztürk, 2020a, 2022a, 2022b). Dissosiyatif yaşantıların yaşanılan yoğun travmalarla etkin şekilde baş edilemediği noktada ortaya çıktığı ve dissosiyatif tepkilerle birlikte bireyin günlük yaşamına devam edebilmesinin mümkün olduğu belirtilmektedir. Bu noktada kişi yaşanılan nesnel bir tehdite karşı var olan baş etme mekanizmalarını harekete geçirme

konusunda zorlanmaktadır ve bu durumda da ortaya bir dengesizlik çıkmaktadır. Bu dengesizliğin sonucunda da dissosiyasyon oluşmaktadır (Öztürk, 2018; 2020a).

Bireyler yaşadıkları olumsuz deneyimleri bilinçten uzaklaştırma ve ayrıştırma ya da yok farzetme yoluna gidebilmektedir. Özellikle cinsel ve fiziksel istismar gibi daha sonra yeniden yaşantılama yoluyla bireye önemli ölçüde rahatsızlık verebilecek yaşantılar bastırılmakta ve ayrıştırılmaktadır. Bu noktada dissosiyasyon ilk olarak bir baş etme stratejisi olarak hizmet verse de daha sonra kendi başına ciddi problemler yaratan bir semptom olarak varlığını sürdürmektedir (Briere & Runtz, 1987; Chu, 1991). 2020 yılında yapılan bir çalışmada dissosiyatif bozukluk yaşayan kadınların çocukluk çağında yaşadıkları fiziksel ve duygusal istismar temelli travmaların dissosiyasyonu yordadığı gösterilmiştir (King ve ark., 2020). Ayrıca Öztürk ve Şar (2006) tarafından yapılan çalışmada dissosiyatif tanısı alan hastalar incelenmiş ve bunun sonucunda tüm hastaların geçmişte çocuk istismarı veya ihmali yaşadığı ortaya konmuştur. Katılımcıların %87'si istismar veya ihmali ailesinden yaşadığını belirtmiştir (Öztürk ve Şar, 2006).

2.2.5.3. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

Çocukluk çağı travmalarının bedensel belirti bozukluklarının gelişimine neden olabildiği çeşitli araştırmalarca gösterilmiştir. Kişilerarası olumsuz ilişkiler nedeniyle ortaya çıkan çocukluk çağı travmalarının bireyin güvensiz bağlanma geliştirmesine neden olduğu ve bunun sonucunda bedensel belirti bozukluklarının gelişmesine zemin hazırladığı belirtilmektedir (Waldinger ve ark., 2006). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise çocukluk çağında maruz kalınan duygusal istismarın ve ihmalin somatizasyon bozukluğu üzerinde önemli bir belirleyici olduğu ortaya konmuştur (Güleç ve ark., 2013). Öztürk ve Şar (2006) tarafından yapılan bir çalışmada dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastalar incelenmiş ve bunun sonucunda tüm hastaların geçmişte çocuk istismarı veya ihmali yaşadığı ortaya konmuş

olup aynı araştırmada katılımcıların %87'si istismar veya ihmali ailesinden yaşadığını belirtmiştir (Öztürk ve Şar, 2006).

2.2.5.4. Depresyon Bozuklukları

Çocukluk çağında yaşanan bütün istismar ve ihmal türlerinin depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle yaşanan çocukluk çağı travmalarının yoğunluğunun ve şiddetinin depresyon belirtilerinin şiddetiyle doğrusal şekilde ilişkili olduğu gösterilmektedir. Her ne kadar bütün istismar ve ihmal türleri depresyona yatkınlaştırıcı rol oynasa da özellikle duygusal ihmal ve istismarın rolünün daha büyük olduğu bildirilmektedir (Hayashi ve ark., 2015; Humphreys ve ark., 2020). Yapılan bir meta analiz çalışmasında ise çocukluk çağı travmalarına maruz kalanların kalmayanlara oranla iki kat daha fazla depresyon geliştirdiği gösterilmiştir (Li ve ark., 2016). Çocukluk çağında yaşanan ihmalin yetişkinlik çağında yaşanan depresyonun iyileşmesi üzerinde de olumsuz etki yarattığı belirtilmektedir. Ayrıca özellikle çocuklukta duygusal ihmal yaşamış bireylerde depresyonun tekrarlama riskinin daha yüksek olduğu ortaya konmaktadır (Paterniti ve ark., 2017).

2.2.5.5. Bipolar Bozukluklar

Çocukluk çağı travmaları depresyonda olduğu gibi bir diğer duygudurum bozukluğu olan bipolar bozukluk üzerinde de etkilidir. Bipolar bozukluğu olan yetişkinlerin bipolar bozukluğu olmayan bireylerden oluşan kontrol grubuna göre daha yüksek oranda çocukluk çağı travmasına sahip olduğu bildirilmektedir. Çocukluk çağı travmaları içinde ise cinsel istismarın bipolar bozukluk oluşumu üzerindeki rolü ön plana çıkarılmaktadır (Aas ve ark., 2016). Cinsel istismarla birlikte duygusal istismar ve ihmalin de bipolar bozukluk için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Etain, Henry, Bellivier, Mathieu & Leboyer, 2008). Çocukluk çağı travmalarına sahip olmanın yetişkinlikte sahip olunan bipolar bozukluğun seyri ve şiddeti üzerinde de etkisi olduğu gösterilmektedir. Bu noktada duygusal istismar ve ihmalin bipolar bozukluğun erken yaşlarda başlaması üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Ayrıca çocukluk çağı travmalarının şiddetinin yetişkinlikte yaşanan bipolar bozukluk belirtilerinin şiddetinin fazlalığıyla ilişkili olduğu ve bunun sonucunda hastane yatışının bu tarz bir öyküye sahip bireylerde daha fazla olduğu bildirilmektedir (Larsson ve ark., 2013).

2.2.5.6. Anksiyete Bozuklukları

Çocukluk çağı travmaları sıklıkla depresyonla birlikte anksiyete bozukluklarına da neden olmaktadır. Özellikle çocuklukta yaşanan kişilerarası travmaların yetişkinlik döneminde anksiyete bozukluklarının, depresyonla bağlantılı olabileceği ortaya konmuştur (Van Assche ve ark., 2020). Ayrıca çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismar ve ihmalin sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kuo ve ark., 2011). Anksiyete bozuklukları tıpkı travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon bozuklukları başta olmak üzere bir eştanı olarak dissosiyatif bozukluk vakalarında da bulunabilmektedir (Öztürk, 2020a). Evren ve Ögel tarafından yapılan bir çalışma dissosiyatif bozukluk vakaları ile eş tanı alabilen alkol ve alkol dışı madde bağımlılıları ile gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bir diğer ifadeyle bireylerde çocukluk çağı travmaları arttıkça anksiyete düzeyleri de artış göstermektedir (Evren & Ögel, 2003).

2.2.5.7. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Tekrarlayıcı ve zorlayıcı düşünce ve davranışlarla karakterize bir bozukluk olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) da çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilidir (Benedetti ve ark., 2012; Sasson ve ark., 2005). Başta duygusal istismar olmak üzere çocukluk çağı travmalarının OKB'nin semptomlarını güçlendirdiği belirtilmektedir (Demirci, 2016). Yapılan bir diğer araştırmada da cinsel istismar ile OKB arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Caspi ve ark., 2008). Obsesif-kompulsif bozukluk, yine tıpkı travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon bozuklukları başta olmak üzere bir eştanı olarak dissosiyatif bozukluk vakalarında da bulunabilmektedir (Öztürk, 2020a). Özgündüz ve arkadaşları (2019)

tarafından obsesif-kompulsif bozukluk vakaları ile yapılan bir çalışmada en az bir tip çocukluk çağı travması görülme oranı %70 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, OKB grubunda duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarın, OKB olmayan kişilere daha fazla olduğu belirlenmiştir.

2.2.5.8. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarının başta TSSB olmak üzere depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikopatolojilerle birlikte görüldüğü belirtilmektedir (Jen ve ark., 2013). Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları üzerinde etkisi literatürde sıklıkla araştırılmaktadır. Çocukluk çağında cinsel istismar öyküsüne sahip olmanın duygusal yeme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Strodl & Wylie, 2020). Yapılan bir başka çalışmada da çocukluk çağında istismara veya ihmale maruz kalmanın yeme bozukluğu oluşturmaya karşı bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Monteleone ve ark., 2020). Anoreksiya nervoza yeme bozukluğuna sahip yetişkinlerin yaşam öykülerinde çocukluk çağı cinsel istismar geçmişinin daha sıklıkla görüldüğü yapılan araştırmalarda elde edilen bir diğer bulgudur (Armour ve ark., 2016). Bu konudaki diğer araştırmalar da çocuk çağı travmalarının anoreksiye nervoza, bulimia nervoza ve aşırı yeme başta olmak üzere çeşitli yeme bozuklukları üzerinde önemli derece etkili olduğunu göstermektedir (Rorty ve Yager, 1996). Cinsel istismar dışında fiziksel istismarın da özellikle kadınlarda yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir. Bu noktada aşırı yeme bozukluğu ile ilişkisi önemli görülmektedir (Armour ve ark., 2016). Bir diğer araştırmada da çocukluk döneminde istismara maruz kalmanın bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Caslini ve ark., 2016).

2.2.5.9. Uyku Bozuklukları

Çocukluk çağı travmaları yaşam boyu etkilerini gösterebilmekte ve bu etkiler bireyin uyku kalitesini ve düzenini de olumsuz anlamda etkileyebilmektedir ki bu olumsuz yaşam olayları, özellikle uykusuzlukla ilgili sonuçlara yol açabilmektedir (Bader ve ark., 2007).

Travma yaşantıları özellikle bireyin sık kabus görmesini tetiklemekte ve bu durum da travma anılarının yeniden yaşantılanmasına neden olmaktadır (Shalev, 2003). Çocukluk çağı travmaları ve kabuslar arasındaki güçlü ilişki Agargun ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada da ortaya konmuştur. Uyku bozuklukları ile dissosiyatif bozukluklar birbirleriyle fonksiyon geçişleri olan psikiyatrik hastalıklardır (Öztürk, 2020a). Travmatize bireyler, kendi travmalarıyla ilişkili gündüz yaşantılanan psikiyatrik belirtilerin uykuda da sürüyor olabileceğini bu durumun uyku terörü: parasomniye sebep olabileceği ifade edilmektedir. Kronik çocukluk çağı travmaları olan bireylerdeki aşırı uyarılmışlık, uyku bozukluğuna neden olabilmekte ve bu hastalar psikiyatrik bir tanı almaksızın parasomni tanısı alabilmektedirler (Doğan, İçten & Taycan, 2021).

2.2.5.10. Madde Kötüye Kullanım Bozuklukları

Çocukluk çağı travmaları yetişkinlik döneminde de etkisini önemli derecede göstermektedir ve bu olumsuz etkilerle baş etme konusunda madde kullanımı gibi işlevsiz yöntemler de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu noktada travmanın önemli bir sonucu olan yeniden yaşantılamaların etkisi oldukça zorlayıcı olabilmektedir ve madde kötüye kullanımı bu açıdan bir kaçış olarak görülebilmektedir (Mejia ve ark., 2015; Timko ve ark., 2008). Buna bağlı çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın ergenlik ve yetişkinlik döneminde alkol ve madde kötüye kullanımı açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (De Bellis, 2002). Ergen bireylerde alkol kötüye kullanımı ile çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismar yaşama öyküsünün ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kabiru ve ark., 2010). Bununla birlikte madde kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gören her beş kadından dördünün cinsel veya fiziksel istismar öyküsüne sahip olduğu bildirilmektedir (Mejia ve ark., 2015).

2.2.5.11.Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline Kişilik Bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde düzensizlik, duygusal istikrarsızlık, dürtüsel saldırganlık gibi belirtilerle kendisini göstermektedir ve kendine zarar

verme ve intihar riskinin yüksek olması ile dikkat çekmektedir (Lieb ve ark., 2004). Çocukluk çağı travmaları borderline kişilik bozukluğu açısından önemli bir yordayıcı olarak görülmektedir. Özellikle çocuklukta cinsel istismar öyküsünün bulunması risk faktörü olarak öne çıkmaktadır (Hong, Ilardi & Lishner, 2011). Bu noktada sadece maruz kalınan cinsel ve fiziksel istismarın borderline kişilik bozukluğu üzeridne etkili olduğu değil tanık olunan istismarların da rol oynadığı belirtilmektedir (Weaver & Clum, 1993). Ayrıca, çocukluk çağı travmaları şiddetli olan borderline kişilik bozukluğu hastalarında kendine zarar verme ve intihar davranışlarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Arslan ve ark., 1997).

2.3. Dissosiyasyon ve Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyasyon, travmatik yaşantılar esnasında veya sonrasında bölünmüş çoklu bir bilinç sisteminin aşırı ve yoğun entegrasyon çabasının kendisidir. Dissosiyatif bozukluklar ise bir bölünmeden ziyade güçlü bir entegrasyon arzusudur. Kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmaları ile ilişkili dissosiyatif reaksiyonlar, bireyin kendisini yeniden kimliklendirme ve bu olumsuz yaşam olaylarından önceki ruhsal açıdan normal ve sağlıklı haline dönme çabasıdır. Büyük oranda farkında olmadan yapılan bu kimliklendirme çabası, başlangıçta travmatik yaşantılara karşı bilinçdışı bir savunma mekanizması olarak fonksiyon görmekteyken, kompleks ve kümülatif travmaların sıklığının, şiddetinin ve süresinin arttığı bir reviktimizasyon döngüsünde dissosiyojenik patolojilere transforme olabilmektedir. Dissosiyasyon, hem bireyin iradesini bozarak "*özneliğini*" ve "*ruhunu*" elinden alan ailesine, topluma ve sisteme hem de kendisini istismar ve kontrol eden diğer kişilere karşı verdiği travmatik bir tepkidir (Öztürk, 2020a, 2021a, 2022a; Öztürk, Erdoğan & Derin, 2021).

Dissosiyasyon kelime anlamı olarak ayrılma, bölünme, kopma ve çözülme gibi anlamlara karşılık gelmektedir. Psikolojik açıdan bakıldığında ise bireyin zihninde yer alan duygu, düşünce, anı ve benzeri içeriklerin geçici olarak bölünmesi, bir kenara konması anlamına gelen bir mekanizmadır. Bu zihinsel süreçlerin bilinçten kopması ve kendi içindeki

bütünlüğünü kaybetmesi sonucu kişinin duygu ve düşünceleriyle ilgili farkındalığı azalır ve bu doğrultuda kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında fark edilebilir değişiklikler olmaktadır. Bu noktada dissosiyasyon, bilinçte, kişinin öz kimliğinin değişmiş olduğuna dair bir duyumun eşlik ettiği, istenmeyen bir değişimi kapsar. Bu kavram kısaca, kişiliğin bir bölümünün geri kalanından ayrılması olarak da tanımlanabilir (Kihlstrom ,2005; Öztürk, 2017; Spiegel ve ark., 2011).

Bireyler kaygı ve stres yaratan durumlarla baş etmede çeşitli savunma mekanizmaları kullanır. Bunlar kişiden kişi farklılık gösterir ve her bireyin olaylara karşı geliştirdiği farklı tepkiler vardır (Cardena, 1994). Bunlardan biri ise tıpkı inkâr, kaçınma ya da madde kullanımı gibi duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden biri olan dissosiyasyondur. Bu yöntem bireye, ezici korku, acı ve travmadan doğan çaresizlikten kendini ayırma imkânı sağlar (Kihlstrom, 1994). Ancak bu mekanizma bireyin dış dünyadan aldığı bilgilerin algılanmasındaki mantıksal süreci bozabilir ve kişinin klinik ve gündelik hayattaki bellek ve kimlik işlevselliğini sekteye uğratabilir. Bu aşırı durumlar sonucu, ilk başta uyumsal bir savunma mekanizması olan dissosiyasyon bir bozukluğa dönüşmeye başlar (Classen, Koopman & Spiegel,1993). Bu noktadan sonra dissosiyasyon, travmatik yaşantılarla baş etmede işlevsiz ve uygunsuz zihinsel etkinliklere ve davranışlara neden olur. Bununla birlikte bireylerin dissosiyasyonu üç şekilde yaşadığı söylenebilir. Dissosiyasyon fenomeni;

1. Bir kişilik özelliği olarak, normal ve tehlikesiz otomatik davranışlar ve rüyalar şeklinde,
2. Travma ya da strese karşı bir savunma mekanizması olarak ve
3. Belirli ruhsal bozukluklardaki patolojik semptom ve sendrom olarak deneyimlemektedir (Dell, 2009).

2.3.1. Dissosiyatif Bozuklukların Tarihçesi

Travma ile olan yakın ilişkisi göz önüne alındığında dissosiyasyonun tarihi travmanın tarihi ile başlar. Ruhsal travma gibi dissosiyasyonun önemi de tarih boyunca psikolojide ve psikiyatride değişmiştir (deMause, 1998; Öztürk, 2016). 1880'lerden sonra travmanın ruhsal bozukluklarla ilişkisi ön plana çıkarılmaya başlamış ve bu dönemden sonra bu alandaki ilk sistemli çalışmalar yapılmıştır. Özellikle Pierre Janet ve Charcot yaptığı çalışmalarla öncü olmuştur. Janet, geçmiş yaşantıların ilerleyen zamanda ortaya çıkardığı etkilerin öneminin farkına varmış ve histeri belirtilerini travmalarla ilişkilendirmiştir (Öztürk, 2020a; 2022a; 2022b). Her ne kadar dissosiyatif bozukluklar bir sendrom olarak ilk kez Paracelsus (1493-1541) tarafından ikinci bir kişiliği olan kız vakasıyla ortaya atılmış olsa da dissosiyasyon ve dissosiyatif bozuklukların tarihçesinin alter kişiliğin ilk operasyonel tanımını *"ardışık varoluşlar"* şeklinde tanımlayan Pierre Janet (1859-1947) ile başladığı modern psikotravmatoloji kuramlarınca kabul edilmektedir. O dönem sadece histeri vakalarında dissosiyasyonu gözleyen Janet, geçmişteki travmatik yaşantıların buna neden olduğunu öne sürerek, ayrışmış anı ve duygulanımın bilince çıkartılarak hastaların tedavi edilebileceğini öne sürmüştür (North ve ark., 1993; Öztürk, 2020a, 2022a, 2022b).

İlerleyen yıllarda Freud da Janet'in görüşlerine benzer düşünceler ortaya atmış ve Breuer ile yaptığı çalışmalarda histeri ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi ön plana çıkarmıştır. Ayrıca dissosiyasyonun histeri için ilke olduğunu öne sürmüştür. Ancak daha sonra bu görüşünden uzaklaşan ve dürtüsel arzuları ve bastırma savunma mekanizmasını ön plana çıkaran Freud ile birlikte dissosiyasyonu şizofrenin içine dahil eden Breuer'in görüşleri 20. Yüzyılın ilk yarısında dissosiyasyon kavramının önemini yitirmesine yol açmıştır (Hart & Dorahy, 2009; Öztürk, 2020a; Öztürk & Şar, 2005). Daha sonra uzun yıllar dissosiyasyon göz ardı edilmiş ve dissosiyatif bozukluk tanısına karşı eleştiriler getirilmiştir ki bu eleştirilerde Freud'un çocukluk çağı inkarının büyük bir etkisi olmuştur. Freud, çocukluk çağı travmalarını

reddetmesi onu psikotravmatoloji tarihinde primitif bir dipnottan öteye geçememesine neden olurken travma ve dissosiyasyon çalışmalarından asla vazgeçmeyen Pierre Janet'i psikotravmatolojinin duayeni yapmıştır! Pierre Janet'in bilimsel çalışmaları geçmişten günümüze olan uzamda çok sayıda psikoloji kuramına esin kaynağı olmuştur. 1990-1994 yılları arasında bu durum değişmiş ve bu alana ilgi artmıştır. 21. yüzyılın başından itibaren ise pek çok ülkede bu alanla ilgili araştırmalar yapılmış ve tedavi modelleri geliştirilmiştir. Günümüzde modern psikotravmatoloji temelli travma ve dissosiyasyon çalışmaları güncel psikiyatri ve klinik psikoloji uygulamalarına maksimal oranlarda yön vermektedir (Öztürk, 2017; 2020a).

2.3.2. Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Dissosiyatif bozuklukları anlamak için öncelikle ruhsal travma kavramını incelemek gereklidir. Bireyin, ölümle, ağır yaralanmayla ya da cinsel saldırıyla sonuçlanmış bir olayı; doğrudan yaşaması, başkasının yaşadığı bu gibi bir olaya tanık olması ya da bir yakının başına bu tür bir olayın geldiğini öğrenmesi ve bu tür örseleyici olayların hoş olmayan ayrıntıları ile yineleyici ve aşırı şekilde maruz kalması ruhsal travmaya neden olabilmektedir (Bayraktar, 2018). Ruhsal travmaya neden olabilecek travmatik olaylara yangınlar, doğal afetler, cinsel ya da fiziksel saldırı, çocukluk dönemi istismarları, kazalar, bir yakının ölümü, ölümcül hastalık tanısı almak, organ kaybı örnek olarak verilebilir. Ayrıca, bir olayın travmatik olarak tanımlanması için bazı kriterler ortaya atılmıştır. Olayın ani ve beklenmedik olması, olay üzerinde kontrolümüzün az olması, sıradan bir olay olmaması gibi durumlar travmatik olaya işaret eden faktörlerdendir (Bolu ve ark., 2014; Dell, 2009).

Çarpıcı yaşam olaylarının yarattığı stres özellikle kişinin dayanabilme gücünü aştığında ruhsal travma yaşantısı ortaya çıkar. Bu öznel bir durumdur ve aynı olayı yaşayan kişilerin hepsi ruhsal travma sonucu ile karşılaşmaz. Kişilerin olayı öznel olarak tanımlaması ve yorumlaması ile olaya dair duygusal tepkisi ruhsal travmayla yakından ilişkilidir (Classen

ve ark., 1993). Ayrıca, bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, kişilik yapısı, geçmiş deneyimleri, başa çıkma stratejileri ve sosyal destek gibi değişkenler travmatik olaya karşı gösterilen tepkinin farklılaşmasına yol açar (Riley, 1988). Bu tür olaylar kişinin dört temel inancını sarsar ve bu zarar gören inançların yerine yeni inançlar konulamazsa kişi bu durumla baş etmekte zorlanır. Bu temel inançlar: dünyanın iyi bir yer olduğuna, bireyin değerli olduğuna, dünyanın anlamlı olduğuna ve insanların güvenilir olduğuna yönelik inançlardır (Classen ve ark., 1993).

Ruhsal travmalar kişinin ruhsal dünyasında iç çelişkilere, karşıt düşünceler arasında gidip gelmelere, travma ile ilgili konuları zihinden uzaklaştırma çabalarına ya da bu konular hakkında aşırı düşünmeye neden olabilir ve kişinin yaşamını kısıtlayıcı bir hal alabilir. Yani, erken yaşam yıllarında başlayan ve yineleyici olan çocukluk çağı ruhsal travmaları sonucu dissosiyatif bozukluklar gelişebilir ve kişinin ruhsal dünyasındaki iç uyum ve harmoni kaybolur. Olumsuz erken yaşam olayları içinde özellikle çocuk ihmal ve istismarı dissosiyatif bozukluklarla yakından ilişkilidir (Dalenberg ve ark., 2012). Her ne kadar bu konuda sınırlı düzeyde çalışma yapılmış olsa da genetik faktörlerin ve ailenin de dissosiyatif bozukluğa neden olduğu gösterilmiştir. Bazı kişilerin dissosiye olma eğilimleri biyolojik olarak daha yüksektir. Bu kişilerin diğer uyum sağlama mekanizmaları travmatik olayla başa çıkmada yetersiz kaldığından bu kişilerin savunma mekanizmaları dissosiyasyonu kullanılır. Bununla birlikte bireyin yetiştiği aile çevresi, ebeveynlerin ihmal ve ilgisizlikleri önemlidir. Özellikle çocuğun bu ilgisizlik ve ihmallere karşı ebeveynlerle bağ kurma çabası ve bu olumsuz durumları hiç olmamış gibi bilinçten uzaklaştırması daha sonra dissosiyasyon boyutuna varabilmektedir (Öztürk, 2017; 2020a).

2.3.3. Dissosiyatif Bozuklukların Eştanıları

Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olan dissosiyatif bozukluklar genellikle eştanılı bir psikiyatrik hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik ve

kümülatif travmatik yaşantıların klinik görünümlerinden biri de bu eştanıların kendisidir. Dissosiyatif bozukluk tanısı bulunan eştanılı vakalarda öncelikle bu dissosiyatif bozukluk tanısının temel alınmalı ve bu vakaların psikoterapisi bu tanıya göre düzenlenmelidir. Dissosiyatif bozukluklarda maksimal oranda görülen eştanılar; travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon bozukluğu ya da dissosiyatif depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, beden dismorfik bozukluk ve borderline kişilik bozukluğudur. Ortalama başarıya sahip bir psikoterapist için dissosiyatif bozukluklar vakalarındaki işitsel ve görsel halüsinasyonlar, bir psikotik bozukluk izlenimi verebilmektedir. Bu izlenim psikoterapisti yanıltabilmektedir ki, işitsel ve görsel halüstünasyonları bulunan vakaların nevrotik ya da psikotik olup olmadıkları ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Dissosiyatif bozukluk vakalarının görsel ve işitsel halüsinasyonları büyük ölçüde dissosiyatif semptomlarla ilişkili olup, psikotik bozukluklara daha organizedir (Öztürk, 2020a).

