

T.C.

FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BİLİŞSEL
DUYGU DÜZENLEME VE PSİKOLOJİK İYİ
OLUŞ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ:
DİYARBAKIR VE MARDİN ÖRNEĞİ**

AYŞEGÜL AKYIL

160131017

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. SEFA SAYGILI

İSTANBUL – 2019

T.C.

FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BİLİŞSEL
DUYGU DÜZENLEME VE PSİKOLOJİK İYİ
OLUŞ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ:
DİYARBAKIR VE MARDİN ÖRNEĞİ**

AYŞEGÜL AKYIL

160131017

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. SEFA SAYGILI

İSTANBUL – 2019

TEZ ONAY SAYFASI

FSMVÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji tezli yüksek lisans programı 160131017 numaralı öğrencisi Ayşegül AKYIL'ın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı **“Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, Bilişsel Duygu Düzenleme ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Diyarbakır İli Örnekleme)** başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından **17.06.2019** tarihinde oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Sefa SAYGILI

(Jüri Başkanı-Danışman)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU

(Jüri Üyesi)

Haliç Üniversitesi

Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT

(Jüri Üyesi)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Çocukluk Çağı Travmaları, Bilişsel Duygu Düzenleme ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Diyarbakır ve Mardin Örneği” konulu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifatın söz konusu olmadığını beyan ederim.

Ayşegül AKYIL

İmza

TEŐEKKÜR

En başta, 'Yaratan Rabbinin Adıyla Oku!' emrinin sahibi olan ve sonsuz nimet bahŐeden Allah'a hamd ederim. Her zaman desteklerini hissettiğim annem Amine AKYIL, babam Mehmet AKYIL başta olmak üzere tım aileme, arkadaŐlarım, dostlarım ve ölçekleri doldurmada tereddüt etmeyip zaman ayıran herkese teŐekkür ederim. Son olarak, ilgi ve destekleri için saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sefa SAYGILI'ya, yardımları için arkadaŐım Banu Betül TANIŐ'a sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: DİYARBAKIR VE MARDİN ÖRNEĞİ

ÖZET

Cinsel, fiziksel ve duygusal açılardan bakılan çocukluk çağı travmaları, bireyin hayatını kısa ve uzun vadede etkilemekte olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra sadece bireyleri değil toplumun genelini etkisi altına almaktadır. Bu çalışmanın amacı; çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca bu kavramların psikolojik semptomların varlığına olan etkisine de bakılacaktır.

Araştırmanın örneklemini Diyarbakır ve Mardin illerinden çalışmaya gönüllü katılan 18 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Katılımcılara; Sosyo-Demografik Bilgi Formu, çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve ya istismar yaşantılarının tespit edilebilmesi adına Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, olumsuz ve ya zor bir durumla başa çıkmaları adına kullanılan adaptif olan ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin belirlenmesi amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği verilmiştir. Ayrıca yaşamda karşı karşıya kalınan meydan okumaları yönetme olarak tanımlanan psikolojik iyi oluş kavramını incelemek adına Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve psikopatolojik değerlendirme aracı olan Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları elde edilerek konu hakkında gerekli analizler yapılmıştır. Korelasyonel olarak tasarlanan araştırmanın hipotezlerini sınamak adına Bağımsız Örnek t Testi, Varyans Analizi, Korelasyon Analizi, Regresyon Analizi yapılmıştır. Araştırma sonucunda çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel

olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca ocukluk ağı Travmaları leği, Bilişsel Duygu Düzenleme leği ve Kısa Semptom Envanteri ile değerlendirilen semptomların Psikolojik İyi Oluş leği puanları üzerindeki etkisini değerlendirebilmek adına uygulanan Doğrusal Regresyon Analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



**THE RELATION AMONG CHILDHOOD TRAUMAS,
COGNITIVE EMOTION REGULATION AND
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING: SAMPLE OF DİYARBAKIR
AND MARDİN**

ABSTRACT

Childhood traumas, which are taken from sexual, physical and emotional aspects, are known to effect the life of the individual in short and long term. In addition, it should be considered as a general problem that has impact on the general public, not on individuals per se. The aim of this study is to investigate the relations among childhood traumas, cognitive emotion regulation strategies and psychological flourishing (psychological health). And the presence of psychological symptoms in these concepts will be examined.

The sample of the research consisted of individuals over 18 years of age who participated voluntarily from Diyarbakır and Mardin. Childhood Trauma Questionnaire was given to participates in order to identify experiences neglect and abuse, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire was used to determine adaptive and non-adaptive cognitive emotion regulation strategies used to deal with negative or difficult situation. In addition, Psychological Flourishing Scale was used to examine the concept of psychological well being defined as managing challenges in the life of individuals.

The total and the sub-dimension scores obtained from the scales were analyzed separaely. In order to test hypothesis of the study Independent Sample t Test, correlation analysis, variance analysis and regression analysis were used. It was found that there were statistically significant relations among childhood traumas, cognitive emotion regulation and psychological flourishing. In addition, the results of linear regression which was applied to evaluate the effects of Childhood Trauma Questionnaire, Cognitive Emotion Regulation Scale and Short Symptom Inventory on Psychological Flourishing Scale scores were found statistically significant.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. LİTERATÜR TARAMASI.....	3
1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	3
1.1.1. Travma Kavramı	3
1.1.2. Travmanın Tarihçesi	4
1.1.3. Çocuk ve Çocukluk Çağı	5
1.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri	6
1.1.5. Çocukluk Çağı İhmal Türleri.....	8
1.1.5.1. Çocukluk Çağı Duygusal İhmal.....	9
1.1.5.2. Çocukluk Çağı Fiziksel İhmal	10
1.1.6. Çocukluk Çağı İstismar Türleri.....	11
1.1.6.1. Çocukluk Çağı Fiziksel İstismar	13
1.1.6.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismar	14
1.1.6.3. Çocukluk Çağı Duygusal İstismar	16
1.2. BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME	17
1.2.1. Duygu Düzenleme Kavramı	17
1.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme	22
1.3. PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ	26
1.3.1. İyi Oluş Kavramı ve Psikolojik İyi Oluşun Önemi.....	26
1.3.2. Psikolojik İyi Oluş, Duygular ve Erken Dönem Yaşantılar	28

İKİNCİ BÖLÜM.....	32
2. YÖNTEM.....	32
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	32
2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	32
2.3. KATILIMCILAR	33
2.4. ARAŞTIRMAYA KONU OLAN DEĞİŞKENLER VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
2.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	33
2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-3.0.....	33
2.4.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması	34
2.4.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Flourishing Scale).....	35
2.4.5. Kısa Semptom Envanteri/KSE.....	35
2.5. İŞLEM.....	36
2.6. VERİLERİN ANALİZİ	36
2.7. BULGULAR	36
2.7.1. Sosyo-Demografik Bulgular	37
2.7.2. Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistik Değerleri	39
2.7.3. Ölçekler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular	40
2.7.4. Ölçekler ve Alt Boyutlar Toplam Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Farklılık Testleri	46
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	62
3. TARTIŞMA VE SONUÇ	62
3.1. ARAŞTIRMANIN ANALİZ SONUÇLARI	62
3.2. ARAŞTIRMAYA KONU OLAN KAVRAMLARIN TARTIŞILMASI.....	64
3.3. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKÇA.....	70
EKLER.....	81

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin Çeşitli Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı....	37
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri ve Betimleyici İstatistik Değerleri.....	39
Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	40
Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular.....	41
Tablo 5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	43
Tablo 6. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular	44
Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Kategorileri İçin Bağımsız Örnek t-Testi Analizine Dair Bulgular	46
Tablo 8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenler İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular	47
Tablo 9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Yapılan Analizlere Dair Bulgular	49
Tablo 10. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyet Değişkeni İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular	51
Tablo 11. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Toplam Puanlarının bazı Değişkenler adına yapılan analizlere Dair Bulgular.....	52
Tablo 12. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenler Adına Yapılan Analizlere Dair Bulgular.....	53
Tablo 13. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Bazı Alt Boyut Toplam Puanlarının Algılanan Gelir Durumu Adına Yapılan Analizlere Dair Bulgular	56
Tablo 14. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Yapılan Analize Dair Bulgular	56