Bireylerin ruhsal bütünlüğünü tehdit eden ve kronik olan dissosiyatif bozukluklarda; bilinç kesintileri, amneziler ve öfke patlamalar sık ve yoğun bir şekilde yaşantılanmaktadır Kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri bu bozuklukla eş tanılıdır (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ile bazı ortak belirtilere sahiptir. Dissosiyatif bozukluklarda normalde bütünleştirici olan kimlik, bellek, bilinç ve çevreyi algılama işlevlerinde bozulmalar ya da kesintiler görülmektedir (Dell, 2009). Travmatik yaşantılar sonrasında dissosiyatif bir reaksiyon olarak bireyin belleği ve kimliği arasındaki bağlar kopabilmekte olup depresyon ve madde kötü kullanımı gibi disfonksiyonel tutum ve davranışlar da görülebilmektedir. Disssosiyatif bozukluk vakaları ayrıca, konversiyon bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve fibromiyalji gibi eştanılar da alabilmektedir (Ross, 2007; Şar ve ark, 2004).

2.3.4. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Dissosiyasyon her insanda görülebilecek kimi belirtilerden psikopatolojik durumlara uzanan geniş bir skalada tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda dissosiyasyon, gündüz düş kurmak gibi aktüel yaşamdaki görece önemsiz bir dissosiyatif yaşantıdan dissosiyatif kimlik bozukluğu gibi bir psikopatolojiye kadar uzanır. Bu nedenle dissosiyatif yaşantıların ve dissosiyatif bozuklukların yaş ile birlikte oranı azalsa da genel popülasyonun %10-11 kadarında görülmektedir. Bu oran kadınlarda %18,3 olarak bildirilmektedir. Türkiye'de ise yatarak ve ayakta tedavi gören hastalarda yapılan çalışmalarda dissosiyatif bozuklukların %10 civarında olduğu bulunmuştur. Dissosiyatif bozuklukların en çok görüldüğü kesim ise gençlerdir. Çocuklarda da görülebilir ve çocuk yaşta tedavisi daha kolaydır (Şarlak & Öztürk, 2018). Dissosiyatif bozukluklar tüm psikiyatrik bozukluklar arasında çocukluk çağı travmalarını en yüksek oranda bildiren tanı grubudur. Bu vakalarda %57,1-%90,2 oranında cinsel istismar, %57,1 oranında duygusal istismar, %62,9-%82,4 oranında fiziksel istismar görülmektedir (Foote ve ark., 2006).

Dissoyatif kimlik bozukluğunun etkilenen kişinin otobiyografisinin devamlılığına müdahale eden farklı kişilik durumları ve tekrarlayan dissosiyatif amnezilerin varlığı nedeniyle belirgin bir kimlik bozukluğu ile karakterize olduğunu belirtmektedir. Bu kişilik durumları (alterler), kişinin benlik ve faillik duygusunu baltalayarak, tekrar tekrar bireyin kontrolünü ele geçirmektedir. Bireyin kontrolünü ele geçiren bu alter kişiliklerin ruh halleri ve karakteristikleri çok çeşitli olabilmektedir. Bu alter kişilikler arasındaki etkileşimler, dissosiye bireyi rahatsız eden klinik belirtilere yol açabilmektedir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu vakaları genellikle içinde başka kişilerin olduğunu hissetmekte ve alter kişilikleriyle zihninde iletişim kurabilmektedir. Ev sahibi (host) kimlik tarafından isimlendirilen alter kişiliklerin bir dissosiyatif kimlik bozukluğu vakasında ortalama olarak 15-17 arasında olduğu bildirilmektedir (Öztürk, 2020a; APA 2013). DKB'nin yaygınlığı popülasyonun %0,1 ila %5'i

arasında değişmektedir (Ross & Wing 1997). APA'ya (2013) göre, ABD'de yetişkinler arasında DKB'nin 12 aylık prevelansı %1.5'tir ve bu oranın %1.6'sı erkek ve %1.4'ü kadındır. Şar ve arkadaşları (2014) Türkiye'de 116 ergen (11-17 yaş) psikiyatri polikliniği hastasında yaptıkları çalışmada 73 katılımcının 33'ünde (%45.2) dissosiyatif bozukluk, 12'sinde (%16.4) ve 21'inde (%28.8) başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk olduğunu saptanmıştır.

2.3.5. DSM Tanı Kategorilerinde Dissosiyatif Bozukluklar

Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile en yakın ilişki dinamiğini gösteren dissosiyatif bozukluk tanısı, günümüzde biz psikoterapistlerin karşısına en sık çıkan psikiyatrik tanıların başında gelmektedir (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozukluklar yaklaşık 40 yıl öncesine kadar histeri başlığı altında bir alt kategorisi olarak var olmaktaydı. Dissosiyatif bozukluk terimi 1980'de DSM-III'de kullanılmıştır. Daha sonra DSM-III-R ile birlikte dissosiyatif bozuklukların temel özelliği "*kimlik, bellek ya da bilinçliliğin normaldeki bütünleştirici fonksiyonlarında değişme ya da bozulma*" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca DSM-III-R ile birlikte DSM-III'de bulunan "*bu bozukluğun nadir görüldüğü*" ibaresi kaldırılmıştır. DSM-III-R'de 5 ana dissosiyatif bozukluk tanımlanmıştır ve bunlar: Psikojenik amnezi ve füg, depersonalizasyon ile çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluktur. Daha önceleri dissosiyatif bozukluk içinde yer alan konversiyon bozukluğu ise DSM-III-R ile birlikte dissosiyatif bozukluktan tamamen ayrılmıştır (Spiegel ve ark., 2011). DSM-IV'de dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlevlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durulmuştur. Ayrıca, başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozuklukların bir alt kategorisi olarak "*dissosiyatif trans bozukluğu*" tanımlanmıştır. Dissosiyatif bozukluklar DSM-IV'de de 5 ana başlık halinde incelenmiştir ve isimlendirmede bazı değişiklikler olmuştur. Bu başlıklar: Dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füg, depersonalizasyon, dissosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluklardır (Dell, 2009).

2.3.6. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyatif kimlik bozukluğu

A. *İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyusal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.*
B. *Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması.*
C. *Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*
D. *Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir. Not: Çocuklarda bu belirtiler imgesel oyun arkadaşları ya da başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.*
E. *Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol esrikliği sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*

Öztürk (2020a), dissosiyatif kimlik bozukluğu'nu (DKB) erken yaşta maruz kalınan ve tekrarlayan çocukluk çağı ruhsal travmaları, bilinç kesintileri, öfke patlamaları, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri ile karakterize eştanılı, kronik ve karmaşık bir psikiyatrik durum olarak tanımlamıştır. DKB'nin temel özelliklerine genellikle, dissosiyatif belirtilerden ziyade, tipik olarak hastanın başvuru şikayeti olan bir psikiyatrik belirtiler karışımı eşlik etmektedir (Simeon ve ark., 2009). DKB hastaları duygudurum, anksiyete, kişilik, yeme, işlevsel somatik ve madde kullanım bozukluklarının yanı sıra psikoz ile ilişkili

semptomlar sergileyebilirler. Dissosiyatif kimlik bozukluğu hem bu karışık semptomlu profil nedeniyle hem de hastaların dissosiyatif semptomlarını ortaya çıkarmaktan çekinme ve utanma eğilimi nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Çocukluk çağı travması öyküsü dissosiyatif kimlik bozukluğu etiyolojisinde güçlü bir şekilde rol oynamaktadır (Dorothy ve ark., 2014). Putnam (1989) ve Ross'a (1997) göre, DKB'si olan bireyler, genellikle erken çocukluk döneminde başlayan ciddi bir istismar öyküsünü bildirmektedirler. Geri dönüşler, yoğun duygulanım, değişen bilinç durumları ve kendi kendini yok etme dürtüleri gibi karmaşık travma sonrası ve çözülme belirtileri yaşamaktadırlar (Herman, 1992).

Dissosiyatif Amnezi

A. *Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, özyaşamöyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.*
B. *Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*
C. *Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpmayla baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*
D. *Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.*

Dissosiyatif amnezi kişinin genellikle travmatik ya da stres yaratıcı özellikte olan önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir şekilde hatırlayamaması olarak tanımlanmaktadır. Dissosiyatif amnezide, özel bilgilerin bellekten geri çağrılması sırasında sorun yaşanmaktadır. Hastalığın belirtileri, klinik açıdan belirgin bir soruna veya

sosyal, iş veya diğer günlük hayatı etkileyebilecek alanlarda bir işlevselliğin bozulmasına yol açmalıdır. Dissosiyatif amnezinin en belirgin özellikleri; ani başlaması, başlangıcından belirgin bir stres kaynağı olması, tam iyileşme oluşu ve tekrarlanma olasılığının az olmasıdır (Steinberg, 1994). Dissosiyatif amnezi otobiyografik bilgileri hatırlayamama ile karakterizedir. Dissosiyatif amnezi; lokalize, seçici veya genelleştirilmiş şekilde olabilmektedir. Lokalize amnezi, sınırlı bir zaman periyodu için hafıza kaybını ifade ederken (örneğin, çocuklukta meydana gelen istismar), seçici amnezi, bireylerin olayın tamamını değil, bazı parçalarını hatırlayabilmesini ifade eder. Nadir olduğu düşünülen genelleştirilmiş dissosiyatif amnezi, kişinin otobiyografik geçmişine ve çoğu zaman kimliğine yönelik toplam hafıza kaybına işaret etmektedir (APA, 2013; Dell, 2013).

DSM-5'e göre (APA, 2013), dissosiyatif amnezisi olan kişiler sıklıkla hafıza problemlerinin farkında olmamaktadır. Dissosiyatif amnezisi olan kişiler bahsedilen hafıza problemlerinden olan anterograd hafıza bozukluğunu nadir de olsa sergileyebilmektedir (McKay & Kopelman, 2009). Genel popülasyonda dissosiyatif amnezi raporlarının yaygınlığının %1,8 ila %7,3 aralığında olduğu tahmin edilmektedir (Spiegel ve ark., 2011; Staniloiu ve Markowitsch, 2014). Araştırmacılar, erkeklerin ve kadınlar da eşit olarak dissosiyatif amnezinin görüldüğünü bulgulamıştır (Staniloiu & Markowitsch, 2012). Çeşitli araştırmalarda dissosiyatif amnezi hem genel popülasyonda %7.3 (Şar ve ark., 2007) hem de klinik ortamlarda %7.3–13.4 (Ross ve ark., 2002) en yaygın dissosiyatif semptomlar arasında olduğu bulgulanmıştır. DSM-IV'de ayrı bir başlık altında incelenen dissosiyatif füg, DSM-5'te bu kategorinin altında değerlendirilmiştir. Dissosiyatif füg, kişinin kendisini birden nasıl geldiğini bilmediği bir yerde bulması ve aradan geçen sürede olanları hatırlamaması olarak tanımlanır. Bireyin ani ve beklenmedik bir biçimde evinden ya da bulunduğu yerden ayrılması belirti olarak kabul edilir. Kimliğiyle ilgili konfüzyon yaşar ya da yeni bir kimlikte olduğunu

varsayar. Bunlar yaşanırken bireyin yönelimi tamdır ve birey uyanıktır. Genellikle bu durumda yeni bir alter kişilik kontrolü ele alır.

Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon)/ Gerçekdışılık (Derealizasyon) Çözülmesi

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

1. *Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duygulan, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantıları (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma).*
2. *Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerle ilgili olarak gerçekdışılık ya da kopukluk yaşantıları (örn. insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır).*

B. *Bu kendine yabancılaşma ya da gerçekdışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır.*

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

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

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

Depersonalizasyon/derealizasyon deneyimleri, genellikle stres, yorgunluk veya uyuşturucu kullanımı koşulları altında yalnızca birkaç dakika süren deneyimler olarak ortaya çıkabileceği gibi, kronik ve uzun süreli olarak da devam edebilmektedir (Lambert ve ark.,

2001). Depersonalizasyon /derealizasyon bozukluğunun temel özellikleri, kalıcı veya tekrarlayan depersonalizasyon, derealizasyon veya her ikisidir. Duyarsızlaşma epizodları, bir gerçek dışılık, kişinin bütün benliğinden ya da benliğin yönlerinden uzaklaşma ya da aşina olmama duygusuyla karakterize edilmektedir. Birey tüm varlığından kopmuş hissedebilir (örneğin, "Ben hiç kimseyim", "Ben yokum"). Aynı zamanda duygular ("duygularım olduğunu biliyorum ama onları hissetmiyorum"), düşünceler (örneğin, "düşüncelerim yok", Kendim gibi hissetmiyorum", "başı pamukla dolu"), tüm vücut veya vücut bölümleri veya duyumlar (örn. dokunma, açlık, susuzluk, libido) dahil olmak üzere kendilik yönlerinden öznel olarak kopmuş hissedebilmektedir (APA, 2013).

Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu

APA (2013) Tanımlanmış bir diğer çözülme bozukluğunu DSM-5'de tanımlamaktadır. Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, "tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları" diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. "*çözülme esrimesi [trans]*"). "*Tanımlanmış diğer*" adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

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

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

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

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

Tanımlanmamış Dissosiyasyon Bozukluğu

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

istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır.

2.3.7. Dissosiyatif Bozuklukların Tedavisi

Dissosiyatif bozukluklarının tedavisinde psikoterapi, ilaç ve hipnoz yöntemleri kullanılmakta olup genel olarak en etkin yöntem ise psikoterapidir (Ogden ve ark., 2006). Dissosiyatif bozuklukların tedavisinde Öztürk tarafından geliştirilen *"Travma Merkezli Alyans Model Terapi"*, ülkemizde en sık kullanılan psikoterapi yöntemidir (Öztürk, 2018a; 2020a). Dissosiyatif amnezi ve dissosiyatif füg̈n tedavisiyle ilgili yapılan araştırmalar sınırlı olsa da dissosiyatif kimlik bozukluğu ile ilgili literatür daha geniştir. Dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi zaman zaman kullanılsa da genel olarak terapi psikodinamik ve içgörü yönelimlidir. Bilişsel müdahalelerde özellikle bireyin travma ile ilişkili bilişsel çarpıtmalarının düzeltilmesi ön planda tutulur. Çocukluk çağı travmalarının üzerinde durulması ve kullanılan dissosiyasyon savunma mekanizmasının terk edilmesinin sağlanması psikodinamik terapinin amaçlarındandır. Özellikle depersonalizasyon bozukluğunun tedavisinde psikodinamik yönelimli terapi ve hipnoz kullanılmaktadır (Bailey ve Brand, 2017; Öztürk, 2018). Psikoterapi açısından tedavi ele alındığında özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisinin bir krize müdahale terapisi olduğu söylenebilir. Bu noktada tedavinin odak noktasını, günlük krizleri yatıştırmayı hedefleyen "*stabilleştirme*", travmatik yaşantıların ayrışmış kısımlarını anlamayı içeren "*travma çalışması*" ve farklı zihinsel yapıları bir araya getirmeyi hedefleyen "*entegrasyon*" aşamaları oluşturur. Bu süreçte terapist, belirli aşamalarda alter kişiliklerle çalışma becerisine ve uzmanlığına sahip olmalıdır (Braun, 1988).

Travma kökenli her psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi dissosiyatif kimlik bozukluğunun tedavisi de bireyin travması ile baş edebilmesi, işlevselliğini geri kazanabilmesi ve çevre ile uyumunun yeniden sağlanabilmesi adına var olan belirli ölçüdeki

ruhsal bütünlüğüne zarar vermeden mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır. Bu nedenle bu alanda "*kısa dönemli psikoterapi*" yaklaşımları büyük önem kazanmıştır (Öztürk, 2018). Dissosiyatif bozukluklara eşlik eden uyku bozukluğu, depresyon bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğu gibi eş tanıların tedavisi de önemlidir. Dissosiyatif bozukluklara özgü doğrudan fayda sağlayan bir ilaç kullanılmasa da bu eş tanıların tedavisinde ilaç kullanılmaktadır. Bu nedenle psikoterapiler ilaç tedavisiyle desteklenmektedir (Ogden ve ark., 2006). Sonuç olarak dissosiyatif bozuklukların tedavisinde bütüncül bir yaklaşım sergilenmeli ve diğer uzmanlarla işbirlikçi bir çalışma gerçekleştirilmelidir. Tedavinin odağını travma merkezli psikoterapi oluştursa da özellikle eş tanıların tedavisinde ilaç kullanımı önemlidir. Ayrıca vakaya özgü olarak hipnoz yöntemi de kullanılmaktadır (Bailey ve Brand, 2017; Öztürk, 2018).

2.4. Kendine Zarar Verme Davranışı

Kendine zarar verme davranışı, intihar amacı olmaksızın bireyin vücudunun belirli bir bölümüne yineleyici olarak bilinçli şekilde zarar vermesini kapsamaktadır (Aksoy ve Ögel, 2003). Ayrıca bu davranış biçimi, kişinin içinde bulunduğu durumla baş edememesi sonucu rahatlama ve kendine yardım amacıyla kendine zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır (Favazza & Conterio, 1989). Kendine zarar verme davranışının tanımıyla ilgili bir diğer önemli nokta ise bu davranışların toplum tarafından kabul edilmeyen davranışları içermesidir (Walsh & Rosen, 1988). Kendine zarar verme davranışını tanımlamak amacıyla dört ölçüt ortaya konmuştur. Kendine zarar verme davranışı sürekli olarak yinelenmelidir, kişi böyle bir davranışta bulunmadan önce gerilim duygusuna sahip olmalıdır, davranışın sonucunda kişi rahatlama ve zevk alma duyguları yaşamalıdır, kişi toplum tarafından damgalanma korkusu ve utanma nedeniyle vücudunda oluşturduğu izleri gizlemeye çalışmalıdır (Favazza, 1992). Kendine zarar verme davranışları uygulanan yönteme göre farklı şekillerde ele alınmaktadır. Kesme, yakma, deriyi kazıma gibi yöntemler ağır formlar olarak değerlendirilirken; çarpma, saçını çekme, iğne batırma gibi davranışlar hafif formlar olarak nitelendirilmektedir. Bu

bağlamda ağır formların psikopatolojiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Fliege ve ark., 2003; Lloyd-Richardson ve ark., 2007).

2.4.1. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Sınıflandırılması

Kişinin iradi isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan ve kendi bedenine yönelik girişim olarak tanımlanan kendine zarar verme davranışı, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Kasıtlı kendine zarar verme davranışının nedenleri, risk faktörleri, ruhsal bozukluklarla ilişkisi ve tedavi yaklaşımları oldukça fazla olmasına rağmen tam olarak bilinmemektedir. Kendine zarar verme davranışlarının, intihar davranışından ayırt edilmesi ve aslında kendine zarar vermenin intiharı belirli ölçüde engelleyen bir özelliğinin de olduğu göz ardı edilmemelidir. Ayrıca, ruhsal travmanın kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olduğu da net bir şekilde ifade edilmektedir (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017). Kendine zarar verme davranışları majör, stereotipik, kompulsif ve impulsif olmak üzere dört kategoride incelenmektedir (Simeon ve Favazza, 2001). Bu alt başlıklar aşağıda incelenecektir.

2.4.1.1. Majör Kendine Zarar Verme Davranışı

Majör kendine zarar verme davranışı ölümcül olma ihtimali olan veya vücutta geri döndürülemez hasarlar bırakan davranışları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Saç yolma, başını duvarlara vurma, kol ve bacak kesme, kastrasyon gibi davranışları içermektedir. Bu tür davranışların özellikle psikotik bozukluklarda görüldüğü belirtilmektedir (Alataş ve ark., 2014; Ocak ve ark., 2013). Ancak kronik örselenme yaşantılarıyla eşlenik dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere travma ile ilişkili bütün psikiyatri tanı gruplarında majör ya da minör kendine zarar verme davranışları görülebilmektedir (Öztürk, 2017; 2020a).

2.4.1.2. Stereotipik Kendine Zarar Verme Davranışı

Stereotipik kendine zarar verme davranışları bilinçli bir durumdan çok biyolojik yönüyle öne çıkan dürtüsel davranışları içermektedir. Bu davranışlar genellikle tekrarlayıcı,

monoton ve ritmik şekilde sergilenmektedir. Başına vurma, başını duvar gibi sert cisimlere vurma gibi davranışlar stereotipik olarak değerlendirilmektedir. Bu davranışlar özellikle mental retardasyon ve ağır yaygın gelişimsel bozukluğu olan bireylerde görülmektedir (Simeon & Favazza, 2001). Öztürk, *"travmatik obsesyon"* deneyimleyen nevrotik vakalarda stereotipik kendine zarar verme davranışlarının görüldüğünü ifade etmektedir (Öztürk, 2017; 2020a).

2.4.1.3. Kompulsif Kendine Zarar Verme Davranışı

Kompulsif kendine zarar verme davranışları tırnak yeme, saç koparma, vücudu kesmek, yakmak, sert bir cisimle vurmak, deriyi çizme veya koparma gibi bilinçsiz ve ritüel halinde gerçekleştirilen davranışları açıklamaktadır. Bu davranışlar, gün içerisinde sıklıkla tekrarlanır ve bu davranışların yapılamaması kişide yoğun strese ve ruhsal gerginliğe hatta anguaza sebep olabilir (Simeon & Favazza, 2001). Öztürk, *"travmatik obsesyon"* deneyimleyen nevrotik ve prepsikotik vakalarda kompulsif kendine zarar verme davranışlarının görüldüğünü belirtmektedir. Bu kompulsif kendine zarar verme davranışlarının intihar girişimlerini engellediğine dair açıklamalar bulunmaktadır (Öztürk, 2017; 2020a).

2.4.1.4. İmpulsif Kendine Zarar Verme Davranışı

İmpulsif kendine zarar verme davranışı genellikle kişinin yaşadığı stresle veya gerilimle baş etme noktasında başvurduğu yöntemlerdendir. Kişi bu davranışları ortaya koyarak anlık bir rahatlama yaşamaktadır. İhtiyaç dışı yeme nöbetleri, kendine vurma, iğne batırma, deriyi kesme ve yakma gibi davranışlar yoluyla kişi agresyon duygusunu açığa vurmaktadır. İmpulsif kendine zarar verme davranışlar sık şekilde tekrarlayıcı olabileceği gibi dönemsel ortaya çıkan düzensiz bir yapıda da olabilmektedir İmpulsif kendine zarar verme davranışları, kompulsif kendine zarar verme davranışlarına benzerdir ancak aniden ortaya çıkan psikopatolojik reaksiyonlardır (Simeon & Favazza, 2001).

2.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışının Tarihçesi

Kendine zarar verme davranışıyla ilgili yazılı kayıtlara antik çağda dahi rastlanmaktadır. Bu dönemin önemli tarihçisi Herodot, "*Tarihin Altıncı Cildi*" isimli kitabında kendini kesen bir kişiden bahsetmiştir. Ayrıca Eski Ahit'te ve Yeni Ahit'te de kendine zarar verici davranışta bulunan kişi veya kişiler anlatılmaktadır (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017; Favazza & Rosenthal, 1993). Kendine zarar verme davranışına dair örneklere mitolojik eserlerde de rastlanmaktadır. Yunan mitolojisinde yer alan Kral Oedipus trajedisinde suçluluk ve günahkarlık hisleri nedeniyle gözlerini çıkararak kendine zarar veren bir kral anlatılmaktadır. Mitolojide kendine zarar verme davranışına bir diğer örnek ise Norveç mitolojisinde Odin'in kendi gözünü çıkarması davranışıdır (Favazza & Conterio, 1989).

Tıbbi literatür açısından bakıldığında ise kendine zarar verme davranışını içeren ilk kaydın 1846 yılında ortaya konulduğu görülmektedir. Belirtilen kayıtta suçluluk duyguları yaşayan bir kadının iki gözünü çıkararak kendine zarar verdiği bildirilmektedir (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017). Kendine zarar verme davranışı DSM-IV-TR'de özel bir başlık altında incelenmemiştir ancak duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve boderline kişilik bozukluğu kapsamında ele alınmıştır (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017). DSM-5'te ise ayrı bir başlık altında incelenen kendine zarar verme davranışları, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar başlığı altında kendine zarar verme öyküsü şeklinde tanı kategorisi olarak yer almıştır (APA, 2013).

2.4.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Epidemiyolojisi

Kendine zarar verme davranışının genellikle ergenlik döneminde başladığı ve ergenlikle birlikte genç yetişkinlikte sık görüldüğü belirtilmektedir (Claassen ve ark., 2006). Normal popülasyonda ergenlerin %14-40'ının kendine zarar verici davranışta bulunduğu, klinik örneklem açısından bakıldığında ise ergenlerde bu oranının %40-61 olduğu gösterilmektedir (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Ross & Health, 2002). Genel popülasyon

açısından bakıldığında kendine zarar verme davranışının görülme sıklığının %1 olduğu belirtilmektedir. Ergen ve genç yetişkinlerde ise oranın %12'ye kadar çıkabildiği bildirilmiştir (Briere ve Gil, 1998). Türkiye'de yapılan bir çalışmada lise öğrencileri arasında kendine zarar verme davranışında bulunma oranı %21,4 olarak ortaya konmuştur ve kadın-erkek grupları arasında fark olmadığı belirtilmiştir (Zoroğlu ve ark., 2003). Türkiye'de bu konuda ergenler üzerinde yapılmış bir diğer çalışmada da katılımcıların %57'sinin en az bir kere kendine zarar verici davranışta bulunduğu ortaya konmuştur (Bildik ve ark., 2012). Kendine zarar verme davranışının başlangıç yaşına bakıldığında ise 10-24 yaş arası önemli görülmektedir ve başlangıç ortalamasının 13-14 yaş olduğu belirtilmektedir (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). ABD'de yapılan bir çalışmada ise başlangıç yaşı 16 olarak bildirilmiştir (Skegg, 2005). Türkiye'de ise kendine zarar verme davranışının başlangıç yaşının 16-20 arasında olduğu ortaya konmuştur (Tarlacı ve ark., 1997).