Tablo 15. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Yapılan Analizlere Dair Bulgular	57
Tablo 16. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Yapılan Analizlere Dair Bulgular	59
Tablo 17. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutu Puanlarının Cinsiyet Değişkeni İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular	60
Tablo 18. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutu Puanlarının bazı Değişkenler İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular	61



KISALTMALAR LİSTESİ

APA: Amerikan Psikiyatri Topluluğu

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KSE: Kısa Semptom Envanteri

PİOÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

GİRİŞ

Çocukluk çağı travmaları, çocuğa karşı yapılan kötü muamele ya da çocuk istismarı kavramları özellikle son yıllarda gündeme gelmiş olup bu kavramlar incelendiğinde insanlık tarihi kadar eski oldukları görülmektedir (Şahin ve Taşar, 2012).

Çocukluk çağı travmaları, çocuk istismarı kavramının kapsamış olduğu fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt başlıklarıyla incelenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bakış açısıyla bakıldığında, çocuk istismarı “çocuğun sağlığını, fiziksel ve sosyal gelişimini, olumsuz anlamda ve ya yönde etkileyen bir yetişkin, toplum, ülke tarafından bilerek ve ya bilmeyerek yapılan davranışlar” olarak tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Çocukluk döneminde insanların büyük bir kısmı bu kavramlardan biri ile yüz yüze gelmekte olup istismar ve ya ihmalin genellikle en yakın kişiler tarafından gerçekleştirilmesi sebebiyle çocukluk sonrası döneme de etki etmekte, ilerleyen yıllarda psikolojik ve ya tedavi edilmesi zor rahatsızlıklara kapı aralamaktadır (Yavuzer, 1992). Bu dönemde travma yaşamış bireylerde, başta duygusal, bilişsel gelişim olmak üzere kimlik oluşumu, ilişki kurma, ilişkilerinde istikrarlı olma, öz bakım becerileri geliştirme vs. gibi büyük çaplı bozulmalar görülmektedir (Rhodes, 1990). Bu bozulmalardan birine örnek verilecek olursa yapılan bir araştırmaya göre fiziksel istismar geçmişi olan çocukların sosyal işlevsellik alanında birden çok eksikliklere sahip oldukları tespit edilmiş, bu çocukların ilişkilerinde yakınlık kurmakta güçlük çektikleri, bağlanma biçimlerinin güvensiz olduğu, aşırı ve yoğun öfke içeren bir ilişki tarzları olduğu belirtilmiştir (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999).

Ruh halinin, stresin ve ya her türlü duyguyu içeren durumların düzenlenmesi olarak tanımlanan duygu düzenleme, duyguların deneyimlenmesi, ifade edilmesi, değiştirilip şekil verilmesidir. Duygu düzenleme süreci bir sistem olarak yaşamın erken dönemlerinde edinilmektedir. Bu dönemlerde yaşanan yoğun ve şiddetli travmatik yaşantılar bireylerin duygu düzenleme süreçlerini etkilediği bilinmektedir.

Yetişkinlikte bu alanda yaşanan zorluklar psikolojik iyi oluşu etkilemekte, psikopatolojik durumlara yol açmakta ve psikopatolojik rahatsızlıkların belirgin bir özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır (Dodge ve Garber, 1991; Duy ve Yıldız, 2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri kitabına konu olan bazı rahatsızlıkların, duyguların düzenlenmesinde yaşanan zorlukların bir tanı ölçütüne ve ya belirleyiciye sebep olabileceği ve bu konuda yaşanan zorlukların özellikle depresyon ve kaygı (anksiyete) bozuklukları, ikiulu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar gibi temel duygulanım bozukluklarında önemli etkiye sahip olabileceği bilinmektedir.