2.4.4. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Etiyolojisi

Kendine zarar verme davranışlarının ortaya çıkma nedenlerine bakıldığında istismar öyküsü ve biyolojik nedenler ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte davranışsal ve psikodinamik kuramlar da çeşitli açıklamalar ve varsayımlar ortaya koymaktadır. Psikiyatri ve klinik psikoloji bağlamında kendine zarar verme davranışları primer olarak çocukluk çağı travmaları ile sekonder olarak ise sosyal öğrenme ile ilişkili psikopatolojik reaksiyonlar olup genellikle bireyde psikiyatrik bir tanının ortaya çıkışı ile eşlenik olarak fonksiyon görmektedir (Aksoy ve Ögel, 2003; Öztürk, 2020a). Kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerle yapılan çok sayıdaki çalışmada kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağında yaşanan travmalar arasında fonksiyon geçişleri olduğu bulunmuştur. Çocukluk döneminde fiziksel istismar ve duygusal ihmale uğrayan kişilerde özellikle kendine zarar verme davranışları daha sık yaşantılanmaktadır (Fliege ve ark., 2009; Ballard & Bosk, 2010).

2.4.4.1. Biyolojik Nedenler

Biyolojik nedenlere bakıldığında opiyat, serotonin ve dopamin sistemlerinin rolünün ön plana çıktığı belirtilmektedir (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017). Bu bağlamda kendine zarar verme davranışlarının biyolojik nedenlerinden birisi olarak opiyat reseptörlerinin uyarılması gösterilmektedir. Mental retardasyonu olan ve kendine zarar verici davranışlarda bulunan bireylere opiyat antagonistleri verildiğinde bireylerin 2/3'ünde iyileşme olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde dopamin düzensizliğine yönelik uygulamalar sonucunda Tourette sendromu bulunan bireylerin kendine zarar verici davranışlarının azaldığı gösterilmiştir ve bu da dopaminin rolü hakkında bilgi vermektedir (Aksoy & Ögel, 2003). Serotonin düzeyinin azalması kendini kesme davranışı açısından bir diğer biyolojik neden olarak görülmektedir. Kendine zarar veren bireylerin genel özelliklerine bakıldığında öfkeli, kaygılı, dürtüsel kişiler olduğu ve bunların da serotonin miktarının azalmasına bağlı olduğu bildirilmektedir (Simeon ve ark., 1992).

2.4.4.2. Psikososyal Nedenler

Başta fiziksel istismar ve duygusal ihmal olmak üzere çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın ergenlikte ve yetişkinlikte ortaya çıkan kendine zarar verici davranışlarla ilişkili olduğu birçok araştırma ile ortaya konmuştur (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017). Fiziksel istismar sonucunda benlik ve bedenin dissosiyasyonu ve ağrının daha az hissedilmesi kendine zarar verme davranışlarının artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte cinsel istismar öyküsüne sahip olmanın da önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Yates, 2004). İstismar mağduru bireylerin yeniden yaşantılama deneyimleriyle baş etmek, suçluluk nedeniyle kendini cezalandırmak, kendisi üzerinde kontrol sağlayabilmek, hayatta olduğunu hissetmek, ailesinden intikam almak gibi nedenlerle kendine zarar verici davranışlarda bulunuyor olabileceği belirtilmektedir (Ögel & Aksoy, 2006). Ailesel etkenlere bakıldığında ise ebeveynleri boşanmış olan veya ailesinden ayrı kalan büyüyen çocukların kendine zarar

verici davranışta bulunmaya daha yatkın olduğu ortaya konmaktadır. Aile içinde olumlu ilişkiler kurulan bir ortamda büyüyen çocuklarda ise riskin düşük olduğu gösterilmektedir (Toprak ve ark., 2011). Bununla birlikte aile bireylerinde kendine zarar verme öyküsünün bulunması, fiziksel veya psikolojik problemlerin olması, alkol ya da madde kullanımının olması ergen bireyde kendine zarar verici davranışın ortaya çıkması açısından risk oluşturmaktadır (Yates, 2004).

2.4.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Kendine zarar verme davranışına özel herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmamıştır. Bununla birlikte birçok psikiyatrik bozuklukta kendine zarar verme davranışlarının görülebildiği belirtilmektedir (Haw ve ark., 2001). Depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozuklukları, yeme bozuklukları ve birçok kişilik bozukluğu kendine zarar verme davranışının en sık ortaya çıktığı psikiyatrik bozukluklar olarak açıklanmaktadır (Jacobsone ve Gould, 2007). Oransal olarak bakıldığında ise intihar girişimi dahil olmak üzere kendine zarar verme davranışı sergilemiş olan 15 yaşından büyük bireylerin %92'sinin en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı ortaya konmuştur (Hintikka ve ark., 2009).

2.4.5.1. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

Kendine zarar verme davranışı sergileyen ergenlerin %42-68'inin majör depresyon tanısı aldığı belirtilmektedir (Jacobson ve ark., 2008). Ayrıca majör depresyon dışındaki depresif bozukluklar da dahil edildiğinde bu oranın %89'u bulduğu bildirilmektedir (Jacobson & Gould, 2007). Bununla birlikte sağlıklı bireylerle kıyaslandığında depresif belirtiler gösteren bireylerin kendine zarar verme davranışı göstermeleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bunun sonucunda depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı açısından bir risk faktörü olduğu değerlendirilmektedir (Bjärehed & Lundh, 2008). Anksiyete bozuklukları açısından bakıldığında ise kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerin

%37'sinin herhangi bir anksiyete bozukluğu yaşadığı ortaya konmuştur (Hintikka ve ark., 2009). Bununla birlikte kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerin sağlıklı bireylere göre daha fazla kendine zarar verdiği gösterilmiştir ve bu noktada anksiyete bozuklukları bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Ross & Health, 2002).

2.4.5.2. Kişilik Bozuklukları

Kendine zarar verme davranışlarının bütün kişilik bozukluklarında sıklıkla görüldüğü belirtilse de özellikle borderline kişilik bozukluğunun, histrionik kişilik bozukluğunun ve antisosyal kişilik bozukluğunun bu noktada öne çıktığı bildirilmektedir (Herpetz, 1995). Boderline kişilik bozukluğu olan bireylerde özellikle ailesel nedenlerin bireyi kendine zarar verme davranışına ittiği belirtilmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğunda ise kendine zarar verme davranışına başlangıç nedenleri olarak adli olaylar ve askerlikle ilgili problemler gösterilmektedir (Aksoy & Ögel, 2003). Ancak kendine zarar verme davranışları, sıklıkla borderline kişilik bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar ile eşleniktir (Öztürk, 2020a).

2.4.5.3. Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyatif bozuklukların kendine zarar verme ve intihar davranışının en sık görüldüğü psikiyatrik bozukluklardan olduğu belirtilmektedir (Öztürk & Derin, 2021). Dissosiyatif bozukluğu bulunan bireylerin %69'unun kendine zarar verici davranışlarda bulunduğu ortaya konmuştur (Briere & Gill, 1998). Dissosiyatif bozukluklar ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında çocukluk çağı travmaları sonucunda ortaya çıkan ve olumsuz etkiler yaratan duygu, düşünce ve davranışlarla baş etme çabası ortak nokta olarak görülmektedir. Bu durum da kendine zarar verme davranışı ve dissosiyasyon bozuklukları açısından önemli bir belirleyici olan çocukluk çağı travmalarının ilişkili olduğu göstermektedir (Öztürk & Derin, 2021). Dissosiyatif bozukluk tanısı alan vakaların yaklaşık %80.8'inin kendine zarar verme davranışlarında bulunduğu belirlenmiştir (Kılıç ve ark., 2017).

2.4.5.4. Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanım bozuklukları kendine zarar verme davranışı açısından önemli bir risk faktörüdür ve özellikle tekrarlayan kendine zarar verme davranışlarında madde kullanım bozuklukları sık görülmektedir (Favazza & Rosenthal, 1993). Kendine zarar verici davranışta bulunan bireylerde madde kullanım oranının %90 olduğu gösterilmiştir. Ayrıca %67,7'sinin birden çok madde kullandığı ve %71,1'inde madde kullanımının bağımlılık düzeyinde olduğu ortaya konmuştur (Tarlacı ve ark., 1997). Madde kullanım bozukluğu olan bireylere bakıldığında ise %25-33'ünün en az bir kere kendine zarar verici davranışta bulunduğu saptanmıştır (Kerr ve ark., 2010). Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olması, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ergenlerin kendine zarar verme davranışını önemli ölçüde arttırabilmektedir ki bu doğrultuda alkol ve madde gibi bağımlılık yapıcı maddelerin özellikle çocuk ve ergenlerden uzak tutulması önemli bir gerekliliktir (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017).

2.4.5.5. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları ve kendine zarar verme davranışlarının önemli derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir. Anoreksiya nervozası bulunan bireylerin %27-61'inde; bulumia nervozası bulunan bireylerin ise %26-55'inde kendine zarar verme davranışlarını ortaya çıkmaktadır (Kerr ve ark., 2010). Bununla birlikte yeme bozukluklarında görülen tıkınırcasına yeme ve kusma davranışlarının kendine zarar verme davranışlarındaki olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ögel ve Aksoy, 2006). Yeme bozuklukları özde çocukluk çağı travmaları ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile ilişkili psikopatolojilerdir (Öztürk, 2020a; 2021). Kendine zarar verme davranışını patolojik düzeyde gösterenlerde yeme bozuklukları başta olmak üzere; anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu en sık görülen ruhsal hastalıklardır (Jacobsone & Gould, 2007).

2.4.5.6. İntihar Girişimleri

Kendine zarar verme ve intihar girişimleri belirli oranda birlikte görülmesine rağmen, genellikle kendine zarar verme davranışı intihar girişimlerine karşı bir tampon görevi görebilmektedir. İntihar girişimlerinde, umutsuzluk ve depresyon yoğun bir şekilde hissedilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2017). Kendine zarar verme davranışının gerçekleşmesinden sonraki ilk 6 ayda genel olarak intihar girişimleri olabilmektedir (Cooper ve ark., 2005). Ayrıca yineleyen şekilde kendine zarar verme davranışlarının görülmesi de intihar girişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Hawton ve ark., 2003). İntihar girişimi bulunan bireylerin yaklaşık %39'unda kronik kendine zarar verme davranışı olduğu ifade edilmektedir (Zahl ve Hawton, 2004). Travmayla ilişkili psikiyatrik hastalıklar: dissosiyatif bozukluklar, majör depresyon bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk, intihar girişimleriyle karakterize en temel psikiyatrik hastalıklardır.

2.4.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Savunma Mekanizmaları

Kendine zarar verme davranışlarının kullanılan savunma mekanizmalarıyla ilişkisine bakıldığında işlevsel olmayan savunma mekanizmalarının kullanımının kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Öztürk ve ark., 2020). Bununla birlikte başta dissosiyasyon olmak üzere immatür savunma mekanizmalarının kullanımının kendine zarar verici davranışlarla oldukça güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya konmaktadır (Sarno ve ark., 2010). Öztürk, Derin ve Okudan (2020) tarafından yapılan bir çalışmada kendine zarar verici davranışlarda bulunan bireylerin immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullanırken olgun savunma mekanizmalarını daha az kullandıkları ortaya konmuştur. Ayrıca aynı araştırmada bu bireylerin immatür savunmaların yanı sıra bir nevrotik savunma mekanizması olan yapma-bozmayı ve olgun savunma mekanizması olan baskılamayı kendine zarar

vermeyen bireylere göre daha sık kullandıkları belirtilmektedir (Öztürk, Derin & Okudan, 2020).

2.5. Savunma Mekanizmaları

Anksiyeteye ve çatışmaya neden olan gereksinimlerinin karşılanması noktasında engellenmek, benlik saygısının ve bütünlüğünün tehdit altında olması organizmada gerilim yaratmaktadır. Savunma mekanizmaları bu noktada gerilimi kısa süreliğine de olsa azaltmak veya oluşan yeni durumla organizmanın baş etmesini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Cramer, 2008). Savunma mekanizmaları DSM-IV'te yer almıştır ve "*bireyi kaygıya ve iç ve dış stresörlerin farkındalığına karşı koruyan otomatik psikolojik süreçler*" olarak ele alınmıştır (APA, 1994). Bireyde rahatsızlık hissi uyandıracak derecede yoğun şekilde yaşanan anksiyete, üzüntü, utanç, suçluluk, aşağılanma gibi duygular savunma mekanizmaları sayesinde kabul edilebilir düzeye gelir ve kişinin bu duyguları normal seviyelerde yaşamasına olanak sağlar. Bu noktada rahatsızlık yaratan durumlara karşı savunma mekanizmalarının aktif edilmesi planlı şekilde değildir, otomatik olarak işlevini yürütür (Dorpat, 1987). Çatışmalara ve bunalımlara karşı kullanılan savunma mekanizmalarının genellikle bilinçdışı şekilde kullanıldığı belirtilmektedir (Öztürk, 2008). Savunma mekanizmaları organizmada bireyi rahatlatacak ve işlevsel hale getirecek şekilde görev yapsa da sürekli ve katı şekilde kullanılması sorunun temel çözümünü engellemektedir (Clark, 1992).

2.5.1. Psikanaliz ve Savunma Mekanizmaları

Savunma mekanizmaları kavramını literatüre Sigmund Freud 1894 yılındaki "*Savunma Psikonevrozları*" çalışmasıyla kazandırmıştır. Freud ilk dönemlerde savunma mekanizmalarını histeri nevrozuyla beraber değerlendirmiş ve psikopatoloji alanı içine almıştır. 1915 yılında ise savunma mekanizmaları hakkında açıklamalarını güncellemiş ve organizmada oluşan çatışma durumlarına karşı kullanılan patolojik olmayan ruhsal mekanizmalar olarak tanımlamıştır (Cramer, 1987). Freud savunma mekanizmalarını

açıklarken 1894 yılındaki bu çalışmasında *"bastırma"* terimini kullanmıştır (Freud, 1937). Kişiyi duygusal gerilimlerden ve içsel çatışmalardan koruyan savunma mekanizmaları kişilik gelişiminde ve çevreye uyum sağlama konusunda öne çıkmaktadır. Bu durum da savunma mekanizmalarının kişiliğin gelişimiyle birlikte ortaya çıkan ve temel işlevlerinden birisi psikolojik dengeyi sağlamak olan egonun gelişmesinde de etkili olduğunu göstermektedir (Freud, 1961). Savunma mekanizmalarının kapsamını genişleten, detaylı şekilde açıklayan ve kullanılma nedenlerine dair psikanalitik açıklamalar yapan kişi ise 1936 yılındaki çalışmasıyla Anna Freud'dur (Freud, 1937). Anna Freud (1966) savunma mekanizmalarının sadece egoyu istenmeyen ve çatışma yaratan durumlardan uzak tutma görevinin olmadığını belirtmektedir. Ona göre savunma mekanizmaları dürtüsel olarak ortaya çıkan davranışlara, duygulara ve içgüdüsel isteklere karşı kontrol sağlama amaçlı da kullanılmaktadır (Freud, 1966). Anna Freud'a göre tüm bireysel normal ya da nevrotik olarak farklı derece kapsamlarda kendine özgü savunma mekanizmaları kullanmaktadır (Freud, 1937).

2.5.2. Savunma Mekanizması Türleri

Savunma mekanizmaları ile ilgili çalışmalar artmaya başladıkça çatışmalarla baş etme ve çevreye uyum sağlama açısından etkilerine göre hiyerarşik bir düzende oldukları ortaya konmaya başlandı. İlk olarak Anna Freud savunma mekanizmalarını patolojik ve uyumlu savunma mekanizmaları şeklinde iki grupta ele almıştır (Freud, 1937). Savunma mekanizmaları ile ilgili bir diğer sınıflandırma ise Vaillant (1971) tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmada savunma mekanizmaları "*psikotik savunmalar*", "*immatür savunmalar*", "*nevrotik savunmalar*" ve "*olgun savunmalar*" olarak tanımlanmıştır (Vaillant, 1971).

2.5.2.1. İmmatür Savunma Mekanizmaları

Hiyerarşide birinci kademede bulunan immatür savunma mekanizmaları en ilkel ve patolojik savunma mekanizmalarıdır. Benmerkezci bir prensiple çalışmaktadır ve genellikle beş yaşına kadar olan çocuklarda, psikotik hastalarda, ağır kişilik bozukluğu olanlarda ve

diğer şiddetli regresyon yaşayanlarda görüldüğü düşünülmektedir. Çarpıtma, bölme, inkar, yer değiştirme, dissosiyasyon, otistik fantezi, dışa vurma, pasif saldırganlık gibi savunma mekanizmaları bu gruba dahildir (Vaillant, 1971). İmmatür savunmalar rahatsız edici gerçeklerden ve tehditlerden dolayı ortaya çıkan anksiyeteyi azaltmak amacıyla kullanılır. Gerçeklikten kopuk olması, yeterince olgunlaşmamış olması nedeniyle toplum nezlinde yeterince kabul görmemektedir (Öztürk, Derin ve Okudan, 2020).

2.5.2.1.1. Yansıtma

Freud tarafından tanımlanan ilk savunma mekanizmalarından biridir. Ego ile uyumsuzluk oluşturan duygular veya düşünceler dış dünyadaki farklı bir özneye yansıtılarak benlikten uzaklaştırılır (Vaillant, 1992). Bu noktada birey kendi hatalarının sorumluluğunu almaktan kaçınmaktadır ve bu sorumluluğu bir başkasına yüklemektedir. Bu sorumluluğun yanı sıra suçluluk hislerine neden olabilecek olan dürtü ve düşünceler de diğer insanlara atfedilmektedir (Geçtan, 1997). Bununla birlikte bu savunma mekanizması kullanıldığında birey kendi kişilik özelliklerini başka insanlarda görmektedir. Yansıtmanın paranoid hastalarda sık görüldüğü düşünülmektedir (Geçtan, 2013).

2.5.2.1.2. Pasif Saldırganlık

Duygusal çatışmalar ve stres bireyde başkalarına karşı bir saldırganlık isteği uyandırmaktadır. Ancak bu saldırganlığın doğrudan ortaya konması her zaman uygun olmayacaktır. Bu noktada pasif saldırganlıkla birlikte bu istek dolaylı ve kapalı şekilde ortaya konmaktadır. Yani kişinin yaşadığı içsel çatışmalar, stres durumları ve kaygı karşısında başa çıkma biçiminin içsel saldırganlıkla ifade edilmesi şeklinde gerçekleşir. (Callak, 2019). Kişi yaşadğı bu agresyono farklı şekillerde ortaya koyabilir. İş yavaşlatma, unutma, surat asma, inatçılık, bilerek erteleme, kasıtlı beceriksizlik, sorumluluktan almaktan uzak durma gibi davranışlar pasif saldırganlığa örnek verilebilmektedir. Bu davranışların altında öfke, kızgınlık ve saldırganlık duyguları yatmaktadır (Yaşar, 2014).

2.5.2.1.3. Dışa Vurma

Dışa vurma, bireyin bilinçdışında oluşan bazı çatışmaları bilinç düzeyinden uzak tutmak için eyleme geçmesi ve oluşan dürtü ve istekleri kontrol etmesini açıklamaktadır (Yaşar, 2014). Dışa vurma ile kişi bilince ulaşmasından korktuğu düşünceleri eyleme vurarak çaresizlik veya korunmasızlık hissinin yerine daha güçlü bir birey olduğu hissini yaşamaya çalışır (McWilliams, 2010). Burada önemli olan ortaya koyulan davranış üzerinden düşünülmeden ve davranışının temelde iyi mi kötü mü olduğu sorgulanmadan davranışın ortaya çıkmasıdır. Kısacası ortaya çıkan duygu, düşünce ve arzular hiçbir şekilde denetime uğramadan doğrudan davranış olarak ortaya konmaktadır. Kişi bu eylemleri benliğin dışında gerçekleşiyor gibi algılamaktadır (Geçtan, 2003).

2.5.2.1.4. Yalıtma

Yalıtma savunma mekanizmasının travmatik deneyimler sonrası ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Yalıtma, çatışma yaratan düşüncelerde ve fantezilerde duygusal içeriğin ayrıştırılması ve bunun sonucunda etkilerinin azaltılarak kontrol edilebilir bir noktaya getirilmesini açıklamaktadır. Bu noktada hala bilinç düzeyinde varlığını sürdüren düşüncenin etkisi azalmış olur (Vaillant, 1992). Birey bu sayede benliğini üzüntüye ve hayal kırıklığına karşı korumaktadır (Geçtan, 1997). Yalıtma savunma mekanizmasının özellikle obsesif kompulsif bozukluk hastalarında kullanıldığı belirtilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip kişilerde düşüncelere aşırı değer verilerek duygular yaltılmaya başlar (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.5.2.1.5. Değersizleştirme

İnsan mükemmelliğe hiçbir zaman ulaşamamaktadır ve bunun sonucunda hayal kırıklığı yaşamaktadır. Bu nedenle mükemmel olarak idealize ettiği durumları değersizleştirerek hayal kırıklığıyla mücadele etmektedir (McWilliams, 2010). Özellikle borderline kişilik bozukluğunda, narsistik kişilik bozukluğunda ve obsesif kompulsif kişilik

bozukluğunda değersizleştirmenin sık kullanıldığı belirtilmektedir (Özakkaş, 2008). Narsist kişilerin çevrelerindeki kişilere, olaylara veya nesnelere karşı küçümseyici, aşağılayıcı yaklaşımları değersizleştirme savunma mekanizmasıyla ilişkilidir. Bu sayede kendi değersizliği ile yüzlememiş ve hayak kırıklığına uğramamış olur (McWilliams, 2010).

2.5.2.1.6. Otistik Fantezi

İmmatür bir savunma mekanizması olan otistik fantezi bireyin dış dünyada var olan anksiyete ve açmazlardan uzaklaşmak için içsel fantezi dünyasına geri çekilmesidir. Birey dış dünyada doyuramadığı arzu ve dürtüleri nedeniyle çatışma yaşamaktadır. Bu arzu ve dürtüleri doyurmak amacıyla içe kapanma ve hayal kurarak bunları gerçekleştirme otistik fantezi olarak tanımlanmaktadır (Ezer, 2017). Şizoid özelliklere sahip kişilerde daha sık görülmektedir. Burada kişi ilişki kurma stresini yaşamamak için içsel dünyasına yönelir. Bu durumun alışkanlık haline gelmesi yani anksiyete ile baş etmenin fantezi dünyasında sınırlı kalması durumunda kişi şizoid olarak tanımlanmaktadır (McWilliams, 2010).

2.5.2.1.7. İnkâr

İnkâr, benlikte çatışma yaratabilecek ve benlik için tehlikeli olan bir durumun görmezden gelinmesi olarak tanımlanmaktadır. Birey bu durumu yok sayar ve kendisine acı verecek realiteden uzak tutmaya çalışır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Yani kişi inkar sürecinde, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, dış gerçekliğin acı verici yönlerini kabul etmeyi reddederek baş etmeye çalışır. Kişilerin inkar mekanizmasını sık kullanması ve var olan gerçekleri devamlı olarak reddetmesi olumsuz neticeler doğurabilir. Kendisini istismar etmesine rağmen eşinin çok iyi birisi olduğunu söyleyen bir kimse, madde bağımlılığını reddeden bir kişi veya hasta olduğunu reddeden ve doktora gitmeyen kimseler inkar mekanizmasını kullanarak problemlerinin devam etmesine neden olabilmektedir (McWilliams, 2010).

2.5.2.1.8. Yer Değiştirme

Yer değiştirme, kişide kaygı yaratan ve çatışmaya neden olan duygu veya dürtüyle baş etmek amacıyla bunların asıl yönelmesi gereken nesne yerine daha az tehlike oluşturan ve daha az kaygı yaratan daha baş edilebilir başka bir nesneye yöneltilmesidir. Bu sayede kişi kaygı yaratan durumdan kendi içselliğinde uzaklaşmaya çalışmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2008). Bu noktada çatışma yaratan duygunun nesnesi değiştirilmektedir ya da bu duygunun ortaya çıkardığı tepki başka bir tepki ile değiştirilmektedir (Geçtan, 2013). Irkçılık, homofobiklik ve cinsiyetçilik gibi kişilerin benimsemediği durumlarda yer değiştirme savunma mekanizması ortaya çıkabilmektedir (McWilliams, 2010).

2.5.2.1.9. Bölünme

Bölünme, bireyin dürtü veya arzularını iyi-kötü, olumlu-olumsuz gibi net parçalara bölerek iyiyi deneyimlemeye kötüden uzak durmaya çalışması veya bunun tam tersini sergilemesidir (Öztürk & Uluşahin, 2008). Örnek olarak daha önce iyi olarak nitelendirilen kişiye nedensiz yere şüpheci hisler hisseden bir kişi; bunun karşısındaki kişiden değil kendi hislerinden kaynaklandığının bilincinde değildir. Yani karşıdaki kişinin değeri iyi ile kötü durum arasında sürekli yer değiştirir. Bölünme kaygıyı azaltma ve özsaygıyı koruma yönünde işlevsel olsa da içerdiği çarpıtmalar nedeniyle psikoz ya da borderline kişilik bozukluğu gibi durumlarda görülmektedir (Aksu, 2019).

2.5.2.1.10. Rasyonalizasyon

Rasyonalizasyon, bireyin davranışlarına, düşüncelerine, duyguların ve arzularına toplumsal normlarına uygun mantıklı açıklamalar getirmesini içermektedir. Bu sayede kişi davranışlarını mantıksal bir temele oturtur ve ulaşamadığı amaçların ardından ortaya çıkan hayal kırıklığıyla mücadele edebilir (Geçtan, 1997). Yani kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, yanlış ama güven verici veya kendine hizmet eden açıklamalarını ayrıntılandırma aracılığıyla kendi düşünce, eylem ve duygularının altında yatan gerçek

motivasyonlarını saklayarak baş ederBu savunma kişinin zor durumdan hasar alma seviyesini indirger. Bunun yanında kişi için otomatik hale gelerek her şeyi rasyonelize etmek gibi bir durum ortaya çıkabilir (McWilliams, 2010).

2.5.2.1.11. Bedenselleştirme

Bedenselleştirme kavramı Breuer ve Freud'un histeri nevrozu çalışmalarından sonra ortaya çıkmıştır. Bastırılmış cinsel travmalarla başa çıkmak için kişinin bedensel belirtiler gösterdiği şeklinde yorumlanan kavram daha sonrasında çocukluk çağında bastırılmış çocukluk çağı fantezilerinin sonucu olarak nitelendirilmiştir (McWilliams, 2010). Tıbbi bulgular olmadığı halde kişinin bedeni ve bedeninin işlevleriyle ilgili bilinçli sembolik korkuları mevcuttur. Kişi depresyon, yalnızlık, tatminsizlik ve yoksunluktan kaynaklanan acı verici duygulardan kaçınmak için dikkatini bedenine verir. Yani kişi ruhsal bunalımlarını fiziksel belirtilere dönüştürmekte ve bu şekilde bunları baş edilebilir bir noktaya getirmeyi amaçlamaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2008).

2.5.2.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları

Nevrotik savunma mekanizmalarının obsesif kompulsif bozukluk, konversiyon bozukluğu ve stresle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Diğer savunma mekanizmaları gibi ruhsal çatışmaları çözmeyi amaçlasa da ruhsal yapı ve çevre arasındaki uyumun tam olarak sağlanamadığı düşünülmektedir. Yapma-bozma, psödöalturizm, idealleştirme ve karşıt tepki gösterme savunma mekanizmaları bu grupta değerlendirilmektedir (Yaşar, 2014). Nevrotik savunmalar sorunları tam olarak çözmese de kısa süreli bir rahatlatma sağlar. Sürekli olarak nevrotik mekanizların kullanılması yani kişide temel savunma mekanizması haline gelmesi sosyal, kişisel ve mesleki işlevsellikte problemlere yol açabilir (Öztürk, Derin ve Okudan, 2020).

2.5.2.2.1. Yapma Bozma

Yapma bozma savunma mekanizması kişinin kendisinin veya toplumun onaylamadığı davranışlardan uzak durması ve böyle bir davranışı sergilediyse de bu durumu düzeltmek amacıyla özür dileme, sadaka verme gibi davranışlarda bulunmasını içermektedir (Geçtan, 1997). Yani kişiler burada kendisinde suçluluk, utanç, öfke vb. duygulanımları yaratan davranışlar sergiledikten sonra farklı davranışlarla bu durumu dengeleme çabasına girer. Yapma bozma mekanizmasını kullanan kişiler kompulsif kişiler olarak değerlendirilir. Kişiler süpergolarının katı yönlerini karşıyamadıkları zaman bu savunma aktifleşebilmektedir (McWilliams, 2010).

2.5.2.2.2. Psödo-alturizm

Alturizm kavramı içerisinde yansıtma ve özdeşim mekanizmalarını da barındırır. Kişi kendisinde kaygı uyandıran, kıskançlık, öfke gibi duygular yaşadığı kişi veya durum ile özdeşim kurarak o kişi gibi davranır ve duygusunu bir başka nesneye yönlendirebilir. Birey çocukluk çağındaki arzularının ebeveynlerin katı tutumu nedeniyle gerçekleşmemesi sonucunda katı ve cezalandırıcı bir süperego geliştirir. Bu durumda da kişi arzularını gerçekleştirme yolunda adım atmakta zorlanabilir. Bu noktada arzular bastırılmaz ve çevredeki insanlara yansıtılarak doyuma ulaşmak hedeflenir (Freud, 1937).

2.5.2.2.3. İdealleştirme

İdealleştirme kişinin duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, diğerlerine abartılı olumlu nitelikler atfederek baş etmesi olarak tanımlanabilir. Farklı bir değişle bireyin arzu ettiği nesnenin olumsuz özelliklerini nesneden dışsallaştırarak bu nesneyi daha kabul edilebilir bir düzeye getirilmesi şeklinde açıklanmaktadır. Bu şekilde birey arzu ettiği nesneyi idealleştirerek bu nesneye ulaşma noktasındaki dürtülerinin çatışma yaratmasını engellemektedir (Kernberg, 1999). Aynı zamanda idealleştirme yapmasının diğer amacı ise

kişinin kendisine zarar verebilecek kötü nesnelerden, anksiyete gibi olumsuz duygulardan ve saldırganlıktan kendisini korumaktır (McWilliams, 2010).

2.5.2.2.4. Karşıt Tepki Geliştirme

Karşıt tepki geliştirme de kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, kendi kabul edilemeyen düşünce ve duygularını, bunlarla taban tabana zıt davranış, düşünce ve duygularla ikame ederek baş eder. Başka bir değişle kişi bir durumu, nesneyi veya kişiyi daha az tehdit edici hale getirmek için o şeyin zıddına döndürmeyi tercih eder. Sonucunda ceza alma, anksiyete, suçluluk gibi durumlar ortaya çıkaran arzu ve dürtü duyguların yerine bunların tam tersine karşılık gelen arzu, dürtü ve duygular konulması karşıt tepki geliştirme olarak tanımlanmaktadır (Geçtan, 1997). Yani Olumlu bir duygunun olumsuz bir duygu haline getirilmesi veya olumsuz bir duygunun olumlu bir hale getirilmesi şeklinde tanımlanabilir (McWilliams, 2010).

2.5.2.3. Olgun Savunma Mekanizmaları

Olgun savunma mekanizmaları bireyin içsel özellikleri ve çevre arasında uyum ve denge kurmayı sağlayan, ruhsal gerilimi ve anksiyeteyi azaltan ve sosyal anlamda olumlu sonuçlar doğuran mekanizmalardır (Yaşar, 2014). Bu savunmaların kullanımı kişilik gelişimine ve yaşa bağlıdır. Olgun savunma mekanizmaları sağlıklı ve işlevsel olarak yaşam boyu kullanılmaktadır (Aksu, 219). İnsan ilişkilerinde başarının ve sürdürülebilirli- ğinin sağlanmasında bireylerin kullandığı matür savunmaların önemli bir yeri bulunmaktadır (Öztürk, Derin & Okudan, 2020).

2.5.2.3.1. Yüceltme

Saldırganlık veya cinsellik gibi toplum tarafından kabul edilmeyen ama doyurulması gereken haz ve doyum sağlayan dürtü ve arzuların kabul edilebilir farklı eylemlere dönüştürülerek sergilenmesi yüceltme olarak tanımlanmaktadır. Bu sayede kabul edilemez görülen dürtü ve arzular yararlı şekilde doyurulmaktadır (Geçtan, 2013; Öztürk & Uluşahin,

2008). Bir kasabın veya cerrahın cinai dürtüleri, bir ressamın teşhirciliği, bir dişçinin saldırganlık isteği ve buna benzer durumlarla kabul edilmeyen davranışların yüceltilmesidir. Freud'a göre ise biyolojik temelli dürtülerin (ısırma, kirletme, dövüşme, çiftleşme) sosyal olarak dışavurumudur (McWilliams, 2010).

2.5.2.3.2. Mizah

Mizah, kaygı yaratan ve benlikte çatışmalara neden olan durumlara karşı bakış açısının değiştirilerek ortaya çıkan duygu ve düşüncelerin mizah temelinde değerlendirilmesi ve bu sayede ciddiyetten uzak şekilde sergilenmesi sonucunda rahatsızlık veren durumlarla baş etme olarak tanımlanmaktadır (Ersevim, 2013; May, 2013). Bastırılan dürtülerin, duyguların boşaltımı olarak kişiler bu mekanizmayı kullanmaktadır. Freud'a göre mizah sadece bastırılan durumlarda değil, kişinin anlık olarak karşılaştığı tehdit durumlarında da kullanılmaktadır (Freud, 1937).

2.5.2.3.3. Beklenti Oluşturma

Kişiler için anksiyete yaratma ihtimali olan, geleceğe dair planların ve durumların söz konusu olduğu noktalarda kullanılır. Beklenti oluşturma, gelecekte ortaya çıkabilecek olayları tahmin etme, bu olaylarla ilgili zihinsel süreçleri kullanma ve çözüm üretecek tepkiler planlamayı içeren bir savunma mekanizmasıdır (Watson & Sinha, 1998). Bu sayede kişi ilerleyen süreçte oluşacak ve benliği zorlayıcı bir konuma gelecek olaylar üzerinde kontrol sağlayabilir ve bu olaylara karşı uyum gösterebilir (Vaillant, 2000).

2.5.2.3.4. Bastırma

En temel olgun savunma mekanizmalarından biri olan bastırma, dürtü ve arzuların bireyin isteği dışında bilinçdışında muhafaza edilmesi ve bilinç düzeyine çıkmasının engellenmesidir (Geçtan, 2013). Bu noktada bastırma bir kaçış değildir, o an doyurulması uygun olmayan dürtü ve arzuların ertelenmesi ve daha uygun bir zamanda tekrar bilinç düzeyinde değerlendirilmesidir (Werman, 1983). Egonun temel savunmasıdır. Kişinin

hayatında yer alan ve kaygı uyandıran durumlar karşısında otomatik olarak işler. Baskılama, güdülenmiş unutma veya bilinmezlik olarak tanımlanabilir. Kişi bir şeyi bilinçten uzaklaştırır ve belirli bir mesafede tutar ve böylece kişiiçin uyum sağlayıcı bir görev üstlenir (McWilliams, 2010).

2.5.3. Savunma Mekanizmaları ve Psikopatoloji

Freud, zamanla kişiliğin bir parçası haline gelen belli savunma mekanizmalarının dürtü ve arzulara karşı saplantılı olarak kullanılmasının sonucunda psikopatolojinin ortaya çıktığını öne sürmektedir. (Freud, 1937). Bununla birlikte savunma mekanizmalarının çalışma prensibinin bilinçdışı olması ve dürtü ve duyguların üzerinde kontrol sahibi olması nedeniyle psikopatoloji açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Vaillant, 1992). Kullanılan savunma mekanizmaları ve depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında depresyon yaşayan bireylerin daha çok immatür savunma mekanizmalarını kullandığı ortaya konmuştur. Bununla birlikte bu kişilerin olgun savunma mekanizmalarını daha az kullandığı belirtilmektedir (Carvalho ve ark., 2013). Ayrıca depresyon ve anksiyete düzeylerinin immatür savunma mekanizmaları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Özellikle yansıtma, dışa vurma, pasif agresyon, yer değiştirme gibi savunma mekanizmalarıyla depresyon ve anksiyete düzeyleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Erdem ve ark., 2008).

Savunma mekanizmalarının depresyondaki intihar davranışı üzerinde de etkili olduğu belirtilmektedir. Dissosiyasyon, değersizleştirme, inkar ve bölünme gibi gerçeklik algısında bozulmalara yol açan savunma mekanizmaları kullanan depresyondaki bireylerin intihara daha eğilimli olduğu ortaya konmuştur (Hovanesian ve ark, 2009). Yapılan bir başka çalışmada da dissosiyasyon dışında gerçeklik algısını bozan savunma mekanizmalarının anksiyete ve depresyonun şiddettini arttığı bildirilmiştir (Callak, 2019). 2019 yılında yapılan bir araştırmaya göre alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin nevrotik savunma mekanizmalarını daha sık kullandığı ortaya konmuştur. Bununla birlikte çocukluk çağı

travmaları ve dissosiyatif yaşantıları olan bireylerin bağımlılıklarının arttığı ve ilkel savunma mekanizmalarına daha çok yöneldiği belirtilmektedir (Callak, 2019).

2.5.4. Savunma Mekanizmaları ve Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları farklı türdeki istismarlar ve ihmaller sonucunda orta çıkan ve sonucunda travmatik etkiler yaratabilen durumlardır. Çocukluk çağı travmaları borderline ve paranoid gibi kişilik bozukluklarının, majör depresyonun, intihar girişimlerinin, madde bağımlılıklarının, anksiyete bozukluklarının ve travma sonrası stres bozukluğunun etiyolojisi içinde yer almaktadır. Savunma mekanizmaları ise çocukluk çağı travmalarının neden olduğu ruhsal problemler dahil her türlü ruhsal çatışmada kullanılmaktadır (Yöyen, 2018). Çocukluk döneminde istismara uğramış bireylerin yetişkinlikte immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullandığı belirtilmektedir (Nickel & Egle, 2006). Bununla birlikte çocukluk çağı travma öyküsü bulunup immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullanan bireylerin travma düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Çağatay, 2014). Çocukluk çağı travmalarının türleri açısından bakıldığında duygusal istismar ve fiziksel istismarın immatür savunma mekanizmaları ile pozitif yönde ilişkili olduğu ortaya konmaktadır. Fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel ihmalin ise immatür savunma mekanizmalarının yanı sıra nevrotik savunma mekanizmalarıyla da ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte çocukluk çağı travmalarının yoğunluğunun arttıkça immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının daha sık kullanıldığı, olgun savunma mekanizmalarının kullanılma oranının ise azaldığı gösterilmektedir (Yöyen, 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmamızda iki ya da daha fazla sayıda değişken arasında değişim varlığı ve var olan bu değişimin farklılaşma derecesini belirlemeyi sağlayan, karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli uygulanmıştır. İki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma desenlerinin tümü "*ilişkisel tarama modelleri*" olarak tanımlanmaktadır. Bu araştırma, korelasyon türü ilişki ve karşılaştırma yolu ile elde edilen ilişkisel tarama modeline uygun olarak düzenlenmiştir. Korelasyon türü ilişki aranan araştırmalarda, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği, birlikte bir değişme varsa bunun nasıl olduğu öğrenilmeye çalışılmaktadır. Karşılıklı ilişkisel tarama ise gerçek bir neden-sonuç ilişkisi vermeyen, ancak o yönde bazı ipuçları vererek, bir değişkendeki durumun bilinmesi halinde diğerinin kestirilebilmesinde yararlı sonuçlar sağlayan bir araştırma düzenidir. Modelde, en olası çözümden başlayarak ilişkilerin sınanması yani karşılaştırma yolu ile belli bir sonucun oluşma nedenleri "*tek*"e indirgenmeye çalışılır (Karasar, 2007).

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni, Trabzon'da yaşayan silah bulundurma ruhsatı bulunan kişilerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi, 2021-2022 tarihleri arasında Trabzon ilinde yaşayan ve silah bulundurma ruhsatı olan 150 kişi ile Trabzon ilinde yaşayan ve silah bulundurma ruhsatı olmayan 150 kişilik kontrol grubuyla birlikte toplamda 300 kişiden oluşmaktadır. Çalışmamızın örnekleminde 90 kadın ve 210 erkek bulunmaktadır. Veri toplama çalışmaları, Eylül 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup bu doğrultuda toplam 320 kişiye ulaşılmıştır. Bu kişilerden 3'ü katılmayı kabul etmediği, 17'si ise eksik doldurduğu için

çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemine ulaşma ve verilerin toplanması, kartopu örnekleme yöntemiyle belirlenen kişilerle gerçekleştirilmiştir. Kartopu örnekleme yapmak için evrendeki birimlerden birisiyle bağlantı kurulmaktadır. Bağlantı kurulan kişinin yardımıyla bir başkasıyla, daha sonra yine aynı yolla bir başkasıyla temas kurularak örneklem kartopu etkisi zincirleme olarak büyütülmektedir (Karasar, 2007).

3.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini toplamak amacıyla A. K. ve E. Ö. tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, bireylerin dissosiyatif yaşantılarını güvenilir bir şekilde ölçmek için Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), bilinçdışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendirmek için Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) ve bireylerin çocuk çağlarında yaşadıkları ihmal ve istismarı ölçmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), bireylerin kendine zarar verme davranışı içerisinde bulunup bulunmadığı, bulunuyorsa hangi davranışları sergilediklerini ölçmek için Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini toplamak amacıyla A. K. ve E. Ö. tarafından geliştirilmiş soru formudur. 38 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu'nda; cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, meslek, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığının olup olmaması ve bir uzmandan yardım alıp almama gibi sosyo-demografik içeriklerin yanı sıra katılımcıların adli bir olaya karışıp karışmamaları, silah bulundurmaya ve kullanmaya dair tutumları, silah sahibi olup olmamaları, silahın güvende hissettirip hissettirmemesi gibi ilgili değişkenlerle ilişkili olabileceği varsayılan sorular da bulunmaktadır.

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

Bernstein, Fink, Foote ve Handelsman tarafından 1994'te geliştirilen ölçek; cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile duygusal ve fiziksel ihmali değerlendirmektedir. Ölçek 53 maddeden oluşmuş olup, Türkçeye uyarlanmıştır. Bu ölçek, bireylerin 20 yaş öncesinde deneyimledikleri cinsel, fiziksel, duygusal ihmal ve istismara yönelik sorulardan oluşmaktadır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). 12 yaşından büyük çocuklarda kullanılabilen bu ölçek, üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmakta olup, 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte cevaplandırma 1 (hiçbir zaman) ile 5 (çok sık) olacak şekilde yanıtlanabilmektedir. Alt grup puanları 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Cinsel ve fiziksel istismar için 6 puan ve üstü, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 8 puan ve üstü, duygusal ihmal için 13 puan ve üstü kesme noktası kabul edilmektedir (Şar ve İkikardeş, 2012). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89 olduğu bulunmuştur. Alt testlerin iç tutarlığına bakıldığında; duygusal istismar .90, duygusal ihmal .85, cinsel istismar 0.73, fiziksel istismar .90, fiziksel ihmal .77, ve minimizasyon .71 olarak saptanmıştır.

3.3.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bernstein ve Putham (1986) tarafından dissosiyasyonu güvenli bir şekilde ölçmek için geliştirilen bu ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte klinik ve normal popülasyon için kendini değerlendirme hedeflenmiştir. Her bir soruda 0 ile 100 arasında değişen bir puanlama sistemi var olmakta ve bu puanlama sonucunda toplam puanların ortalaması hesaplanarak DES skoru elde edilmektedir. Ölçek 30'un üstünde olan puanlar için en az bir dissosiyatif bozukluğun var olabileceğine işaret etmektedir, bu nedenle kesme puanı 30 olarak belirlenmiştir (Aydemir & Köroğlu, 2000). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Yargıç, Tutkun ve Şar (1995) tarafından Türkiye'de yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik iç tutarlılık katsayısı r=.0.96 bulunmuştur.

3.3.4. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Andrews, Singh ve Bond tarafından 1993 yılında geliştirilen ölçek, bilinçdışında var olan savunma biçimlerinin bireylerde bilinç düzeylerinin yansımalarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 40 madde ve 20 savunmadan oluşmakta olup, deneysel olarak değerlendirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmekte olup Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçekte var olan 20 savunma mekanizması immatür, matür ve nevrotik savunmalar şeklinde 3 boyutta toplanmıştır. 3 savunma ve diğer her bir alt savunma biçiminin ölçülmesinde toplam puan ya da aritmetik ortalama kullanılabilmektedir. Tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Savunma Biçimleri Testi ölçeğinin psikometrik özelliklerine bakıldığında, iç-tutarlılık katsayısı Olgun Savunma Biçimi için .75, Nevrotik Savunma Biçimi için .66 ve Matür Savunma Biçimi için .89 olarak bulunmuştur. Ölçek normal ve klinik örneklemlerde incelendiğinde savunma biçimlerinde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (Yılmaz ve ark., 2007). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik iç tutarlılık katsayısı r=.0.89 bulunmuştur.

3.3.5 Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, 2009 yılında Klonsky ve Glenn tarafından kişilerin kendi istekleri doğrultusunda oluşan ancak özykıyım amacı olmayan kendine zarar verme davranışlarının şiddetini, sıklığını ve işlevlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup, 2012 yılında Bildik, Somer, Kabukçu Başay, Başay, Özbaran tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 2 bölümden oluşmakta olup, ilk bölüm katılımcıların 12 farklı kendine zarar verme davranışı içinden hangisi ya da hangilerini uyguladıklarını anlamak için uygulanmaktadır. "*Kendini kesme, yakma, tırnaklama, ısırma, kendine vurma*" gibi kendilerine zarar verme davranışların ne zaman başladıkları, yaşam boyunca ne sıklıkla gerçekleştirdiklerini anlamaya yönelik sorular var olmaktadır.

Verilen ilk bölümde bir veya birden fazla kendine zarar verme davranışının olması halinde katılımcılar ölçeğin 2. Bölümüne geçiş yapmaktadır. 2. Bölüm 39 sorudan oluşmakta olup, ilk bölümde var olan kendine zarar verme davranışlarının otonom ve sosyal işlevler üzerinden araştırılmasına odaklanılmaktadır. 2. Bölümün 2 alt boyutundan biri olan otonom duygu düzenleme, intiharı önleme, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme ve sıkıntıyı etiketleme olmak üzere 5 alt boyutta incelenmektedir. Sosyal işlevler boyutu ise özerklik, heyecan arama, intikam alma, kişilerarası etkileşim, kişiler arası sınırlar, dayanıklılık, akranlarla bağ kurma ve kendiyle ilgilenme olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Var olan 2 işlevlerin alt boyutlarındaki her bir soru 0 (hiç uygun değil), 2 (çok uygun) olacak şekilde değerlendirilmektedir. Bildik ve arkadaşları tarafından 2013 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin güvenilirlik iç tutarlılık katsayısı r=.0.97 saptanmıştır.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Normallik varsayımı için çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 olarak kabul edilmiştir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz, & Demirel, 2017). Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği iki grup mevcut ise bağımsız örneklemler t testi, ikiden fazla grup mevcut ise ANOVA ve Brown-Forsythe ile incelenmiş olup Ort±SS gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin medyanları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği iki grup mevcut ise Mann Whitney-U testi ve ikiden fazla grup mevcut ise Kruskal Wallis (H) ile incelenmiştir. Kruskal Wallis için H ve Mann Whitney-U testi için de U ve Z istatistikleri paylaşılmıştır. Ayrıca bu değişkenler normal dağılıma uymadığı için gruplara göre sıra ortalaması verilmiştir. Normal dağılım gösteren durumlarda değişkenler arasındaki ilişkinni incelenmesi için Pearson Korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen

durumlarda ise Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkisini belirlemek için Standart Çoklu Regresyon ve Basit Regresyon Analizleri kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

4. BULGULAR

Tablo I. Kişisel Bilgilere Ait Tanımlayıcı Veriler

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
Değişken		n	(%)	n	(%)
Cinsiyet					
	Kadın	34	22.7	56	37,3
	Erkek	116	77.3	94	62,7
Yaş					
	21-25	32	21.3	38	25.3
	26-32	42	27.9	37	24.8
	33-40	39	26.0	45	30.0
	41 +	37	24.8	30	19.9
Medeni Durum					
	Bekar	95	63.3	109	72,7
	Evli	55	36.7	41	27,3
Aylık Gelir					
	2324 TL ve altı	27	18,0	31	20,7
	2325 – 5000 TL arası	32	21,3	21	14,0
	5001 – 8000 TL arası	36	24,0	49	32,7
	8001 TL ve üstü	55	36,7	49	32,7
Eğitim Durumu					
	İlkokul	4	2.7	5	3,3
	Ortaokul	2	1.3	12	8,0
	Lise	5	3.3	1	0.7
	Üniversite ve üstü	139	92.7	132	88,0
Meslek					
	Memur	40	26.7	53	35,3
	İşçi	10	6.7	18	12,0
	Öğrenci	40	26.7	33	22,0
	Çalışmıyor	8	5.3	15	10,0

Ev Hanımı	3	2.0	5	3,3
Emekli	16	10.7	1	0.7
Diğer	33	22.0	25	20.0
Toplam	150	100	150	100

Tablo I'de, kişisel bilgilere ait tanımlayıcı veriler yer almaktadır. Deney grubu katılımcının 34 (%22.7)'ü kadınlardan 116 (%77.3)'sı erkeklerden oluşurken kontrol grubunun 56 (%37.3)'sı kadın 94 (%62.7) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Deney grubu katılımcıların 42 (%27.9)'si 26-32 yaş arasındayken kontrol grubu katılımcılarının 40 (%30.0)'ı 33-40 yaş aralığındadır. Deney grubundan 55 (%36.7) katılımcı 8000 TL ve üzeri bir ücrete sahipken, kontrol grubundan 49 (%32.7) katılımcı 8000 TL ve üzeri gelire sahiptir. Eğitim düzeyine bakıldığında, deney grubu katılımcıların 139 (%92.7)'u, kontrol grubu katılımcıların ise 132 (%88.0)'si üniversite mezunudur.

Tablo II. Katılımcıların Madde-Alkol-Sigara Kullanımına İlişkin Betimsel Analizleri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
Değişken		**n**	**(%)**	**n**	**(%)**
Madde Kullanımı					
	Var	1	0.7	0	0.0
	Yok	149	99.3	150	100.0
Alkol Kullanımı					
	Var	37	24,7	20	13.3
	Yok	113	75,3	130	86.7
Sigara Kullanımı					
	Var	58	38.7	55	36,7
	Yok	92	61.3	95	63,3
Toplam		150	100	150	100

Tablo II'de katılımcıların madde, alkol ve sigara kullanım sayıları verilmiştir. Deney grubu katılımcılarının 149 (%99.3)'u, kontrol grubu katılımcılarının 150 (%100.0)'si madde kullanmamaktadır. Deney grubunda araştırmaya katılan 113 (%75.3) kişi alkol kullanmıyorken kontrol grubundan 130 (%86.7) kişi alkol kullanmamaktadır. Deney grubu katılımcılarından 58 (%38.7) kişi sigara kullanırken, kontrol grubundan 55 (%36.7) kişi sigara kullanmamaktadır.