Konuya bu açılardan bakılacak olursa; bu çalışmada çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantıların, yetişkinlik döneminde yaşanabilecek olumlu ve ya olumsuz bir olay karşısında kişinin tutumunun belirlenmesindeki ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin seçimindeki rolü incelenmiştir. Ayrıca söz konusu kavramların psikolojik iyi oluşa etkisine bakılmıştır. Bu araştırmada, çocukluk ağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve yetişkinlik dönemi psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.LİTERATÜR TARAMASI

Tezin bu bölümünde çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş kavramları incelenecek olup söz konusu kavramlara dair literatürde yapılan çalışmalara bakılacaktır.

1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

1.1.1. Travma Kavramı

Travma, güncel koşulların değişmesi ve yaşanan olayların farklılaşması sebebiyle sürekli değişim yaşayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 2013 yılında yayımlanan DSM-V’te “gerçek ya da göz korkutan şekilde bir ölümün ve ya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın, cinsel şiddetin, varoluşa yönelik tehdidin ortaya çıktığı durumlar” olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). Bunun yanı sıra travma kavramı bireyin bedensel ve ruhsal varlığına tehdit oluşturan, zarar veren, yaşamda baş edilmesi zor, izi silinemeyen ağır durumlar ve olaylar için kullanılmaktadır. Bunların sonucu olarak beklenen şey genellikle çaresizlik, güçsüzlük ve dehşetengiz korku gibi duygular olur. Travmatik yaşantılar, kişilerin duygularını etkilemekle birlikte düşünceleri ve davranışları üzerinde de büyük bir etkiye sahiptir (Özen, 2017).

Travma kavramına bir diğer açıdan bakılacak olursa, yaşanan bir olayın ruhsal travma olarak adlandırılabilmesi için ani ve beklenmedik bir zamanda kişinin varlığına tehdit oluşturan bir durumla karşı karşıya gelmesi ve ya tanık olması, bu olay karşısında da travma sonucu olarak yaşanan duygusal tepkileri vermesi beklenir. Doğa olaylarının sebebiyet verdiği afetler ve insan eliyle gerçekleşen ‘vahşetler’ şeklinde sınıflandırılıyor olsa bile sonuç genellikle benzer olur. Yaşanılan travmalar

kişiyi ciddi bir çaresizlik duygusu, derin korku, yok olma endişesi ve kontrol kaybı gibi duygular ile baş başa bırakmaktadır (Herman, 2015).

İnsanlarda korkunun öğrenilmesi, travma ve stresin özellikle erken yaşlarda yaşanmasıyla oluşur ve bu korkular kalıcı olup hayatın sonraki dönemleri üzerinde önemli rol oynar. Bu öğrenilen ve unutulmayan korkuların ilerleyerek bazı ruhsal bozukluklara yol açtığı bilinen bir durumdur çünkü travmatik durumların belleğe yerleşmesiyle, travmaların tekrarlı bir şekilde yaşanması kaygı ve korkuları tetiklemektedir (Alkın, 2018).

Bir travma ve bırakmış olduğu etkiler ile başa çıkma, üstesinden gelme kişiden kişiye değişkenlik gösteriyor olsa da beş etme becerilerinin yeterince iyi ve güçlü olmadığı dönem bilindiği üzere çocukluk dönemidir. Bu dönemde yaşanan travmatik olaylar yaşam boyu kişiyi etkisi altına almaktadır. Ergenlik ve yetişkinlik döneminde ciddi sorunlara sebebiyet vermiş olduğu ile ilgili çalışmalar artarak devam etmektedir (Öztürk, İkikardeş ve Şar, 2012).

1.1.2. Travmanın Tarihçesi

Günümüzde en çok çalışılan ve güncel kavramlardan biri olan travma ile ilgili çalışmaların geçmişi eskiye dayanmaktadır. 18. yüzyıl ve öncesi tarihe bakıldığında bu kavram sadece fiziksel açıdan incelenmiştir. Bu dönemde travma sonrası ruhsal sorunlar yaşayan kişilerin zihinsel rahatsızlığı olabileceği ve ya kişiliklerinde bir sorun olabileceği düşünülmüştür. Travmanın psikolojik etkisinin olabileceği ile ilgili çalışmalar 19. Yüzyılda psikanalitik kuram ile birlikte başlamıştır (Özer, 2017). Psikolojik travma ile ilgili çalışmalar 19. yüzyılda Fransız nörolog Jean-Martin Charcot öncülüğünde ‘histeri’ üzerine yapılmıştır. Pierre Janet, Sigmund Freud ve William James eşliğinde başlayan çalışmalar, bu yüzyılda geniş yankı uyandırmıştır. Bu çalışmalar siyasi süreçlerden ciddi düzeyde etkilenip dönemin şartlarına göre şekillenmiştir. Bazı dönemler ilgi odağı halindeyken, araştırma konuları arasına giremediği dönemler de olmuş ancak yaşanan durumlar ve şartlar konunun araştırılmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. ‘Histeri’ üzerine başlayan bu çalışmalar sırasıyla savaş nevrozu, bir diğer adıyla bomba şoku, cinsel şiddet ve fiziksel şiddet

ile devam etmiştir. Yapılan çalışmalar sayesinde 19. yüzyıl içerisinde üç defa dikkatleri üstüne çekmiş olup bu çalışmalar, günümüz ruhsal travma kavramının temel yapıtaşı haline gelmiştir (Herman, 2015; Jones ve Wessely, 2007).

20.yüzyıla gelindiğinde, 1952’de yayımlanan ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabında (DSM-1) ‘travma’ kavramı ilk defa geçmiştir. 1980 yılında ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı yer almıştır. Ancak Perry ve Szalavitz’e göre (2018) aynı dönemde psikolojik travmanın neden olabileceği kalıcı hasarlara gereken önemin gösterilmediği belirtilmiş, çocukların kendilerini iyileştirmeye dair doğal güçlerinin olduğuna inanıldığından travmanın çocuklara verebileceği zarar ile yeterince ilgilenilmediği ifade edilmiştir. Çocukların yetişkinlere göre travmaya karşı daha savunmasız olmaları, dünyaya sanıldığı gibi dirençli gelmedikleri, erken dönem yaşantılarında deneyimledikleri stres ve ilgi örüntülerinin bir sonucu olarak dirençli olmayı öğrendikleri, bu dönemde gelişmekte olan beynin hem iyi hem de kötü deneyimlerle kolayca şekillendiği savunulmuştur. Yine aynı dönemde hayvanlarla yaptıkları laboratuvar deneylerinde, hayvanların bebeklik döneminde yaşadıkları stres dolu deneyimlerin beynin kimyası ve mimarisinde değişikliklere sebebiyet verebileceği ve bu durumun davranışlarında da kalıcı etkiye neden olduğu görülmüştür (Perry ve Szalavitz, 2018). Günümüzde de konu ile ilgili çalışmalar artarak devam etmekte olup özellikle çocukluk çağı örseleyici yaşantılar üzerine yapılan çalışmalar önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın devam eden bölümlerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları (çocukluk çağı travmaları), bu yaşantıların türleri, bazı değişkenlerle ilişkileri ve konu ile ilgili yapılan çalışmalar aktarılmaya çalışılacaktır.

1.1.3. Çocuk ve Çocukluk Çağı

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca 1990 yılında yürürlüğe konulan çocuk haklarına dair yayınlamış sözleşmesine göre 18 yaşın altında olan her birey çocuk sayılmaktadır. Her çocuk ayırım gözetmeksizin belli haklara sahip olmakla birlikte herhangi bir ayırım, cezalandırma, ihmal ve istismar durumuna karşı sözleşmeye imza atan tüm devletler her çocuğun etkin bir şekilde korunması adına önlemler

almaktadır. Bu sözleşmenin Birleşmiş Milletler üyesi devletler tarafından imzalanması ile konunun ehemmiyeti dünya kamuoyuna duyurulmuş olup çocukluk çağı yaşantıları üzerine araştırmaların artarak devam etmesini sağlamıştır (Bayramoğlu, 2009). Çocukluk çağı yaşantıları ile ilgili yapılan araştırmalara bakılacak olursa ihmal ve istismar konuları başta olmak üzere çoğunlukla çocukluk çağı travmatik yaşantıları üzerine çalışılmaktadır. Günümüzde konu ile ilgili yapılan araştırmalar ve çalışmalar artmış olsa da yeterli düzeyde epidemiyolojik veri olmaması sorunun temel sebebini görebilmeyi ve belirli bir sonuca varmayı zorlaştırmaktadır (Finkelhor, 1999).