Tablo III. Katılımcıların Psikiyatrik Tanıları ve Psikolojik Durumlarına Ait Tanımlayıcı Verileri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
Değişken		**n**	**(%)**	**n**	**(%)**
Psikiyatrik tanı aldınız mı?					
	Evet	8	5.3	6	4,0
	Hayır	142	94.7	144	96,0
Psikiyatrik tanınız nedir?					
	Anksiyete bozuklukları	7	87.5	4	66.6
	Depresyon	1	12.5	1	16.7
	DEHB	0	0.0	1	16.7
Psikolojik yardım aldınız mı?					
	Evet	28	18.7	40	26,7
	Hayır	122	81.3	110	73,3
İntihar etmeyi düşündünüz mü?					
	Hayır	115	76,7	135	90.0
	Evet	35	23,3	15	10.0
İntihar girişiminiz var mı?					
	Hiçbir zaman	127	84,7	144	96.0
	Nadiren	23	15,3	6	4.0
Toplam		150	100	150	100

Tablo III'de araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik tanıları ve psikolojik durumlarına ait tanımlayıcı verilere yer verilmiştir. Deney grubu katılımcıların 142 (%94.7)'sı psikiyatrik herhangi bir tanı almamışken kontrol grubu katılımcılarının 144 (%96.0)'ü herhangi bir psikiyatrik tanı almamıştır. Deney grubundan araştırmaya katılan 28 (%18.7) kişi daha önce psikolojik bir destek almışken kontrol grubundan 40 (%26.7) kişi psikolojik bir destek almıştır. Deney grubu katılımcılarının 35 (%23.3)'i intihar etmeyi düşünmüşken kontrol grubu katılımcılarından 15 (%10.0)'i intihar etmeyi düşünmüştür. Araştırmaya deney grubunda katılan 127 (%84.7) kişi daha önce hiç intihar girişiminde bulunmazken, araştırmaya kontrol grubunda katılan 144 (%96.0) kişi daha önce hiç intihar girişiminde bulunmamıştır.

Tablo IV. Katılımcıların Anne-Baba Eğitim Durumuna ve Yaşadıkları Yere Ait Tanımlayıcı Verileri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
Değişken		**n**	**(%)**	**n**	**(%)**
Annenizin eğitim durumu					
	Okur yazar	28	18,7	32	21,3
	İlkokul	51	34,0	43	28,7
	Ortaokul	5	3,3	10	6,7
	Lise	44	29,3	52	34,7
	Üniversite ve üstü	22	14,7	13	8,7
Babanızın eğitim durumu					
	Okur yazar	2	1,3	13	8,7
	İlkokul	51	34,0	47	31,3
	Ortaokul	20	13,3	11	7,3
	Lise	38	25,3	35	23,3
	Üniversite ve üstü	39	26,0	44	29,3
Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?					

	Anne ve baba	18	12,0	13	8,7
	Anne baba ve kardeşler	81	54,0	115	76,7
	Kalabalık akraba	51	34,0	21	14,0
	Diğer	0	0.0	1	0.7
Çocuklukta yaşadığınız yer					
	Şehir merkezi	85	56,7	72	48,0
	İlçe	46	30,7	50	33,3
	Köy/kasaba	19	12,7	28	18,7
Toplam		150	100	150	100

Tablo IV'de araştırmaya katılan katılımcıların anne baba eğitim durumuna ve yaşadıkları yere ait tanımlayıcı verilere yer verilmiştir. Deney grubu katılımcılarının 51 (%34.0)'nin annesinin eğitim durumu ilkokulken kontrol grubu katılımcılarının 52 (%34.7)'sinin eğitim durumu lisedir. Deney grubu katılımcılarının 81 (%54)'i anne, baba ve kardeşlerle yaşarken, kontrol grubu katılımcılarının 115 (%76.7)'i anne, baba ve kardeşlerle yaşamaktadır. Araştırmamıza deney grubunda katılan kişilerin 85 (%56.7)'si çocukluğunda şehir merkezinde yaşamışken, araştırmamıza kontrol grubunda katılan kişilerin 72 (%48)'si çocukluğunda şehir merkezinde yaşamıştır.

Tablo V. Katılımcıların Adli Bir Olaya Karışma Durumu ve Silah Bulundurmayla İlgili Tutumlarının Tanımlayıcı Verileri

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
Değişken	**N**	**(%)**	**n**	**(%)**
Bir suçun mağduru oldunuz mu?				
Evet	12	8.3	13	8,7
Hayır	138	91.7	137	91,3
Adli bir olaya karıştınız mı?				
Evet	19	12,7	10	9.7
Hayır	131	87,3	140	90.3

Silah bulundurmak serbest olmalı mı?					
	Hayır olmamalı	93	62,0	130	86,7
	Emin değilim	38	25,3	10	6,7
	Evet olmalı	19	12,7	10	6,7
Toplumda güvende hissediyor musunuz?					
	Hiç güvende hissetmiyorum	79	45.5	54	36,0
	Güvende hissediyorum	71	54.5	88	58,7
Silah bulundurma ruhsatınız var mı?					
	Evet	150	100.0	0	0.00
	Hayır	0	0.00	150	100.0
Toplam		150	100	150	100

Tablo V'de katılımcıların adli bir olaya karıştığı ve silah bulundurma ile ilgili tutumlarının tanımlayıcı verilerine yer verilmiştir. Deney grubu katılımcılarının 138 (%91.7)'si, kontrol grubu katılımcılarının ise 137 (%91.3)'si bir suçun mağduru olmamıştır. Deney grubu atılımcılarının 19 (%12.7)'u adli bir olaya karışmışken, kontrol grubu katılımcılarının 10 (%9.7)'u adli bir olaya karışmıştır. Silah bulundurmak serbest olmalı mı verilerine bakıldığında deney grubundan 93 (%62) katılımcı hayır olmamalı derken kontrol grubundan 130 (%86.7) katılımcı hayır olmamalı demiştir. Deney grubundan 79 (%45.5) katılımcı kontrol grubundan ise 54 (%36) katılımcı toplumda kendilerini hiç güvende hissetmemektedir. Araştırmaya deney grubunda katılan katılımcıların 150'si (%50) silah bulundurma ruhsatına sahipken, kontrol grubundaki 150 (%50) katılımcı ise silah bulundurma ruhsatına sahip değildir.

Tablo VI. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan (Deney Grubu) Katılımcıların Adli Bir Olaya Karışma Durumu ve Silah Bulundurmayla İlgili Tutumlarının Tanımlayıcı Verileri

Değişken	**N**	**(%)**
Bir suçun mağduru oldunuz mu?		
Evet	13	8.7

Hayır	137	91.3
Adli bir olaya karıştınız mı?		
Evet	19	12.7
Hayır	131	87.3
Silah bulundurmak serbest olmalı mı?		
Hayır olmamalı	93	62.0
Emin değilim	38	25.3
Evet olmalı	19	12.7
Toplumda güvende hissediyor musunuz?		
Hiç güvende hissetmiyorum	57	39.0
Güvende hissediyorum	93	61.0
Toplam	150	100

Tablo VI'da silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların adli bir olaya karıştığı ve silah bulundurma ile ilgili tutumlarının tanımlayıcı verilerine yer verilmiştir. Katılımcıların 137 (%91.3)'si herhangi bir suçun mağduru olmamıştır. Katılımcıların 131 (%87.3)'i herhangi bir adli olaya karışmamıştır. Silah bulundurmak serbest olmalı mı verilerine bakıldığında 93 (%62) katılımcı hayır olmamalı dediği belirlenmiştir. Katılımcıların 57 (%39.0)'si toplumda kendilerini hiç güvende hissetmemekte, 93'ü (%61.0) toplumda kendilerini güvende hissetmektedir.

Tablo VII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olmayan Katılımcıların (Kontrol Grubu) Adli Bir Olaya Karışma Durumu ve Silah Bulundurmayla İlgili Tutumlarının Tanımlayıcı Verileri

Değişken	**N**	**(%)**
Bir suçun mağduru oldunuz mu?		
Evet	12	8.0
Hayır	138	92.0
Adli bir olaya karıştınız mı?		
Evet	10	6.7
Hayır	140	93.3
Silah bulundurmak serbest olmalı mı?		
Hayır olmamalı	130	86.6
Emin değilim	10	6.7
Evet olmalı	10	6.7
Toplumda güvende hissediyor musunuz?		
Hiç güvende hissetmiyorum	79	52.6
Güvende hissediyorum	71	47.4

Toplam	150	100

Tablo VII'de silah bulundurma ruhsatı olmayan katılımcıların adli bir olaya karıştığı ve silah bulundurma ile ilgili tutumlarının tanımlayıcı verilerine yer verilmiştir. Katılımcıların 138 (%92)'i herhangi bir suçun mağduru olmamıştır. Katılımcıların 140 (%93.3)'ı herhangi bir adli olaya karışmamıştır. Silah bulundurmak serbest olmalı mı verilerine bakıldığında 130 (%86.6)'u katılımcı hayır olmamalı dediği belirlenmiştir. Katılımcıların 79'u (%52.6) toplumda kendilerini hiç güvende hissetmemekte, 71 (%46.7)'i toplumda kendilerini güvende hissetmektedir.

Tablo VIII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin (Deney Grubu) Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken		**N**	**(%)**
Ruhsatı kaç yaşında aldınız?			
	21-24	58	38.4
	25 ve üzeri	92	61.6
İlk silah kullanma yaşınız			
	18 ve altı	85	56.4
	19 ve üstü	65	43.6
Silah sizi güvende hissettiriyor mu?			
	Evet	55	36.7
	Kısmen	69	45.9
	Hayır	26	17.4
Silah bulundurduğunuz meskende ne kadar güvende hissediyorsunuz?			
	Hiç güvende hissetmiyorum	38	25.3
	Güvende hissediyorum	112	74.7
Toplam		150	100

Tablo VIII'de silah bulundurma ruhsatına sahip olan katılımcıların silaha dair tanımlayıcı verilerine yer verilmiştir. Silah bulundurma ruhsatına sahip katılımcıların 58 (%38.4)'i silah bulundurma ruhsatını 21-24 yaş aralığında, 92 (%61.6)'si 25 yaş ve üzerinde silah bulundurma ruhsatını almıştır. Araştırmadaki 85 (%56.4) katılımcı 18 yaş ve daha küçükken ilk kez silah kullanmıştır. Silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların 55'ni

(%36.7) silah güvende hissettirmekte, 69'unu (%45.9) kısmen güvende hissettirmekte, 26'sını (%17.4) ise güvende hissettirmemektedir. Silahın bulunduğu meskende katılımcıların 112 (%74.7)'si kendilerini güvende hissetmektedir.

Tablo IX. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin (Deney Grubu) Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişken		**n**	**(%)**
Haksızlıklara karşı silah kullanılabilir			
	Hayır	57	37.9
	Evet	93	62.1
Silah bulundurmanın caydırıcılık etkisi?			
	Hiçbir zaman	14	9.4
	Nadiren	9	5.9
	Ara sıra	78	52.1
	Sık sık	36	23.9
	Her zaman	13	8.7
Silaha sahip misiniz?			
	Evet	103	68.6
	Hayır	47	31.3
Toplam		150	100
Kaç yıldır silah sahibiniz?			
	0-5	28	27.2
	6-10	34	33
	11 ve üzeri	41	39.8
Toplam		103	100

Tablo IX'da silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin silaha dair tanımlayıcı verilerine yer verilmiştir. Silah bulundurma ruhsatına sahip katılımcıların 103'ü (%68.6) silaha sahipken, silah bulundurma ruhsatına sahip olan katılımcıların 47'si (%31.3) silaha sahip değildir. Verilere göre silah bulundurma ruhsatına sahip katılımcıların 57'si (%37.9) haksızlıklara karşı silah kullanılmasına hayır derken, 93'ü (%62.1) ise haksızlıklara karşı silah kullanılmasına evet demiştir. Silah bulundurmanın caydırıcılık etkisinin incelendiği verilere bakıldığında silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin 78 (%52.1)'i ara sıra vardır şeklinde değerlendirmiştir.

Tablo X: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
DİS	300	5.00	22.00	10.44	3.361	2.184	4.773
FİS	300	5.00	20.00	6.07	3.127	3.752	13.612
FİH	300	5.00	12.00	9.17	1.382	-.483	1.838
DİH	300	9.00	22.00	16.51	3.678	-.309	-1.080
CİS	300	.50	15.00	11.57	1.788	-1.557	3.142
CTQ	300	45	73.00	60.61	6.486	-.412	-.028
DES	300	10.71	100.00	30.01	17.585	.674	.946
KZVDDE	300	.00	51.00	6.35	13.00	2.313	4.022
İSB	300	11.00	216	105.81	34.135	.347	-.042
NSB	300	.00	25.00	9.4320	6.01391	.206	-.697
OSB	300	13.00	72.00	44.56	12.343	-.382	-.076
SBT	300	52.00	360.00	189.63	49.54	.188	.641

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi

Tablo X'da Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve alt boyutları ile Savunma Biçimleri Testinin alt boyutlarının betimleyici verileri yer almaktadır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri toplam puan ortalamasının çarpıklık-basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında dağılım göstermemesi nedeniyle normal dağılmadığı, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Savunma Biçimleri Testinin toplam puan ortalamaları ile Savunma Biçimleri Testi alt boyutlarının puan ortalamaları çarpıklık-basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında dağılım göstermesi sebebiyle ise verilerin normal dağıldığı görülmektedir.

Tablo XI. Silah Bulundurma Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Silah Bulundurma	$\bar{x}$	Ss	T	sd	p
CTQ	Evet (n=150)	63.28	5.413	-1.068	298	**0.000**
	Hayır (n=150)	57.13	7.402			
İSB	Evet (n=150)	110,84	36,786	-2,574	298	**0.011**
	Hayır (n=150)	100,79	30,563			
NSB	Evet (n=150)	40,44	11,639	1,752	298	0.081
	Hayır (n=150)	38,07	11,758			
OSB	Evet (n=150)	40,91	12,433	5,364	298	**0.000**
	Hayır (n=150)	48,22	11,145			
SBT	Evet (n=150)	192.19	44.42	-.064	298	0.064
	Hayır (n=150)	187.08	54.33			
DES	Evet (n=150)	31.66	18.85	-1.630	298	**0.024**
	Hayır (n=150)	28.36	16.10			

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Silah bulundurma ruhsatına sahip olma değişkeni için katılımcıların CTQ, SBT ve DES Ölçeklerinin genel toplam puanı ile SBT ölçeğinin alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark ölçeklerin normal dağılmasından dolayı Bağımsız Örnek t Testi ile incelenmiştir. CTQ ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Dissosiyatif yaşantılar ölçek toplam puan ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin çocukluk çağı travmalarına daha fazla maruz kaldığı ve daha yoğun dissosiyatif yaşantılar yaşadığı bulunmuştur.

Tablo XII. Silah Bulundurma Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi-Devamı

Ölçek/Alt Boyut	Silah Bulundurma	Sıra Ort.	U	Z	p

DİS	Evet (n=150)	147.94	10865.5	-.535	0.593
	Hayır (n=150)	153.06			
FİS	Evet (n=150)	160.81	9703	-2.781	**0.005**
	Hayır (n=150)	140.19			
FİH	Evet (n=150)	164.72	9117.5	-3.076	**0.002**
	Hayır (n=150)	136.28			
DİH	Evet (n=150)	171.50	8099.5	-4.231	**0.000**
	Hayır (n=150)	129.50			
CİS	Evet (n=150)	161.29	9632	-2.223	**0.026**
	Hayır (n=150)	139.71			
KZVDDE	Evet (n=150)	160.56	8489	-4.043	**0.004**
	Hayır (n=150)	132.29			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Silah bulundurma ruhsatına sahip olma değişkeni için katılımcıların KZVDDE ölçek toplam puanı ile CTQ ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları yapılan normallik testleri sonucu normal dağılmadığı için ortalama puanlar arası farkı incelemek için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Fiziksel İstismar alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır (U= 9703; $p<0,05$). Fiziksel İhmal alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır (U=-9117.5; $p<0,05$). Duygusal İhmal alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır (U= 8099.5; $p<0,05$). Kendine zarar verme davranışı ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır (U=8489; $p<0,05$). Buradan silah ruhsatı bulunan bireylerin daha fazla fiziksel istismara, duygusal ve fiziksel ihmale maruz kaldığı bulunmuştur. Ek olarak silah ruhsatı olan bireylerin kendine zarar verme davranışı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo XIII. Cinsiyet Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi-I

Ölçek/Alt Boyut	Cinsiyet	x̄	Ss	T	sd	p
CTQ	Kadın (n=90)	57.70	7.157	-5.320	298	**0.011**
	Erkek (n=210)	61.86	5.757			
İSB	Kadın (n=90)	109,29	26,243	-2,720	298	**0.007**
	Erkek (n=210)	97,71	36,514			
NSB	Kadın (n=90)	40,80	11,496	-3,556	298	**0.000**
	Erkek (n=210)	35,64	11,526			
OSB	Kadın (n=90)	45,30	13,492	-4,014	298	0.067
	Erkek (n=210)	46,39	11,369			
SBT	Kadın (n=90)	190.39	44.587	-3.735	298	0.263
	Erkek (n=210)	179.74	50.084			
DES	Kadın (n=90)	29.10	14.134	-.587	298	**0.034**
	Erkek (n=210)	30.40	18.889			

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi

Cinsiyet değişkeni için katılımcıların CCQ, SBT ve DES Ölçeklerinin genel toplam puanı ile SBT ölçeğinin alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark ölçeklerin normal dağılmasından dolayı Bağımsız Örnek t Testi ile incelenmiştir. Kadın ve erkekler arasında nevrotik savunma biçimleri ($p<0.001$) dissosiyasyon düzeyleri ($p=0.034$) ve çocukluk çağı travmaları ($p=0.001$) toplam ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaşmıştır. Buna göre erkeklerin daha yoğun dissosiyatif ve travmatik yaşantılar yaşadığı bulunmuştur.

Tablo XIV. Cinsiyet Değişkeni Açısından Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi-II

Ölçek/Alt Boyut	Cinsiyet	Sıra Ort.	U	Z	p
DİS	Kadın (n=90)	156.09	8946.5	-.765	0,445
	Erkek (n=210)	148.10			

FİS	Kadın (n=90)	142.73	8751	-1.371	0,170
	Erkek (n=210)	153.83			
FİH	Kadın (n=90)	150.71	9431.5	-.029	0,977
	Erkek (n=210)	150.41			
DİH	Kadın (n=90)	117.03	6438	-4.413	**0,000**
	Erkek (n=210)	164.84			
CİS	Kadın (n=90)	164.75	6561.5	-4.330	**0,000**
	Erkek (n=210)	118.41			
KZVDDE	Kadın (n=90)	130.54	-2,011	298	**0,045**
	Erkek (n=210)	155.67			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Silah bulundurma ruhsatına sahip olma değişkeni için katılımcıların KZVDDE ölçek toplam puanı ile CCT ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları yapılan normallik testleri sonucu normal dağılmadığı için ortalama puanlar arası farkı incelemek için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Kadın ve erkekler arasında duygusal istismar ($p<0.001$), cinsel istismar ($p<0.001$) ve kendine zarar verme davranışı ($p=0.045$) açısından yapılan analizler sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo XV. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ile Savunma Biçimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişki

	CTQ	DİS	FİS	FİH	DİH	CİS	KZVDDE	İSB	NSB	OSB	SBT	DES
CTQ	1	,396**	,458**	,265**	,440**	,674**	,255**	,317**	-,103*	,234**	,287**	,696**
DİS	,396**	1	,547**	,221**	-,501**	,118*	,418**	,097	-,129*	-,296**	-,037	,313**
FİS	,458**	,547**	1	,248**	-,401**	-,017	,650**	,327**	-,067	-,280**	,140*	,627**
FİH	,265**	,221**	,248**	1	-,207**	,017	,486**	,040	-,221**	-,187**	-,072	-,002
DİH	,440**	-,501**	-,401**	-,207**	1	,511**	-,350**	-,150**	,089	,429**	,025	-,368**
CİS	,674**	,118*	-,017	,017	,511**	1	-,205**	-,112	,093	,119*	-,025	-,271**

KZVDDE	,255**	,418**	,650**	,486**	-,350**	-,205**	1	,287**	-,001	-,162**	,158**	,536**
İSB	,317**	,097	,327**	,040	-,150**	-,112	,287**	1	,684**	,356**	,940**	,545**
NSB	-,103*	-,129*	-,067	-,221**	,089	,093	-,001	,684**	1	,521**	,838**	,185**
OSB	,234**	-,296**	-,280**	-,187**	,429**	,119*	-,162**	,356**	,521**	1	,618**	-,153**
SBT	,287**	-,037	,140*	-,072	,025	-,025	,158**	,940**	,838**	,618**	1	,381**
DES	,696**	,313**	,627**	-,002	-,368**	-,271**	,536**	,545**	,185**	-,153**	,381**	1

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XVI.'da katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve alt boyutları ile duygusal istismar alt boyutu, duygusal ihmal alt boyutu ve fiziksel istismar alt boyutu arasındaki ilişki Spearmen korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir. Bu testin sonuçlarına çocukluk çağı travmaları ile duygusal istimar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve dissosiyasyon düzeyi arasında güçlü düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo XVI. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Kesme Puanına Göre Dağılımları

Değişkenler		**N**	**%**
DES Kesme Puanı (30)	30'un altı	165	55
	30 ve üzeri	135	45
Toplam		300	100

Not: DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması

Tablo XVI'de katılımcıların DES kesme puanlarına dair frekans verileri yer almaktadır. Katılımcıların 165 (%55)'sinin DES ortalamalarının 30 ve altında, 135 (45)'nin ise DES ortalamalarının 30 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo XVII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Katılımcıların (Deney Grubu) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Kesme Puanına Göre Dağılımları

Değişkenler	**N**	**%**

DES Kesme Puanı (30)	30'un altı	71	47.34
	30 ve üzeri	79	52.66
Toplam		150	100

Not: DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması

Tablo XVII'de silah bulundurma ruhsatı olmayan katılımcı DES kesme puanlarına dair frekans verileri yer almaktadır. Katılımcıların 71 (%47.34)'sinin DES ortalamalarının 30 ve altında, 79 (52.66)'nin ise DES ortalamalarının 30 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo XVIII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olmayan Katılımcıların (Kontrol Grubu) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Kesme Puanına Göre Dağılımları

Değişkenler		**N**	**%**
DES Kesme Puanı (30)	30'un altı	94	62.66
	30 ve üzeri	56	37.34
Toplam		150	100

Not: DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması

Tablo XVIII'de silah bulundurma ruhsatı olmayan katılımcı DES kesme puanlarına dair frekans verileri yer almaktadır. Katılımcıların 94 (%62.66)'sinin DES ortalamalarının 30 ve altında, 56 (37.34)'nin ise DES ortalamalarının 30 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo XIX. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmaları ve Savunma Biçimleri Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	**DES Kesme Puanı**	**N**	**Ort.**	**SS**	**t**	**p**
CTQ	Des 30'un altı	165	57.41	5.068	.497	**.000**
	Des 30 ve üzeri	135	63.78	7.897		
SBT	Des 30'un altı	165	174.03	53.227	-5.452	**.019**
	Des 30 ve üzeri	135	198.16	38.903		
İSB	Des 30'un altı	165	92.59	53.227	-7.270	.256
	Des 30 ve üzeri	135	119.04	38.903		

NSB	Des 30'un altı	165	36.57	53.227	-4.071	.075
	Des 30 ve üzeri	135	41.95	38.903		
OSB	Des 30'un altı	165	44.87	53.227	-.434	**.001**
	Des 30 ve üzeri	135	37.25	38.903		

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalaması; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi

Tablo XIX'da katılımcıların DES kesme puanları ile çocukluk çağı travmaları ve savunma biçimleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik testlerden Bağımsız örneklemler T Testi uygulanmıştır. DES kesme puanına göre yapılan analizde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Savunma Biçimleri Testi genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo XX. Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmalarının ve Kendine Zarar Verme Davranışlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	**DES Kesme Puanı**	**N**	**Sıra Ort.**	**U**	**Z**	**p**
DİS	Des 30'un altı	165	133.24	8290.000	-3.983	**.000**
	Des 30 ve üzeri	135	171.59			
FİS	Des 30'un altı	165	130.38	7817.500	-5.998	**.000**
	Des 30 ve üzeri	135	175.09			
FİH	Des 30'un altı	165	148.44	10797.000	-.494	.622
	Des 30 ve üzeri	135	153.02			
DİH	Des 30'un altı	165	121.30	7195.000	-5.321	**.000**
	Des 30 ve üzeri	135	174.39			
CİS	Des 30'un altı	165	134.55	8984.000	-2.974	**.003**
	Des 30 ve üzeri	135	163.55			
KDVDDE	Des 30'un altı	165	121.96	6428.500	-6.894	**.000**
	Des 30 ve üzeri	135	185.38			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XX'de katılımcıların DES kesme puanları ile çocukluk çağı travmaları testinin alt ölçekleri ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile nonparametrik testlerden Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. DES kesme puanına göre yapılan analizde duygusal istismar, fiziksel istismar ve kendine zarar verme davranışı arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo XXI. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travma ve Savunma Biçimleri Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	DES Kesme Puanı	N	Ort.	SS	t	p
CTQ	Des 30'un altı	71	60.37	5.106	.393	**.034**
	Des 30 ve üzeri	79	62.02	5.702		
SBT	Des 30'un altı	71	171.7	38.323	-5.753	**.000**
	Des 30 ve üzeri	79	201.24	41.992		
İSB	Des 30'un altı	71	86.75	24.512	-5.910	**.007**
	Des 30 ve üzeri	79	113.41	30.074		
NSB	Des 30'un altı	71	35.68	10.174	-5.142	.069
	Des 30 ve üzeri	79	44.77	11.255		
OSB	Des 30'un altı	71	49.27	53.227	-5.753	**.021**
	Des 30 ve üzeri	79	43.06	38.903		

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalaması; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi

Tablo XXI'de silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların DES kesme puanları ile çocukluk çağı travmaları ve savunma biçimleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik testlerden bağımsız örneklemler t testi uygulanmıştır. DES kesme puanına göre yapılan analizde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Savunma Biçimleri Testi genel

toplamı, immatür savunma biçimi, olgun savunma biçimi puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır (p<0,05).

Tablo XXII. Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Kesme Puanına Göre Çocukluk Çağı Travmalarının ve Kendine Zarar Verme Davranışlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	DES Kesme Puanı	N	Sıra Ort.	U	Z	p
DİS	Des 30'un altı	71	62.65	1892.00	-3.983	**.000**
	Des 30 ve üzeri	79	87.05			
FİS	Des 30'un altı	71	68.04	2275.00	-5.998	**.002**
	Des 30 ve üzeri	79	82.20			
FİH	Des 30'un altı	71	70.72	2426.500	-.494	.126
	Des 30 ve üzeri	79	80.82			
DİH	Des 30'un altı	71	67.96	2209.00	-5.321	**.023**
	Des 30 ve üzeri	79	83.89			
CİS	Des 30'un altı	71	70.71	2464.500	-2.974	**.**183
	Des 30 ve üzeri	79	79.80			
KZVDDE	Des 30'un altı	71	66.13	2139.500	-2.686	**.007**
	Des 30 ve üzeri	79	83.92			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Tablo XXII'de silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların DES kesme puanları ile çocukluk çağı travmaları testinin alt ölçekleri ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile nonparametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. DES kesme puanına göre yapılan analizde duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve kendine zarar verme davranışı arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır (p<0,05).

Tablo XXIII. Adli Olaya Karışma Değişkeni için Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Alt Boyut	Adli Olaya Karışma	Sıra Ort.	U	Z	p
DİS	Evet (n=29)	132.52	1551	-5.601	**0.000***
	Hayır (n=271)	141.72			
FİS	Evet (n=29)	206.86	2295	-4.971	**0,000***
	Hayır (n=271)	144.97			
FİH	Evet (n=29)	217.28	1993	-4.727	**0.000***
	Hayır (n=271)	143.35			
DİH	Evet (n=29)	117.67	2977.5	-2.163	**0.031***
	Hayır (n=271)	154.01			
CİS	Evet (n=29)	151.07	3774	-.362	0.718
	Hayır (n=271)	145.14			
CTQ	Evet (n=29)	252.28	987	-6.669	**0.000***
	Hayır (n=271)	139.61			
DES	Evet (n=29)	193.16	4,725	298	**0.000***
	Hayır (n=271)	137.89			
KZVDDE	Evet (n=29)	232.59	1549	-5.868	**0,000***
	Hayır (n=271)	141.72			
İSB	Evet (n=29)	170.14	3360	-1.84	0,199
	Hayır (n=271)	148.40			
NSB	Evet (n=29)	110.48	2769	-2.618	**0,009***
	Hayır (n=271)	154.78			
OSB	Evet (n=29)	90.19	2180	-3.944	**0,000***
	Hayır (n=271)	156.95			
SBT	Evet (n=29)	151.49	3661	-.605	0.545
	Hayır (n=271)	141.24			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı; DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi; *p<0,05

Tablo XXIII'de adli olaya karışma değişkeni için katılımcıların Araştırma Ölçeklerinin genel toplam puanı ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası fark Mann Whitney-U Testi ile incelenmiştir. Adli olaya karışan ve adli olaya karışmayan katılımcılar arasında duygusal istismar ($p<0.001$), fiziksel istismar ($p<0.001$), fiziksel ihmal ($p<0.001$), duygusal ihmal ($p=0.031$), çocukluk çağı travmaları ($p<0.001$), dissosiyasyon ($p<0.001$), kendine zarar verme ($p<0.001$), nevrotik savunma biçimi ($p=0.009$), olgun savunma biçimi ($p<0.001$) açısından yapılan analizler sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo XXIV. İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-I

Ölçek/Alt Boyut	İntihar Etmeyi Düşünme	$\bar{x}$	Ss	F	sd	p
CTQ	Hayır (n=250)	60.08	4,255	36.019	298	0.852
	Evet (n=50)	63.26	7.486			
İSB	Hayır (n=250)	103.34	36.740	17.503	298	**0.000***
	Evet (n=50)	118.18	25.542			
NSB	Hayır (n=250)	40.06	11.002	0.223	298	**0.000**
	Evet (n=50)	35.22	11.766			
OSB	Hayır (n=250)	46.25	10.581	8.545	298	**0.001**
	Evet (n=50)	36.14	14.202			
DES	Hayır (n=250)	37.75	46.541	43.239	298	0.098
	Evet (n=50)	41.34	31.415			
SBT	Hayır (n=250)	169.65	58.650	0.041	298	**0.000**
	Evet (n=50)	189.54	45.074			

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalaması; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi, DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Tablo XXIV'de katılımcıların intihar düşünceleri ile çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve savunma biçimleri toplam puanı ile alt ölçek toplam puanları arasındaki ilişkilerin

incelenmesi amacı ile parametrik testlerden bağımsız örneklemler t testi uygulanmıştır. Katılımcıların intiharı düşünmelerine göre yapılan analizde Savunma Biçimleri Testi genel toplam ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo XXV. İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-II

Ölçek/Alt Boyut	İntihar Etmeyi Düşünme	Sıra Ort.	U	Z	p
DİS	Hayır (n=250)	128.67	8946.5	-.765	**0,000**
	Evet (n=50)	259.66			
FİS	Hayır (n=250)	140.17	8751	-1.371	**0,000**
	Evet (n=50)	202.17			
FİH	Hayır (n=250)	139.34	9431.5	-.029	**0,000**
	Evet (n=50)	206.31			
DİH	Hayır (n=250)	55.83	6438	-4.413	**0,000**
	Evet (n=50)	169.43			
CİS	Hayır (n=250)	126.10	6561.5	-4.330	**0,025**
	Evet (n=50)	155.38			
KZVDDE	Hayır (n=250)	135.90	-2,011	298	**0,000**
	Evet (n=50)	223.49			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri;

Tablo XXV'de katılımcıların intihar düşünceleri ile çocukluk çağı travmaları alt ölçek toplam puanları ve kendine zara verme davranışı. ölçek toplam puanı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile nonparametrik testlerden Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Katılımcıların intiharı düşünmelerine göre yapılan analizde çocukluk çağı travmaları alt ölçek toplam puan ve kendine zarar verme davranışı ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo XXVI. Silah Bulundurma Ruhsatına Sahip Bireylerin İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-I

Ölçek/Alt Boyut	İntihar Etmeyi Düşünme	$\bar{x}$	Ss	F	sd	p
CTQ	Hayır (n=115)	60.08	6.672	8.414	148	**0.004**
	Evet (n=35)	63.26	3.884			
İSB	Hayır (n=115)	100.30	31.221	1.421	148	0.235
	Evet (n=35)	106.37	28.671			
NSB	Hayır (n=115)	37.51	11.632	1.270	148	0.262
	Evet (n=35)	41.33	11.338			
OSB	Hayır (n=115)	48.42	11.241	0.018	148	0.175
	Evet (n=35)	37.57	10.961			
DES	Hayır (n=115)	38.80	47.695	1.492	148	0.486
	Evet (n=35)	41.93	35.856			
SBT	Hayır (n=115)	186.23	45.615	1.386	148	0.289
	Evet (n=35)	185.27	40.843			

Not: CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalaması; İSB: İmmatür savunma; NSB: Nevrotik savunma; OSB: Olgun savunma; SBT: Savunma Biçimleri Testi

Tablo XXVI'da silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların intihar düşünceleri ile çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve savunma biçimleri toplam puanı ile alt ölçek toplam puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik testlerden Bağımsız örneklemler T Testi uygulanmıştır. Silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların intiharı düşünmelerine göre yapılan analizde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo XXVII. Silah Bulundurma Ruhsatına Sahip Bireylerin İntihar Etmeyi Düşünmeye Göre Araştırma Ölçeklerinin Genel Toplam Puanı ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi-II

Ölçek/Alt Boyut	İntihar Etmeyi Düşünme	Sıra Ort.	U	Z	p

DİS	Hayır (n=115)	69.88	1366.50	-.3.081	**0,002**
	Evet (n=35)	93.96			
FİS	Hayır (n=115)	75.37	1998.00	-.099	0,921
	Evet (n=35)	75.91			
FİH	Hayır (n=115)	74.19	1862.00	-.719	0,472
	Evet (n=35)	79.80			
DİH	Hayır (n=115)	74.29	1873.50	-.625	0,532
	Evet (n=35)	79.47			
CİS	Hayır (n=115)	75.61	1999.50	-.060	0,952
	Evet (n=35)	75.13			
KZVDDE	Hayır (n=115)	66.62	1883.50	-.615	**0,042**
	Evet (n=35)	79.49			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Tablo XXVII'de silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların intihar düşünceleri ile çocukluk çağı travmaları alt ölçek toplam puanları ve kendine zara verme davranışı. ölçek toplam puanı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile nonparametrik testlerden Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların intiharı düşünmelerine göre yapılan analizde duygusal istismar ve kendine zarar verme davranışı ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo XXVIII. Dissosiyatif Yaşantılara İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi

	B	**SH_B**	**β**	**t**	**p**
Sabit	54,770	7,703		7,110	**,000**
DİS	,156	,316	,030	,494	,622
FİS	3,662	,288	,651	12,722	**,000**
FİH	-2,083	,556	-,164	-3,744	**,000**
DİH	,047	,314	,010	,148	,882
CİS	-2,617	,555	-,266	-4,712	**,000**

R= .698 R^2= .487

Dü. R^2=.478 F=55.781 p=.000

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; Dü: Düzeltilmiş

Tablo XXVIII'de, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları toplam puan sıra ortalamasının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine dair yapılan Standart Çoklu Regresyon Analizi sonuçları yer almaktadır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %48'ini açıklamaktadır. Bu analize göre dissosiyatif yaşantılarının prediktörleri, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantılardır.

Tablo XXIX. Kendine Zarar Verme Davranışına İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi

	B	**SH_B**	**β**	**t**	**p**
Sabit	-29,661	5,055		-5,867	**,000**
DİS	,708	,207	,183	3,417	**,001**
FİS	2,216	,189	,533	11,730	**,000**
FİH	3,381	,365	,359	9,263	**,000**
DİH	,687	,206	,194	3,332	**,001**
CİS	-2,350	,365	-,323	-6,448	**,000**

R= .772 R^2= .596

Dü. R^2=.589 F=86.614 p=.000

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; Dü: Düzeltilmiş

Tablo XXIX'da, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları toplam puan sıra ortalamasının kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine dair yapılan Standart Çoklu Regresyon Analizi sonuçları yer almaktadır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %59'unu açıklamaktadır. Bu analize göre kendine zarar verme davranışının prediktörleri,

duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantılardır.

Tablo XXX. Savunma Mekanizmalarına İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi

	B	**SH_B**	**β**	**t**	**p**
Sabit	211,441	29,542		7,157	**,000**
DİS	-1,691	1,210	-,115	-1,397	,163
FİS	4,013	1,104	,253	3,635	**,000**
FİH	-3,358	2,133	-,094	-1,574	,116
DİH	,957	1,205	,071	,794	,428
CİS	-1,169	2,130	-,042	-,549	,584
R= .222	R^2= .049				
Dü. R^2=.033	F=3.042	p=.011			

Not: DİS: duygusal istismar; FİS: fiziksel istismar; FİH: fiziksel ihmal; DİH: duygusal ihmal; CİS: cinsel istismar; Dü: Düzeltilmiş

Tablo XXX'da, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları toplam puan sıra ortalamasının savunma mekanizmaların toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine dair yapılan Standart Çoklu Regresyon Analizi sonuçları yer almaktadır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması savunma mekanizmaları toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %3'ünü açıklamaktadır.

5.TARTIŞMA

"Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Savunma Mekanizmaları, Dissosiyatif Yaşantıları ve Kendine Zarar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Trabzon Örneklemi" başlıklı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu çalışmanın temel amacı, çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu yüksek lisans tezinin özgün ve yenilikçi değeri ise silah bulundurma ruhsatı ile çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği ilk araştırmalardan biri olmasıdır. Çalışmamıza, Trabzon'da yaşayan 150 silah bulundurma ruhsatı olan ve 150 silah bulundurma ruhsatı olmayan toplam 300 kişi katılmıştır. Klinik adli psikoloji, klinik psikoloji ve psikotravmatoloji alanında yapılmış bu çalışmanın silah ruhsatına sahip bir örneklemde çocukluk çağı travmalarına odaklanması sebebiyle ilgili alanyazına önemli akademik katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın ilk hipotezi "*Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) toplam puanları, silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir."* doğrulanmıştır. Silah bulundurma ruhsatına sahip olan bireylerin silah ruhsatı olmayan bireylere oranla daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığı bulunmuştur. Aynı şekilde silah ruhsatı bulunan bireylerin, silah ruhsatı bulunmayanlara oranla daha fazla fiziksel istismara, duygusal ihmale, fiziksel ihmale ve cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuşken, sadece duygusal istismar bu iki grup arasında anlamlı bir şekilde farklılaşmamıştır (Bkz. Tablo XI ve XII). Aile içindeki çocukluk çağı travmaları ile silah kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta olup, çocukluk çağı travmaları arttıkça hem silah kullanımı hem de saldırganlık riski artmaktadır ki bu sonuç,

bulgumuzu desteklemektedir (Wamser-Nanney, Nanney, Conrad & Constans, 2019). Çalışmamızın bulgusuyla paralel olacak şekilde çocukluk çağı travmalarının hem silah kullanma olasılığını hem de travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere psikopatoloji gelişme riskini arttırdığı vurgulamaktadır (Garbarino, Bradshaw & Vorrasi, 2002). Çocukluk çağı travmalarının klinik adli psikoloji ve psikotravmatolojinin temel çalışma alanlarından biri olmasının sebebi, bu olumsuz yaşam olaylarının hem bireysel hem de toplumsal psikojen yansımalarının olmasıdır. Geçmişten günümüze çocukluk çağı travmaları büyük oranda korunarak kuşaklararası bir geçiş yapmaya devam etmekte olup, bu süreçte en önemli etken ajan ise ailelerin benimsedikleri ve uyguladıkları şiddeti odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleridir (Öztürk, 2020a; 2021a). Çocukluk çağı travmaları, psikopatoloji ve suç arasında belirli düzeyde ilişki bulunmakta olmasına rağmen ruhsal açıdan normal: klinik olmayan bireylerin suça karışma ya da suç faili olma oranları ile travmatize vakaların suça karışma ya da suçun faili olma oranları arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Hatta, normal insanların genel olarak travmatize bireylere göre daha fazla suça karıştıkları söylenebilir. Kronik ve kümülatif travmatik yaşantılar, bireylerin disfonksiyonel bir yönelimde psikopatolojik ve sınırlı ölçüde kriminojen davranışlarda bulunmasına sebep olabilmektedir (Şar & Öztürk, 2006; Öztürk, 2020a).

Çalışmamızda; fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismar silah bulundurma ruhsatına sahip olanlarda istatiksel açıdan daha fazladır (Bkz. Tablo XI ve XII). Özellikle çocuklukta fiziksel istismara maruz kalmış olmak ile ilgili yapılan araştırmalar, fiziksel istismarın yetişkinlikte dissosiyatif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikopatolojinin gelişmesine neden olacağını ortaya koymaktadır (Aksoy & Ögel, 2003; Chasan, 2010; Örsel ve ark., 2011). Bu doğrultuda çalışmamızın bulgularını destekleyen ölçüde silah bulundurma, kişilerin anksiyetelerini azaltmaları için gerçekleştirdikleri bir güvenlik arama davranış olarak yorumlanabilmektedir. Bulgumuzla

paralellik gösteren diğer çalışmalarda da duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve cinsel istismarın psikopatolojiye ile ilişkisi net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Ayrıca silah bulunduran kişilerde, sosyal ilişki problemlerinin görüldüğü ve çevreye karşı güvensizlik geliştirdikleri ifade edilmektedir (Kourt, 2011; Özkol, 2014).

Silah bulundurmanın altında yatan diğer bir motivasyon ise istismarla birlikte ortaya çıkan güvensizlik duygusunun başarısız bir telafi çabası olabilir. Tez çalışmamızda katılımcılara sorduğumuz "*Toplumda kendinizi güvende hissediyor musunuz*?" sorusuna silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların %61'i güvende hissediyorum, silah bulundurma ruhsatı olmayan katılımcıların ise %47.4'ü güvende hissediyorum şeklinde cevap vermiştir (Bkz. Tablo VI; VII). Bulgumuzla örtüşecek ölçüde, silah bulundurmanın kişilerin kendilerini daha güvende hissetmesi ile ilişkili bir durum olduğu söylenebilmektedir. Travmatize bireyler güvenlik konusunda ihtiyaçları olduklarını düşünmeleri sebebiyle silah bulundurmaya daha yatkın olabilmektedir. Kronik çocukluk çağı travmaları bulunan bireyler, güvensiz bağlanma dinamiklerini tolere edebilmek ve dissosiyatif anksiyetelerini azalmak amacıyla silah bulunduruyor olabilir. Çalışmamızda silah bulundurma ruhsatı olan katılımcılar ile silah bulundurma ruhsatı olmayan katılımcıların duygusal istismar yaşantıları arasında fark bulunamamıştır. Bu sonucun nedeni, çalışmanın yapıldığı bölgede duygusal istismarın en sık deneyimlenen çocukluk çağı travmaları arasında yer alması olabilir.

Çalışmamızda deney grubu ve kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları arasında istatiksel açıdan fark bulunmakla birlikte deney grubunun CTQ toplam puanı, psikiyatrik tanı alan bireylere yakınken, kontrol grubun CTQ toplam puanı ise subklinik düzeydedir (Bkz. Tablo XI). Her iki grubun da CTQ ve DES ölçek puanlarına bakıldığında travmatize ve dissosiye olduğu anlaşılmakta ve bu bulgunun tez çalışmasının yapıldığı bölgenin psikotoplumsal dinamikleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Tez çalışmamızdaki katılımcıların travma bildirme oranlarının yüksek olması sebebiyle dissosiyatif yaşantı

düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun kendisi de olumsuz yaşam olaylarıyla karakterize psikopatolojilerin ortaya çıkmasını imkanlı kılabileceği şeklinde yorumlanmaktadır. Ayrıca kişilerarası ve toplumsal şiddet sürecinde en sık kullanılan araçlardan biri olan silahın ve silahlı olayların, travmatik yaşantılarla yakın ilişki dinamikleri bulunmaktadır (Öztürk, 2020a; Stein, 2013)

Çalışmamızın ikinci hipotezi "*Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) toplam puanları, silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir."* doğrulanmıştır. Silah bulundurma ruhsatına sahip bireyler kendine zarar verme davranışı bakımından silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre daha yüksek puan almışlardır (Bkz. Tablo XIII). Yani silah bulundurma ruhsatına sahip olan bireylerde kendine zarar verme davranışları daha sık deneyimlenmektedir. Silah bulundurma ruhsatına sahip olanların çocukluk çağı travmalarının silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre daha fazla olması, bu bulgumuzun sebeplerinden biri olabilir. Travma ve kendine zarar verme davranışı odaklı yapılan bir bilimsel çalışmada, fiziksel istismar ve duygusal ihmal başta olmak üzere çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın ergenlikte ve yetişkinlikte ortaya çıkan kendine zarar verme davranışlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017). Fiziksel istismar sonucunda benlik ve bedenin dissosiyasyonu ve ağrının daha az hissedilmesi kendine zarar verme davranışlarının artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte kendine zarar verme davranışlarının ortaya çıkmasında cinsel istismarın da önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Yates, 2004).

İstismar mağduru bireylerin reviktimizasyon deneyimleriyle baş etme, suçluluk nedeniyle self-cezalandırma, kendi üzerinde kontrol sağlayabilme, hayatta olduğunu hissetme ve ailesinden intikam alma gibi nedenlerle kendine zarar verme davranışlarında bulundukları vurgulanmaktadır ki bu sonuç, bulgumuzla paralellik göstermektedir (Ögel ve Aksoy, 2006).

Ermağan-Çağlar, Öztürk, Derin ve Türk-Kurtça (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışmamızı destekler bir nitelikte, klinik olmayan bir örneklem grubunda çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erken yaşta başlayan kronik ve kompleks çocukluk çağı travmalarına maruz kalmak, kendine zarar verme davranışlarının içselleştirilmesine ve öğrenilmesine katkı sağlayabilmektedir ki bu doğrultuda silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde kendine zarar verme davranışı daha yoğun ve şiddetli düzeyde görülebilmektedir.

Çalışmamızın üçüncü hipotezi *"Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) puan ortalamaları silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir."* doğrulanmıştır. Silah bulunduran bireylerin dissosiyatif yaşantıları, silah bulundurmayanlara oranla daha fazladır (Bkz. Tablo XI). Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ile en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif yaşantıların silah bulunduran kişilerde daha yüksek çıkmasının, aynı örneklemde çocukluk çağı travmalarının fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir ki, bu bulgumuzu doğrular nitelikte deney grubunun CTQ toplam puan ortalaması 61.86 olarak bulunmuştur. Kate, Hopwood ve Jamieson (2020) tarafından çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif bozukluklar arasındaki ilişkiye dair yapılan bir meta-analiz çalışmasında dissosiyatif bozukluk vakalarının CTQ toplam puan ortalamalarının 62-72 arasında olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, bulgumuzu desteklemektedir.

Bu tez çalışmasında çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ki (Bkz. Tablo XVI) bu sonuç, birçok bilimsel araştırma tarafından desteklenmektedir (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006; King ve ark., 2020; Lyssenko ve ark., 2018). Ayrıca silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin 79 (%52.66)'unun DES kesme puanı 30 ve üzeri olarak bulunmuş olup bu sonuç, patolojik dissosiyasyona işaret etmektedir (Bkz. Tablo XVII). Deney grubunun

yaklaşık yarısının dissosiyatif bozukluk tanısı alacak kadar dissosiyatif yaşantılara sahip olmasının ana nedeni, CTQ toplam puanlarının klinik örneklemdeki travma oranlarıyla benzerlik göstermesidir. Bir diğer ifadeyle silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin çocukluk çağı travmalarının fazla olması nedeniyle dissosiyatif yaşantılarının da fazla olduğu düşünülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 yılında silah ile atış etmeye karar verme süreçlerinde dissosiyasyonun rolünün incelendiği bir çalışmada, yüksek düzeyde dissosiyatif yaşantıları bulunan bireylerin daha fazla silahı ateşleme kararı verdikleri belirlenmiştir ki bu sonuç bulgumuzu destekler niteliktedir (Liao, Price-Sharps, & Sharps, 2018). Çünkü silah bulundurma ruhsatı olan katılımcılarımızın %52.66'sının dissosiyatif yaşantıları patolojik düzeydedir. Ayrıca silah bulundurma ruhsatı bulunan katılımcılarımızdan DES toplam puan ortalaması 30 ve üzerinde olan bireylerin çocukluk çağı travmaları, DES toplam puan ortalaması 30'un altında olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgumuz, dissosiye bireylerin kronik çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu yönündeki literatür tarafından desteklenmiştir (Öztürk, 2020a, 2021a; 2022a).

Bu tez çalışmasının son hipotezi *"Silah bulundurma ruhsatı olan bireylerin Savunma Biçimleri Testi (SBT) toplam puanları, silah bulundurma ruhsatı olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksektir."* kısmen doğrulanmıştır. Silah bulundurma ruhsatına sahip bireylerin Savunma Biçimleri Ölçeği toplam puanları, silah bulundurmayanlara oranla benzerdir. Ancak silah bulundurma ruhsatı olan bireyler daha fazla immatür savunmaları kullanırken, daha az olgun savunmaları tercih etmektedir (Bkz. Tablo XI). İmmatür ve olgun savunma biçimleri bulgularının bu yönde çıkmasının temel sebebi silah bulundurma ruhsatına sahip olan bireylerin çocukluk çağı travmalarına daha yoğun şekilde maruz kalması olabilir. Çalışmamızın metodolojisiyle benzerlik gösteren bir çalışma bulgumuzu destekler nitelikte olup, çocukluk çağı travması olan bireylerin olgun savunma mekanizmalarını daha az kullandığı ortaya çıkmıştır. Ruhsal açıdan sağlıklı bireyler olgun savunma mekanizmaları

sayesinde karşılaştıkları zorlayıcı hayat olaylarıyla daha kolay baş edebilmekteyken; aynı zamanda kişilerarası iletişimlerini de daha pozitif yönde sürdürebilmektedir (Bozkurt ve ark., 2017).

Literatürdeki güncel çalışmalar çocukluk çağı travmalarını klinik gruplarda incelemiş ve çocukluk çağı travması olan bireylerin savunma biçimlerinden immatür ve nevrotik savunma biçimlerini genel olarak olgun savunma biçimlerine nazaran daha çok kullandığı görülmüştür (Boeker & Northoff, 2018; Uyan, Baltacioglu & Hocaoglu, 2022; Wearne ve ark., 2020). Çocukluk çağı travmalarının türleri açısından bakıldığında duygusal istismar ve fiziksel istismarın immatür savunma mekanizmaları ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ise immatür savunma mekanizmalarının yanı sıra nevrotik savunma mekanizmalarıyla da ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte çocukluk çağı travmasının yoğunluğunun arttıkça immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının daha sık kullanıldığı, olgun savunma mekanizmalarının kullanılma oranının ise azaldığı ifade edilmektedir. Bulgularımız, alanyazındaki araştırmalar tarafından büyük ölçüde desteklenmektedir (Çağatay, 2014; Yöyen, 2018).

Çalışmanın diğer bulgularına bakıldığında cinsiyete göre yapılan analizlerde kadınlar ve erkekler arasında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ve duygusal ihmal ve cinsel istismar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuşken duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bkz. Tablo XIII ve XIV). Literatüre bakıldığında kadın erkek arasında fiziksel ihmale maruz kalma arasında anlamlı fark olduğu ve erkeklerin kadınlara oranla daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldığı görülmektedir (Gülgör, 2019). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını desteklememektedir. Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha yoğun travmatik deneyim yaşadığı bulunmuştur. Fakat literatür, kadınların erkeklerden daha fazla travmatik yaşantıya maruz kaldığını göstermektedir (Tan, 2018). Sonuçların literatürden farklı çıkmasının sebebi örneklemin tek

bir il üzerinden ve bölgenin psikotoplumsal dinamiklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca erkeklerin daha fazla duygusal ihmale maruz kaldığı bulunmuştur ki, çalışmanın yapıldığı bölgenin çocuk yetiştirme stilleri de bu sonucu belirli ölçüde açıklayabilir.

Çalışmamızda Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri toplum puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması arasında cinsiyete göre farklılık bulunmuştur (Bkz. Tablo XIV; XV). Bu yüksek lisans tezinde, erkeklerin dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranış düzeyleri kadınlara göre daha yüksektir. Her iki ölçekte de aynı anda erkeklerin kadınlardan yüksek puan alması literatürle tutarlılık göstermektedir ki, kendine zarar verme davranışı ile dissosiyatif yaşantıların arasında anlamlı bir ilişki olduğuna dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Grattan ve ark., 2019; Liu ve ark., 2018; Öztürk, Derin & Okudan, 2020; Tolmuen ve ark, 2008). Geniş bir örneklemle yapılan bir çalışmada, 13-18 yaş arası ergenler birçok kovaryans etkeni sabitlendikten sonra yapılan değerlendirmede dissosiyatif yaşantılar ile kendine zarar verme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Balıkçı ve Balıbey, 2012).

Çalışmamızda, cinsiyetin Savunma Biçimleri Testi alt boyutlarına göre farklılaştığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XIV). Bu tez çalışmasına göre kadınlar daha immatür ve nevrotik savunma biçimlerini kullanmaktadır. Alan yazında immatür savunma mekanizmalarının kadınlarda erkeklere göre daha çok kullanıldığı görülmekteyken, normal gruplarla yapılan çalışmalarda, olgun savunma mekanizması kullanımının kadın ve erkek grupları arasında bir farklılaşma ortaya çıkarmadığı bilinmektedir (Petraglia, Thygesen, Lecours ve Drapeau, 2009). Çalışma bulgularımızın literatüden farklı çıkmasının temel sebebi, literatürde silah bulundurma ruhsatına sahip bir örneklemle yapılan çalışma olduğu şeklinde düşünülmektedir. Çalışmamızın diğer bulgularına bakıldığında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur ki (Bkn. Tablo XVI), bu sonuç literatür tarafından desteklenmektedir (Öztürk, 2020, 2022a, 2022b; Pugh,

Waller & Esposito, 2018; Sun ve ark., 2018; van Dijke, Hopman & Ford, 2018). Dissosiyatif yaşantıların yaşanılan yoğun travmalarla etkin şekilde baş edilemediği noktada ortaya çıktığı ve dissosiyatif reaksiyonlarla birlikte bireyin günlük yaşamına devam edebilmesinin mümkün olduğu belirtilmektedir. Bu noktada kişi yaşanılan nesnel bir tehdite karşı var olan baş etme mekanizmalarını harekete geçirme konusunda zorlanmaktadır ve bu durumda da ortaya bir instabilite çıkmaktadır. Bu instabilite sonucunda da dissosiyasyon oluşmaktadır (Öztürk, 2018).

Çalışmamızda DES kesme puanına göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkn. Tablo XIX; XX). Dissosiyatif yaşantıları yüksek olan kişilerin çocukluk çağı travmaları da yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde dissosiyatif yaşantıları yüksek olanların savunma mekanizlarını kullanma sıklığı ve kendine zarar verme davranışı gösterme sıklığı da yüksek bulunmuştur. Tüm bu sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir (Grattan ve ark., 2019; Liu ve ark., 2018; Öztürk, Derin & Okudan, 2020; Tolmuen ve ark, 2008). Literatüre bakıldığında kendine zarar verme davranışlarının kullanılan savunma mekanizmalarıyla ilişkisine bakıldığında immatür savunma mekanizmalarının kullanımının kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Öztürk ve ark., 2020). Bununla birlikte başta dissosiyasyon olmak üzere immatür savunma mekanizmalarının kullanımının kendine zarar verici davranışlarla oldukça güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya konmaktadır (Sarno ve ark., 2010). Dissosiyatif bozukluklar ile kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında çocukluk çağı travmaları sonucunda ortaya çıkan ve olumsuz etkiler yaratan duygu, düşünce ve davranışlarla baş etme çabası ortak nokta olarak görülmektedir. Bu durum da kendine zarar verme davranışı ve dissosiyatif bozukluklar ile çocukluk çağı travmalarının fonksiyon geçişleri olduğunu göstermektedir (Öztürk & Derin, 2021; Öztürk, Derin & Okudan, 2020).

Çalışmamızın diğer bir bulgusu ise adli olaya karışma durumuna göre; Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve cinsel istismar hariç diğer alt boyut toplam puanları, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri toplam puanı, nevrotik ve olgun savunma biçimleri toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptanmasıdır (Bkn. Tablo XXI). Çalışmamıza göre çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları, kendine zarar verme davranışları daha yüksek olan kişiler adli olaylara daha fazla karışmıştır ki bu bulgumuz, literatür ile paralellik göstermektedir (Boeker & Northoff, 2018; Uyan, Baltacioglu & Hocaoglu, 2022; Wearne ve ark., 2020). Psikotravmatoloji literatürüne bakıldığında kronik çocukluk çağı travmaları genel olarak süreç içerisinde gelişen, mobil seyir izleyen ve uzunlamasına psikopatolojik sonuçları olan bir psikotoplumsal dinamiği de temsil etmektedir. Diğer bir ifadeyle yetişkin bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamlarında çocukluk çağı travmalarının uzunlamasına olumsuz ruhsal etkileri bulunmaktadır ki, bu olumsuz ruhsal etkiler onların kendi psikolojik yapılarını negatif yönde etkileyebilmektedir. Bu olumsuz etkileyiş kişilerde şiddet ve suç davranışını ortaya çıkartabilmektedir (Öztürk, 2020a; 2021a).

Çalışmamızda intihar etmeyi düşünen ve düşünmeyenlere göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve alt boyutları, Savunma Biçimleri Testi ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz. XXII ve XXIII). Ayrıca, silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde intihar etmeyi düşünenlerin, intihar etmeyi düşünmeyenlere oranla çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Bkz. XXVI). Çocukluk çağı travmaları ve kendine zarar verme davranışları fazla olan katılımcıların intihar etmeyi daha sık düşündüğü bulunmuştur. Aynı şekilde savunma mekanizmalarını sık kullanan katılımcıların daha sık intihar etmeyi düşündüğü bulunmuştur ki bu bulgular, literatür ile paralellik göstermektedir (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006; King ve ark., 2020; Lyssenko ve ark., 2018). Alanyazında kendine zarar

verme davranışının gerçekleşmesinden sonraki ilk 6 ayın intihar açısından önemli bir risk dönemi olduğu belirtilmektedir (Cooper ve ark., 2005). Ayrıca yineleyen şekilde kendine zarar verici davranışların görülmesi de intihar açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Hawton ve ark., 2003). İntihar davranışında bulunan bireylerin %39'unda yineleyici kendine zarar verme davranışı olduğu tespit edilmiştir (Zahl & Hawton, 2004). Bu eksende yapılan bir meta analiz çalışmasında ise çocukluk çağı travmalarına maruz kalanların kalmayanlara oranla iki kat daha fazla depresyon geliştirdiği gösterilmiştir (Li ve ark., 2016). Çocukluk çağında yaşanan ihmalin yetişkinlik çağında yaşanan depresyonun iyileşmesi üzerinde de olumsuz etki yarattığı ve intihar ihtimali arttırdığı belirtilmektedir (Paterniti ve ark., 2017).

Son olarak çalışmamızda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %48'ini açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır (Bkn. Tablo XXV). Çalışmamıza göre dissosiyatif yaşantıların prediktörleri, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantılardır. Ayrıca çalışmamızda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %59'unu açıkladığı bulunmuştur (Bkn. Tablo XXVI). Çalışmamıza göre kendine zarar verme davranışının prediktörleri, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantılardır ki bu sonuçlar, literatür tarafından desteklenmektedir (Kourt, 2011; Özkol, 2014). Erken yaşta başlayan ve yineleyici olan çocukluk çağı ruhsal travmaları sonucunda dissosiyatif bozukluklar gelişebilir ve kişinin ruhsal dünyasındaki iç uyum kaybolmaktadır (Dalenberg ve ark., 2012; Öztürk, 2020a). Bu çalışmanın silah bulundurma ruhsatına sahip bireylerin adli olaylara silah ruhsatı olmayanlara oranla daha çok karıştığı göz önüne alındığında, adli olaylara karışmada etkili olan faktörlere dair yapılacak bilimsel araştırmalara katkı

sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda ortaya çıkmış olduğu üzere silah bulundurma ruhsatı olan bireylerdeki çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif yaşantıların yüksek olması, bu örneklem grubunun psikotravmatolojik ve psikopatolojik açıdan değerlendirilmesinin önemli bir gereklilik olduğunu ortaya çıkartmıştır. Silah gibi toplumsal şiddet olaylarından sıkça kullanılan bir aracın, ruhsal açıdan normal ve stabil kişiler tarafından bulundurulması, elzem olan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu yüksek lisans tez çalışmasında yeniden vurgulanmak istenildiği üzere "*Silah Bulundurma Ruhsatı Olan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Savunma Mekanizmaları, Dissosiyatif Yaşantıları ve Kendine Zarar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*" konusu çalışılmıştır. Bu çalışmanın temel amacı, silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu konuda Türkiye ve dünyada klinik popülasyon ile yapılmış çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen silah bulundurma ruhsatına sahip bireyler üzerinde yapılan çalışmalar ise oldukça sınırlı sayıdadır. Dissoanaliz kuramı açısından erken yaşta başlayan kronik ve kümülatif çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, savunma biçimleri ve kendinze zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin silah bulundurma ruhsatı taşıyan kişilerde değerlendirilmesi, bu tez çalışmasının özgün yönünü oluşturmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b). Çalışmamızın temel sonuçları aşağıda yer almaktadır:

1. Silah bulundurma ruhsatı olan katılımcıların; çocukluk çağı travmaları, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar yaşantıları, dissosiyasyon düzeyleri, kendine zarar verme davranışları, immatür ve olgun savunma biçimleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Silah bulundurma ruhsatına sahip katılımcılar daha yoğun çocukluk travmaları, duygusal ihmal ve cinsel istismar bildirmiştir. Ayrıca deney grubunda kendine zarar verme davranışları daha sık görülmektedir ve savunma biçimi olarak immatür savunmalar daha fazla kullanmaktadır.
2. Kadın ve erkeklerin çocukluk çağı travmaları, duygusal ihmal ve cinsel istismar bildirimleri, kendine zarar verme davranışları, dissosiyatif yaşantı düzeyleri, immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Erkek katılımcıların daha yoğun çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı, olgun savunma

biçimlerini daha sık kullandığı, dissosiyatif yaşantılarının daha fazla olduğu, duygusal ihmale daha çok maruz kaldığı ve kendine zarar verme davranışlarını daha yoğun gösterdikleri belirlenmiştir. Kadın katılımcıların ise cinsel istismara daha yoğun maruz kaldığı, immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarını ise daha sık kullandığı bulunmuştur.

3. Deney grubunda DES kesme puanı 30 ve üzeri olanların; çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar, savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışları DES kesme puanı 30'un altındakilere daha yüksektir.
4. Adli olaya karışan katılımcılar ile adli olaya karışmayan katılımcılarla kıyaslandığında; duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları, nevrotik ve olgun savunma biçimleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Adli olaya karışan katılımcıların çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, dissosiyasyon ve kendine zarar verme davranışları bildirimleri adli olaya karışmayan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur.
5. İntihar etmeyi düşünen katılımcıların immatür, nevrotik ve olgun savunma mekanizmaları, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar bildirimleri ve kendine zarar verme davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İntihar etmeyi düşünen katılımcıların immatür savunma biçimlerini daha yoğun kullandığı, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar yaşantılarına daha yoğun maruz kaldığı ve kendine zarar verme davranışlarını daha sık gerçekleştirdiği ortaya çıkmıştır.
6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %48'ini

açıklamaktadır. Dissosiyatif yaşantılarının prediktörleri, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantıları olarak bulunmuştur.

7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları puan ortalaması Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri toplam puan ortalamasına ilişkin toplam varyansın yaklaşık %59'unu açıklamaktadır. Kendine zarar verme davranışının prediktörleri, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar yaşantılardır.

Kronik çocukluk çağı travmaları, şiddet odaklı negatif çocuk yetiştirme stilleri ve psikotoplumsal baskılar, travma ile ilişkili psikopatolojilerin gelişmesindeki temel etiyolojik unsurlardır (Öztürk, 2020a; 202a; 2022b). Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçların, silah bulundurma ruhsatı olan kişilerde çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, savunma mekanizmaları ve kendilerine zarar verme davranışları arasındaki ilişkiyi yansıtacak gelecek çalışmalara referans olacağı ve bilimsel literatüre önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir. Örneklemimizde eşit sayıda kadın erkek katılımcının bulunmaması bu yüksek lisans tez çalışmasının temel sınırlılığı olup, gelecek araştırmalara yönelik öneriler aşağıda belirtilmektedir:

I. Bu tez çalışması Trabzon ilinde yaşayan silah bulundurma ruhsatı olan ve olmayan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Silah bulundurma ruhsatı ile ilgili daha geniş bir örneklemle ve Türkiye profilini yansıtacak şekilde kapsamlı bir araştırma yapılması önerilmektedir.

II. Çalışmamızda silah bulundurma ruhsatına sahip kadın katılımcı sayısı sınırlı düzeydedir. Hem cinsiyetin eşit bir dağılım gösterdiği hem de silah bulundurma ruhsatı olan kadınlarla daha fazla sayıda çalışma yapılması tavsiye edilmektedir.

III. Çalışmamızda sadece silah bulundurma ruhsatı olan bireyler deney grubunda yer almıştır. Gelecek çalışmalarda hem silah bulundurma ruhsatı olanlar hem de silah kullanma ruhsatı olanlar birlikte değerlendirilebilir.

IV. Bu yüksek lisans tez çalışmasında silah bulundurma ruhsatına sahip kişilerin çocukluk çağı travmalarının, klinik örneklemlerle yapılan çalışmalara benzer ölçüde olduğu belirlenmiştir. Silah bulunduran bireylerin bu çalışmada travmatize olduğu net bir şekilde ortaya çıkmıştırr. Bu doğrultuda travmayla ilişkili detaylı bilgi edinebilmek amacıyla Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Formu kullanılabilir.

V. Silah bulundurma ruhsatına sahip olan bireylerin daha yoğun dissosiyatif yaşantılar ve kendine zarar verme davranışı sergilediği bulunmuştur. Gelecek çalışmalarda Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri alt boyutlarının da silah bulundurma ruhsatına sahip olma açısından değerlendirilmesi travmatik yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları daha iyi açıklayabilmek açısından önem teşkil etmektedir.

VI. Disfonksiyonel ebeveynler çocuklarını hem kendileri travmatize etmekte hem de aile dışından gelen travmatik yaşantılara karşı koruyamamaktadır. Disfonksiyonel ebeveynler, çocuklarını maksimal oranda güven duygusundan uzak ikircikli bir tutumla yetiştirmektedirler. Bu nedenle travmatize vakaların psikoterapilerinde öncelikle disfonksiyonel aile dinamiklerine odaklanılması ve aile kökenli travmaların nötralize edilmesi gerekmektedir.

VII. Silah bulundurma ve çocukluk çağı travmaları arasındaki yakın ilişkiye dair bu çalışmadan elde edilen sonuç, çocukluk çağı travmalarının önlenmesine yönelik uygulanabilir ve etkin stratejilerin geliştirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu doğrultuda çocukluk çağı travmalarının hem kuşaklararası bir uzamda geçiş yapmasını engellemek hem de ruhsal açıdan sağlıklı bireyler ve toplumların ortaya çıkmasını sağlamak amacıyla Öztürk tarafından

geliştirilen "Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"nin uluslararası uzamda kullanılması önerilmektedir.

VIII. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin yetişkin bireylerdeki uzun dönem ruhsal etkilerinin psikiyatristler, psikolojik danışmanlar, klinik ve adli psikologlar önde gelmek üzere tüm ruh sağlığı uzmanları tarafından fark edilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve çocukluk çağı ruhsal travmalarına yönelik önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük öneme sahiptir. Psikotravmatolojik bağlamda, özellikle çocukluk çağı ruhsal travmalarına yönelik önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından multidisipliner eksende verimli ve etkin bir yaklaşımların geliştirilmesi öncül bir öneme sahiptir.

IX. Günümüzde silah bulundurma ve taşıma ruhsatlarının yani hem bireysel hem de kitlesel silahlanma girişimlerinin psikotoplumsal yapılanma ile yakın ilişki dinamikleri bulunmaktadır. Bu doğrultuda Öztürk tarafından geliştirilen bireysel ve toplumsal travmaların mümkün olan en kısa sürede hem tedavi edilmesi hem de sonlandırılması adına önleme stratejileri odaklı psikotoplumsal kuramların geliştirilmesi ve erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarıyla en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar konusunda psikotravmatoloji ve psikotarih perspektifli klinik kökenli modern psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılması ile bu bireysel ve toplumsal travmaların altında yatan temel dissosiyojenik bileşenlerin holistik bir yönelimle nötralize edilmesi şeklinde tanımlanan dissoanaliz kuramı: "*psikotoplumsal terapi*" yöneliminde entegre bireylerden oluşan *"barış yanlısı"* ve *"kuşaklararası gelişim"* odaklı bir kitlenin ya da ulusun meydana getirilmesi imkanlı kılınacaktır (Öztürk, 2022a; 2022b).

7. KAYNAKLAR

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

Agargun, M. Y., Kara, H., Özer, Ö. A., Selvi, Y., Kiran, Ü., & Kiran, S. (2003). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*(2), 139-145.

Aksoy, A., & Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4*(4), 226-236.

Aktepe, E., Kandil, S., & Topbaş, M. (2005). Çocuk ve ergenlerde intihar davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4*(2), 88-97.

American Professional Society Abuse Children [APSAC], (2011). *The APSAC handbook on child maltreatment.* J. E. Myers (Ed.), 3. Baskı. Thousand Oaks: Sage.

Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], (1994). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV). (Çev. Ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). (Çev. Ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 160*(2), 101-110.

Aral, N., & Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi, 151*(5), 27-54.

Armour, C., Műllerová, J., Fletcher, S., Lagdon, S., Burns, C. R., Robinson, M., & Robinson, J. (2016). Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(3), 383-393.

Arslan, S. H., Karlıdağ, R., Alparslan, Z. N., Tamam, L., & Ünal, M. (1997). Borderline kişilik bozukluğunda örseleyici çocukluk yaşantıları ve ruhsal bulgular. *Düşünen Adam, 10*(3), 33-39.

Atlı, A., Bulut, M., Uysal, C., Kaya, M., Karababa, F., Güneş, M., … & Sır, A. (2012). Silah ruhsatı rapor başvuruları: Şanlıurfa örneği. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, *3*(12), 28-38.

Bader, K., Schaefer, V., Schenkel, M., Nissen, L., & Schwander, J. (2007). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of Sleep Research*, *16*(3), 285-296.

Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic Dissociation: Theory, Research, and Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24*(2), 170-185.

Balcı, E., Gün, I., Sarli, S., Akpinar, F., Yağmur, F., Öztürk, A., & Günay, O. (2011). Still an unknown topic: child abuse and. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, *17*(5), 430-434.

Balcıoğlu, İ. (2006) Adli psikiyatri ve silah. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7*(1), 10-17.

Ballard, E., Bosk, A., & Pao, M. (2010). Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(4), 327-334.

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

Benedetti, F., Poletti, S., Radaelli, D., Pozzi, E., Giacosa, C., Ruffini, C., … & Smeraldi, E. (2012). Caudate gray matter in obsessive-compulsive disorder is influenced by adverse childhood experiences and ongoing drug treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 32*(4), 544-547.

Bildik, T., Somer, O., Başay, B. K., Başay, Ö., & Özbaran, B. (2013). Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *24*(1), 49-57.

Bilge, Y. (2018). Kişilik bozuklukları ve savunma mekanizmaları. *Turkish Studies*, *13*(10), 145-167.

Bilir, S., Arı Dönmez, N. B., & Güneysu, S. (1990). 4-12 yaşları arasında 16.000 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. *Çocuk İstismarı ve İhmali*, 45-54.

Bjärehed, J., & Lundh, L. G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation?. *Cognitive Behaviour Therapy, 37*(1), 26-37.

Björkenstam, C., Kosidou, K., & Björkenstam, E. (2017). Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ*, 357.

Bolu, A., Pan, E., Günay, H., Öznur, T., Aydemir, E., & Erdem, M. (2014). Travma sonrası stres bozukluğunda saldırgan davranış ile dissosiyasyon arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi, 56*(2), 97-101.

Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation: II. Treatment. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *1*(2), 16–23.

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

Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(4), 367-379.

Büken, B., Erkol, Z., Bahçebaşı, T., Büken, E., Özdinçer, S., & Ercan, N. (2009). Ateşli silahların adolesans döneminde stres yapıcı faktör olarak etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20(*3), 213-226.

Callak, Y. (2019). *Psikolojik belirtiler ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkide şemaların aracı rolü.* Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Canat, S. (1994). Ergenlerde Cinsel Taciz. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 1,* 18-22.

Cardefia, E. (1994). The domain of dissociation. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives,* 15-31.

Carvalho, A. F., Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macêdo, D. S., Floros, G. D., Ottoni, G. L., … & Lara, D. R. (2013). The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of Affective Disorders, 146*(1), 58-65.

Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 78*(1), 79-90.

Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A., & Zohar, J. (2008). Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 45*(3), 177-182.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2016). National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. Erişim tarihi: 10 Şubat, 2022. https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html.

Chasan, N. (2010). *Alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisi.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Chu, J. A. (1991). The repetition compulsion revisited: Reliving dissociated trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(2), 327-332.

Clark AJ. (1992). Psikololojik Danışmada Savunma Mekanizmalarının Tanınması ve Şekillendirilmesi (Çev. Hakan Ersever). *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 25*(2), 579-596.

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

Cloitre, M. & Rosenberg, A. (2006). Sexual Revictimization Risk Factors and Prevention. Follette VC, Ruzek JI (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* içinde. New York: The Guilford Press, 321-361.

Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review, 7*(1), 275-302.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 297-303.

Cramer P. (1987). The development of defense mechanisms. *Journal of Personality, 55*(4), 597-614.

Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass, 2*(5), 1963-1981.

Cüceloğlu, D. (2003). *İnsan ve Davranışı*. 11. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çağatay, S. E. (2014). *Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ile bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çavuş, O. (2019). *Silah taşımanın bağlanma biçimi ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi.* Yüksek lisans tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Ana Bilim Dalı.

Çiydem, E. (2022). *Kadınlarda çocukluk çağı travmalarının ruh sağlığı ve aile işlevselliğine etkisinin kuşaklararası bağlamda incelenmesi*. Doktora tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin, 138*(3), 550–588.

De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment, 10*(2), 150-172.

Dell, P. F. (2009). Understanding dissociation. P. F. Dell & J. A. O'Neil (Ed.), Dissociation and the dissociative disorders: *DSM-V* (709–825) içinde. Routledge/Taylor & Francis Group.

deMause, L. (1998). The history of child abuse. *The Journal of Psychohistory 25*(1), 216-236.

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

Demirci, K. (2016). Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi. *Journal of Mood Disorders, 6*(1), 7-13.

Deveci, S. E., &, Açık Y. (2003). Çocuk istismarı nedenlerinin incelenmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 12*(4), 396-405.

Devens, M., & Erickson, M. T. (1998). The relationship between defense styles and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 12*(1), 86-93.

Dias, A., Sales, L., Mooren, T., Mota-Cardoso, R., & Kleber, R. (2017). Child maltreatment, revictimization and Post-Traumatic Stress Disorder among adults in a community sample. *International Journal of Clinical And Health Psychology, 17*(2), 97-106.

Doğan, F., İçten, S., & Taycan, S. E. (2021). Parasomni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Dissosiyatif Belirtilerin Varlığı. *Journal of Turkish Sleep Medicine, 3*, 222-229.

Dolins, J. C., & Christoffel, K. K. (1994). Reducing violent injuries: priorities for pediatrician advocacy. *Pediatrics, 94*(4), 638-651.

Dopart, T. (1986). A new Look at Denial and Defence. *The Annual of Psychoanalysis, 15*, 23-47.

Em, S., Bozkurt, M., Caglayan, M., Ceylan Cevik, F., Kaya, C., Oktayoglu, P., & Nas, K. (2017). Psychological health of caregivers and association with functional status of stroke patients. *Topics in Stroke Rehabilitation, 24*(5), 323-329.

Emerson, L. E. (1913). The case of miss a: A preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review, 1*(1), 41-54.

Erdem, M., (2008). Savunma biçimlerinin uyum bozukluklarındaki rolü. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2*(4), 155-159.

Ersevim, İ. (2013). *Freud ve Psikanalizin Temel İlkeleri* (7. baskı.). İstanbul: Özgür Yayınları.

Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 10(*8), 867-876.

Evren, C., & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *4*(1), 30-37.

Ezer, H. İ. (2017). *Ergenlik döneminde yaygın kullanılan savunma mekanizmaları ile psikolojik sağlamlık ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişki: Hatay il merkezi örneği.* Yüksek lisans tezi. Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı.

Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals, 22*(2), 60-63.

Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(3), 283-289.

Gülgör, F. (2018). *Evli Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

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

Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1397-1403.

Fliege, H., Becker, J., Weber, C., Schoeneich, F., Klapp, B. F., & Rose, M. (2003). Disturbed regulation of self-esteem in patients with overt versus covert self-destructive behaviour. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49*(2), 151-163.

Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(6), 477-493.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 623-629.

Freud A (1966). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. International Universities Press, New York.

Freud S (1961). *Inhibition, Symptoms, and Anxiety*. The standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 20:77-175. London: Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis: London.

Freud, A. (1937). *Ben ve Savunma Mekanizmaları* (Çev.: Erim, Y.). İstanbul: Metis Yayınları.

Garbarino, J., Bradshaw, C. P., & Vorrasi, J. A. (2002). Mitigating the effects of gun violence on children and youth. *The Future of Children, 12*(1), 73-85.

Geçtan, E. (1997). *Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar* (13. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Geçtan, E. (2003). *İnsan olmak*. (26. Baskı). İstanbul: Metis Yayınları.

Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3*, 47-76.

Grinshteyn, E., & Hemenway, D. (2016). Violent death rates: the US compared with other high-income OECD countries, 2010. *The American Journal of Medicine*, *129*(3), 266-273.

Grossman, D. C., Reay, D. T., & Baker, S. A. (1999). Self-inflicted and unintentional firearm injuries among children and adolescents: the source of the firearm. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *153*(8), 875-878.

Güleç, M. Y., Altintaş, M., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., Koca, E. K., & Güleç, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatization in depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, *146*(1), 137-141.

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

Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(1), 48-54.

Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, *33*(6), 987-995.

Hayashi, Y., Okamoto, Y., Takagaki, K., Okada, G., Toki, S., Inoue, T., … & Yamawaki, S. (2015). Direct and indirect influences of childhood abuse on depression symptoms in patients with depressive disorder. *BMC Psychiatry, 15*(1), 1-8.

Helvacı-Çelik, F. G., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9*(2), 209-226.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(1), 57-68.

Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics, 137*(3).

Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 464-467.

Hong, P. Y., Ilardi, S. S., & Lishner, D. A. (2011). The aftermath of trauma: The impact of perceived and anticipated invalidation of childhood sexual abuse on borderline symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(4), 360-368.

Hovanesian, S., Isakov, I., & Cervellione, K. L. (2009). Defense mechanisms and suicide risk in majör depression. *Archives of Suicide Research, 13*(1), 74-86.

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 102*, 104361.

Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129-147.

Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(2), 363-375.

Jen, A., Saunders, E. F., Ornstein, R. M., Kamali, M., & McInnis, M. G. (2013). Impulsivity, anxiety, and alcohol misuse in bipolar disorder comorbid with eating disorders. *International Journal of Bipolar Disorders, 1*(1), 1-9.

Jonason, P. K., Webster, G. D., Schmitt, D. P., Li, N. P., & Crysel, L. (2012). The antihero in popular culture: Life history theory and the dark triad personality traits. *Review of General Psychology, 16*(2), 192-199.

Kabiru, C. W., Beguy, D., Crichton, J., & Ezeh, A. C. (2010). Self-reported drunkenness among adolescents in four sub-Saharan African countries: associations with adverse childhood experiences. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*(1), 1-13.

Kahn, D. J., Kazimi, M. M., & Mulvihill, M. N. (2001). Attitudes of New York City high school students regarding firearm violence. *Pediatrics, 107*(5), 1125-1132.

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

Karasar, N. (2007). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. İstanbul: Nobel Yayınevi.

Kernberg, P.F. (1994) Mechanism of The Defense: Development and research perspectives. *Bulletin of The Menninger Clinic, 58*(1), 55-87.

Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 23*(2), 240-259.

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.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., & Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 117.

King, C. D., Hill, S. B., Wolff, J. D., Bigony, C. E., Winternitz, S., Ressler, K. J., … & Lebois, L. A. (2020). Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research, 292*, 113301.

Kleck, G., Kovandzic, T., Saber, M., & Hauser, W. (2011). The effect of perceived risk and victimization on plans to purchase a gun for self-protection. *Journal of Criminal Justice, 39*(4), 312-319.

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045-1056.

Kourt, R. (2011). *18-24 yaş arası üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar ve suçluluk-utanç duyguları ile ilişkisinin incelenmesi.* Yüksek lisans tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Larsson, S., Aas, M., Klungsøyr, O., Agartz, I., Mork, E., Steen, N. E., … & Lorentzen, S. (2013). Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC psychiatry, 13*(1), 1-9.

Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A., & Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(2), 150-164.

Liao, S. W., Price-Sharps, J. L., & Sharps, M. J. (2018). Shoot/no-shoot decisions: dissociation, judgment, and assailant/weapon characteristics. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *33*(3), 209-214.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*(9432), 453-461.

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183-1192.

Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Newcorn, J., Schmeidler, J., … & Chemtob, C. M. (2009). Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(11), 1919-1927.

Lysaker, P. H., Meyer, P. S., Evans, J. D., Clements, C. A., & Marks, K. A. (2001). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services, 52*(11), 1485-1488.

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry, 175*(1), 37-46.

May, R. (1997). *Kendini Arayan İnsan* (Çev. A. Karpat). İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.

McCabe, K. L., Maloney, E. A., Stain, H. J., Loughland, C. M., & Carr, V. J. (2012). Relationship between childhood adversity and clinical and cognitive features in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 46*(5), 600-607.

McWilliams, N., & Kalem, E. (2010). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak.* İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Mejía, B., Zea, P., Romero, M., & Saldívar, G. (2015). Traumatic experiences and re-victimization of female inmates undergoing treatment for substance abuse. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 10*(1), 1-8.

Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: the importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual Review of Public Health, 33,* 393-408.

Miller, M., Lippmann, S. J., Azrael, D., & Hemenway, D. (2007). Household firearm ownership and rates of suicide across the 50 United States. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 62*(4), 1029-1035.

Mirhashem, R., Allen, H. C., Adams, Z. W., van Stolk-Cooke, K., Legrand, A., & Price, M. (2017). The intervening role of urgency on the association between childhood maltreatment, PTSD, and substance-related problems. *Addictive Behaviors, 69,* 98-103.

Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12-23.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA, 285*(16), 2094-2100.

National Association of Children's Hospitals and Related Institutions (2009). Responding to Child Maltreatment: 2008. Survey Findings and Trends.

Nickel, R., & Egle, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect, 30*(2), 157-170.

Nielssen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Häkkänen-Nyholm, H., … & Large, M. M. (2011). Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia Bulletin, 37*(3), 572-579.

Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 263–279.

Ögel, K., & Aksoy, A. (2006). Kendine zarar verme davranışı raporu. *Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği Yayınları, 18*, 1-27.

Öner, S., Yenilmez, C., Ayrancı, U., Günay, Y., & Özdamar, K. (2007). Sexual differences in the completed suicides in Turkey. *European Psychiatry, 22*(4), 223-228.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğullari, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(2).

Özakkaş, T. (2008). *Bütüncül Psikoterapi.* İstanbul: Litera Yayınları.

Özalp E, Soygür H. (2006). Silah ruhsatlandırmasında ruh hekiminin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *7*(1), 28-34.

Özçetinkaya, S. (2011). *Erkek alkol ve eroin bağımlılarında çocukluk çağı travmasının kişilik boyutları ile ilişkisi*. Tıpta uzmanlık tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Özkol, H. (2014). *Çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon travma sonrası stres bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan stres bozukluğu arasındaki ilişkiler*. Doktora tezi. Ankara: ODTÜ.

Özsoy, F. (2018). Sağlık kurulu başvurularındaki silah ruhsatı, güvenlik (silahlı ya da silahsız) başvurularının değerlendirilmesi: Retrospektif bir inceleme. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 10(*3), 102-109.

Özsoy, F., & Kulu, M. (2021). Sağlık kuruluna silah ruhsatı almak, silahlı güvenlik olmak için başvuran kişilerin mizaç karakter, d tipi kişilik özellikleri, aleksitimi ve dürtüsellik düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 30*(3), 266-273.

Öztürk, E. (2003). T*ravma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. F. Aşıcıoğlu, N. Ziyalar, (Eds), *Adli Davranış Bilimleri* içinde (24-34). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. p. 23-38.

Öztürk E. (2018a). Travma merkezli alyans model terapi: dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. Öztürk E, editör. *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.31-8.

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

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

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

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

Öztürk, E. (2022a). Modern psikotravmatoloji. Öztürk E, editör. *Psikotravmatoloji.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 1-40.

Öztürk, E. (2022b). Dissoanaliz ve psikotoplumsal bilinç alyansı kuramı: inkar travması ve dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi. Öztürk E, editör. *Psikotravmatoloji.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 41-69.

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

Öztürk, E., & Derin, G. (2021). Dissosiyatif bozukluklarda kendine zarar verme davranışları ve intihar eğilimleri: Travma perspektifinden psikoterapötik bir değerlendirme. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 7*(1), 9-31.

Öztürk, E., Derin, G., & Okudan, M. (2020). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 17*(1), 10-24.

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

Öztürk, E., & Şar, V. (2006). The "Apparently Normal" family: A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice, 4*(3-4), 287-303.

Öztürk, O. M., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları: Temel kavramlar ve ilkeler* (11. Baskı). Ankara: Tuna Yayınları.

Özgündüz, C. M., Kenar Güler, J., Tekin, A., Özer, Ö. A., & Karamustafalıoğlu, O. (2019). Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *20*(3).

Park, E. J., Kim, S. Y., Kim, Y., Sung, D., Kim, B., Hyun, Y., Jung, K. I., Lee, S. Y., Kim, H., Park, S., Kim, B. N., & Park, M. H. (2020). The relationship between adverse childhood experiences and sleep problems among adolescent students: mediation by depression or anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(1), 236.

Paterniti, S., Sterner, I., Caldwell, C., & Bisserbe, J. C. (2017). Childhood neglect predicts the course of majör depression in a tertiary care sample: a follow-up study. *BMC Psychiatry, 17*(1), 1-13.

Perry, J. C., Presniak, M. D., & Olson, T. R. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*, *76*(1), 32-52.

Petraglia, J., Thygesen, K. L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009). Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy, 63*(1), 87-99.

Pfeffer, C. R. (2001). Youth suicide: prevention through risk management. *Clinical Neuroscience Research, 1*(5), 362-365.

Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet.* 1. Basım, İstanbul: Der Yayınevi. s.151-257.

Root, M.P. (1992) Reconstructing the impact of trauma on personality. In *Personality and psychopathology*. LS Brown, M. Ballou (Ed), New York. Guilford Inc. s. 229-65.

Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex posttraumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 19*(4), 773-791.

Ross, C. A. (2007). Borderline Personality Disorder and Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 8*(1), 71–80.

Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(1), 67-77.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.

Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K. L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry, 25*(3), 136-145.

Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D., & Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive–compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research, 135*(2), 145-152.

Seo, E. Y., & Kwon, S. (2018). The Influence of Spiritual Well-Being, Self-Esteem, and Perceived Social Support on Post-Traumatic Growth among Breast Cancer Survivors. *Asian Oncology Nursing, 18*(4), 232-240.

Shalev, A. Y. (2003). Treating survivors in the acute aftermath of traumatic events. In *Lecture at the 19th Annual Meeting of ISTSS*, 1-26.

Shonkoff, J. P., & Garner, A. S. (2012). Committee on psychosocial aspects of child and family health committee on early childhood, adoption, and dependent care section on developmental and behavioral pediatrics the lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232-e246.

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

Simeon, D., Stanley, B., Frances, A. J., Mann, J. J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry, 149,* 221-226.

Sinha, B. K., & Watson, D. C. (2004). Personality disorder clusters and the Defence Style Questionnaire. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *77*(1), 55-66.

Siyez, D.M. (2003). *Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, *366*(9495), 1471-1483.

Slep, A. M., Heyman, R. E., & Foran, H. M. (2015). Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process*, *54*(1), 17–32.

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., … & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 824-852.

Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(2), 219.

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

Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2271–2276.

Şar, V., Öztürk, E. & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, *32*(4), 1054-1063.

Şar, V., Taycan, O., Bolat, N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, *43*(1), 33-40.

Şarlak D., & Öztürk E. (2018). Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. Öztürk E, editör. *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara*:* Türkiye Klinikleri. p.14-9.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). Silah ruhsatı alacak kişilere verilecek raporlarla ilgili 2004/74 sayılı Genelge.

Tan, C. Ö. (2018). *Zorbalığa maruz kalmış üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon*. Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica, 35*(2), 82-86.

Tarlacı, N., Yeşilbursa, D., Türkcan, S., Saatçioğlu, Ö., & Yaman, M. B. (1997). B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 8*, 29-35.

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

Tezel, A. (2003). *Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması*. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi

Tıraşçı, Y. Ve Gören, S. (2007). Child abuse and neglect. *Dicle Medical Journal, 34*(1), 70-74.

Timko, C., Sutkowi, A., Pavao, J., & Kimerling, R. (2008). Women's childhood and adult adverse experiences, mental health, and binge drinking: The California Women's Health Survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 3*(1), 1-9.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research. Practice, and Policy, 132*(1), 37–85.

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3*(4), 76-80.

Topçu, O., Hocaoğlu, Ç., Üvenli, H., Kandemir, G., & Bahçeci, B. (2015). Bir eğitim hastanesi psikiyatri polikliniğine silah ruhsatı için başvuran olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi, 29*(1), 29-37.

Toprak, S., & Ersoy, G. (2017). Femicide in Turkey between 2000 and 2010. *PloS One*, *12*(8).

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

Torun, F., Torun, S. D., & Yıldırım, E. A. (2011). Silah ruhsatı almak için başvuranlarda depresyon, öfke, aleksitimi ve kişilik özellikleri. *Evaluation*, *68*(14), 14-19.

Tönge, Ş. (2011). *Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmali ile mizaç, karakter özellikleri ve öfke arasındaki ilişki*. Tıpta uzmanlık tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı.

Türkiye İstatistik Kurumu, (2020). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2015-2019. Erişim tarihi: 20 Aralık 2021.

Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, *24*(2), 107-118.

Vaillant, G. E. (1992). Ego mechanisms of defense: a guide for clinicans and researchers. *American Psychiatric Pub*.

Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. *American Psychological Association, Of General Psychiatry*, 55(1), 89-98.

Van Assche, L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2020). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & Mental Health*, *24*(6), 898-905.

Van der Hart, O., & Dorahy, M. J. (2009). History of the concept of dissociation. P. F. Dell & J. A. O'Neil (Ed.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V* (3–26) içinde. Routledge/Taylor & Francis Group.

Vyrostek, S. B., Annest, J. L., & Ryan, G. W. (2004). "Surveillance for fatal and non-fatal injuries-U.S., 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report. *Surveillance Summaries*, *53*(7), 1-57.

Waaktaar, T., Borge, A. I. H., Fundingsrud, H. P., Christie, H. J., & Torgersen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence A longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, *27*(2), 153-163.

Wamser-Nanney, R., Nanney, J. T., Conrad, E., & Constans, J. I. (2019). Childhood trauma exposure and gun violence risk factors among victims of gun violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 99.

Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, *68*(1), 129-135.

Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.

Ward, C. L., Flisher, A. J., Zissis, C., Muller, M., & Lombard, C. (2001). Exposure to violence and its relationship to psychopathology in adolescents. *Injury Prevention*, *7*(4), 297-301.

Watson, D. C., & Sinha, B. K. (1998). Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(1), 67-75.

Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 1068-1075.

Werman, D. S. (1983). Suppression as a defense. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 31*, 405-415.

Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect*, *29*(7), 797-810.

World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention 29–31 March 1999*, WHO, Geneva. World Health Organization: Geneva.

World Health Organization. (2010). World Health Organization Fact Sheet no. 150: Child Maltreatment. Erişim Tarihi: 3 Şubat 2022.

World Health Organization. (2020). Child Maltreatment Facts Sheet. Erişim tarihi: 5 Şubat 2022.

Yaşar, Ö. S. (2014). *Yetişkin yakın ilişkilerde bağlanma stilleri ile kullanılan savunma mekanizmalarının arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35-74.

Yavuzer, H. (2011). *Anne Baba ve Çocuk*. 22. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. I., Friedman, M. J., & Gusman, F. D. (1998). Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*.

Yöyen, E. G. (2018). Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ego savunma mekanizmaları arasındaki ilişki. *3. Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, *53*(1), 34-45.

Yurdakök, K. (1999). Çocuk istismarı ve ihmali. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. *42*(2), 262-270.

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(1), 70-75.

Zeytinoğlu S. (1999). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. *Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği,* Ankara.

Zeytinoğlu, S. (1991). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. *Çocuk İstismarı ve İhmali*, 147-161.

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaçs, H. A., Ozturk, M., … & Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*(1), 119-126.

8.EKLER

8.1. EK 1: Katılımcı Onam Formu

KATILIMCI ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Yüksek Lisans öğrencisi Akın Kongur tarafından Prof. Dr. Erdinç Öztürk danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, silah bulundurma ruhsatı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ile savunma mekanizmaları, dissosiyatif yaşantıları ve kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir, Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında alınan bilgiler, bir bütün halinde değerlendirilecektir. Sizden kimlik belirleyici hiçbirbilgi istenmeyecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmadan elde edilecek verilerin güvenilir olması içinyanıtlarınızın gerçek duygu / düşüncelerinizi yansıtması ve maddeleri boş bırakmamanız gerekmektedir. Bu nedenle her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en çok yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen hiçbirmaddeyi boş bırakmayınız.

Araştırmaya katılmayı reddedebilir ya da başladıktan sonra devam etmek istemediğinize karar verip yarıda bırakabilirsiniz. Soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Araştırma ile ilgili her türlü soru ve görüşlerinizi e-mail adresine iletebilirsiniz. İlginiz ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmada kullanılacak veri toplama araçlarını kendi rızamla dolduruyorum ve bu araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.

Kabul ediyorum. ( ) Kabul etmiyorum. ( )

8.2. EK 2: Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz:
   a) Kadın
   b) Erkek

3) Öğrenim durumunuz:
   a) Okur-yazar
   b) İlkokul
   c) Ortaokul
   d) Lise
   e) Üniversite (Lisans-Önlisans - Lisansüstü)

4) Annenizin eğitim durumu?
   a) Okur-yazar değil
   b) İlkokul
   c) Ortaokul
   d) Lise
   e) Üniversite (Lisans-Önlisans - Lisansüstü)

5) Babanızın eğitim durumu?
   a) Okur-yazar değil
   b) İlkokul
   c) Ortaokul
   d) Lise
   e) Üniversite (Lisans-Önlisans - Lisansüstü)

6) Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?
   a) Anne ve baba
   b) Anne baba ve kardeşler
   c) Kalabalık akraba

d) Diğer

7) Çocukluğunuzdayaşadığınızyer?

a) Şehir Merkezi
b) İlçe
c) Köy /Kasaba

8) Medeni durumunuz:

a) Bekar
b) Evli
c) Boşanmış
d) Dul
e) Diğer

9) Gelir Durumunuz:

a) 2324 Tl ve altı,
b) 2325 TL-5000 TL arası,
c) 5001 TL ve 8000 TL arası,
d) 8001 TL ve üstü

10) Meslek:

a) Memur
b) İşçi
c) Öğrenci
d) Çalışmıyor
e) Ev Hanımı
f) Emekli
g) Diğer:.....

11) Sigara kullanımı:

a) Var
b) Yok

12) Madde kullanımı:

a) Yok
b) Var

13) Alkol kullanımı:

a) Yok
b) Var:

14) Psikiyatrik bir tanınız var mı?

a) Yok
b) Var (ise nedir …….)

15) Daha önce psikolojik yardım aldınız mı? Cevabınız evet ise süresini belirtiniz?

a) Hayır
b) Evet (…….)

16) İntihar etmeyi düşündünüz mü?

a) Hiçbir zaman
b) Nadiren
c) Ara sıra
d) Sık sık
e) Her zaman

17) İntiharGirişimi:

a) Hiçbir zaman
b) Nadiren
c) Ara sıra
d) Sık sık
e) Her zaman

18) Herhangi bir suçun mağduru oldunuz mu? Evet ise bu suç veya suçlar nelerdir?

a) Evet (……)
b) Hayır

19) Adli bir olaya karıştınız mı? (Evet ise bu adli nitelikteki olay nedir?)

a) Evet (……..)
b) Hayır

20) Sizce, silah bulundurmak serbest olmalı mı?

a) Hayır olmamalı
b) Emin değilim
c) Evet olmalı

21) Kendinizi toplumda ne kadar güvende hissediyorsunuz?

a) Hiç güvende hissetmiyorum
b) Güvende hissediyorum
c) Çok güvende hissediyorum

22) Adli bir olaya karıştınız mı? (Evet ise bu adli nitelikteki olay nedir?)

a) Evet (……..)
b) Hayır

23) Silah bulundurma ruhsatınız var mı? (Cevabınız evet ise kalan soruları cevaplayınız)

a) Evet
b) Hayır

24) Herhangi bir silaha sahip misini?

a) Evet
b) Hayır

25) Silahınızın bulunması sizi güvende hissettiriyor mu?

a) Evet
b) Kısmen

c) Hayır

26) Kaç yıldır silaha sahipsiniz?

……..

27) Silah bulundururken adli bir olaya karıştınız mı?

a) Karışmadım
b) Bir kere karıştım
c) Birden çok kez karıştım

28) Silah bulundurmaktaki amacınız nedir?

…….

29) Silah bulundurma ruhsatını kaç yaşında aldınız?

…….

30) Silahı ilk kaç yaşınızda kullanmıştınız?

……..

31) Kendinizi silah bulundurduğunuz meskende ne kadar güvende hissediyorsunuz?

a) Hiç güvende hissetmiyorum
b) Güvende hissediyorum
c) Çok güvende hissediyorum

32) İnsanlar uğradığı haksızlıklara karşı, kendini savunurken silah kullanabilir.

a) Hayır
b) Kısmen
c) Evet

33) Silah kullanmak durumunda kaldığınız anlar oldu mu?

f) Hiçbir zaman
g) Nadiren

h) Ara sıra
i) Sık sık
j) Her zaman

34) Silahın bulunmasının caydırıcılık etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Hiçbir zaman
b) Nadiren
c) Ara sıra
d) Sık sık
e) Her zaman

35) Silah ile kendime veya bir başkasına zarar vermek istediğiniz hiç oldu mu? (Evet ise 31,31 ve 33. Soruları cevaplayınız.)

a) Evet
b) Hayır

36) Silah ile kime zarar verme isteğiniz oldu?

……..

37) Silah ile ne zaman kendinize veya bir başkasına zarar verme istediğiniz oldu?

……..

38) Silah ile nerede kendinize veya bir başkasına zarar verme isteğiniz oldu?

……

8.3. EK 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Sorulara nasıl yanıt verilecek?
Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	**Nadiren**	**Zaman zaman**	**Sıklıkla**	**Çok sık olarak**
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurula cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederler	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

8.4. EK 4: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

SORULAR

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

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

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

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

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

8.5. EK 5: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

BÖLÜM II: İŞLEVLER
Yönerge:
Bu anket kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamayayönelikoluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse**"0" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz

1....kendimi sakinleşmiş hissederim
0 1 2
2....kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum
0 1 2
3....kendimi cezalandırmış olurum
0 1 2
4...kendime özengöstermekiçin bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)
0 1 2
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum
0 1 2
6....intihar girişimidürtümdenkaçınmış olurum
0 1 2
7....heyecan ve coşkuyaşatan bir şeyyapmış olurum
0 1 2
8....akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur
0 1 2
9....başkalarınınhissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum
0 1 2
10...acıya dayanıklılığımıgörmüş olurum
0 1 2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaretbırakmış olurum
0 1 2
12...birisinden hıncımı çıkartmış olurum
0 1 2
13...kendi kendime yeterliliğimikanıtlamış olurum
0 1 2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum
0 1 2
15...başkalarından ayrı olduğumugöstermiş olurum
0 1 2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğumöfkeyigöstermiş olurum
0 1 2
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum

0 1 2

18...fiziksel acı bile olsa bir şeylerhissetmiş olurum (hiçbirşey hissetmemektense)

0 1 2

19...İntihardüşüncelerimegerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başkaşekilde yanıt vermiş olurum

0 1 2

20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarınıeğlendirmiş olurum

0 1 2

21...başkalarına uyum sağlamış olurum

0 1 2

22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum

0 1 2

23...güçlü veya dayanıklı olduğumugöstermiş olurum

0 1 2

24...duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum

0 1 2

25...başkalarından intikam almış olurum

0 1 2

26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımıgöstermiş olurum

0 1 2

27...kaygı, hüsran, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur

0 1 2

28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşaetmiş olurum

0 1 2

29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt ver- miş olurum

0 1 2

30...kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir

0 1 2

31...kendimi gerçekhissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum

0 1 2

32...intihar düşüncelerimisonlandırmış olurum

0 1 2

33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi

0 1 2

34...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum

0 1 2

35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum

0 1 2

36...fiziksel acıya katlanabileceğimikanıtlamış olurum

0 1 2

37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum

0 1 2

38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum

0 1 2

39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum

8.6. EK 6: Savunma Biçimleri Testi

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerindeseçtiğiniz dereceyi çarpışeklinde (X) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

3. Endişeminüstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma).

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

9. Süpermen'mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilmeyeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Banaçok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Banaçok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini ararım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun

9.ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri:

Adı ve Soyadı: Akın Kongur

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

Eğitim Bilgileri:

2019- İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı

2019-2021 İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Enstitüsü, Klinik Psikoloji

2014-2019 Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

2009-2013 Beşikdüzü Anadolu Lisesi

İş Deneyimi:

Unvan: Klinik Psikolog

2019-Devam Psikoloji Akademisi