1.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Türleri

Çocuk, doğumu itibariyle büyüme ve gelişme süreci içerisinde. En çok etkileşim kurduğu ailesi ve çevresiyle olan ilişkisinden çıkardığı sonuçları özümsemesi ile kişiliğinin temel yapısı şekillenir (Bayhan, 1998). Ancak yaşanan olumsuz yaşantılar çocuğun hayata uyum sağlayabilmesini zorlaştırıp kişiliğinde çarpıtmaların olmasına sebebiyet verebilir (Herman, 2015).

Çocukluk çağı travmaları, erken yaşlarda yaşanan, kişinin çocukluk sonrası dönemlerindeki psikososyal ve fiziksel özelliklerine doğrudan etkide bulunan olumsuz yaşantılar örgüsü olarak tanımlanmaktadır. Geniş bir kavram olan çocukluk çağı travmaları, bazı başlıklara ayrılarak incelenmekte, çocukluk çağı ihmal ve istismar olmak üzere iki açıyla bakılmaktadır. İhmal ve istismar, çocuğun temel bakım verenleri ve ya birincil bakıcısı tarafından kısıtlayıcı ve ya zarar verici davranışlara maruz kalması olarak tanımlanmakta olduğu görülmektedir. Bu durum çocuğun sosyal, fiziksel, zihinsel ve cinsel anlamda gelişim geriliği yaşamasına ve ya gelişiminin zarar görmesine sebep olabilmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre travma, çocuğun temel bakım vereni ve ya başkası tarafından gerçekleştirilen, bilerek ya da bilmeyerek çocuğun duygusal, fiziksel ve cinsel gelişimini olumsuz anlamda etkileyen, uzun süreli ve tekrarlı devam eden duruma maruz kalması ve ya çocuğun temel ihtiyaçlarından ve gereksinimi olan bakımından mahrum bırakılması olarak tanımlanmaktadır (DSÖ,

2006). Dünya çapında bakılacak olursa 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütünün yayımlanmış olduğu rapora göre, yetişkinlerin çocukluk dönemlerinde %23'e yakın oranda fiziksel istismara, %16.3'ü fiziksel ihmale, %36.3'ü duygusal istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Yaşam boyunca istismara maruz kalma cinsiyetler arası değişmemiş olduğu ancak kadınların cinsel istismarı daha yüksek oranda yaşadıkları belirtilmiştir (DSÖ, 2014).

Çocukluk döneminde maruz kalınan ihmal ve istismar vakalarının tarihinin çok eskiye dayandığı bilinmektedir. Ancak tanımlanmasıyla ilgili yapılan çalışmalar değerlendirilecek olursa dünyada ilk olarak 1860 yılında Paris Tıp Akademisinde görevli Adli Tıp Doktoru Tardieu tarafından bahsedilmiştir. 1946 yılında "Caffey Sendromu" daha sonra 1962 yılında Kempe ve arkadaşları "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" (Battered Child Syndrome) başlığı ile bu konuya dikkat çekmişlerdir (Dokgöz, 2009). Türkiye'de ise çocuk istismar ve ihmali temel sorun olarak konuşulmamıştır ancak son yıllarda gündem konusu olmaya başlamıştır. 1988 yılında Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği, 1991 yılında Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği gibi dernekler kurulmuş olup daha sonraki yıllarda başta İstanbul Üniversitesi olmak üzere çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında çalışılmaya başlanmıştır (Uğur Baysal, 2007).

Uluslararası hukuki boyutuna bakılınca, çocuk haklarının korunduğu 1989 tarihinde kabul edilen "Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" en temel düzenlemelerden biri olarak kabul edilir. Bu sözleşmenin kabul edilmesi ülkemizde de bir dönüm noktası olmuş ve bu konuda yapılan çalışmaların başlamasına olanak sağlamıştır.

Günümüzde çocukluk çağı travmaları konusuna, duygusal, fiziksel, bilişsel ve sosyal açılar alt başlıkları altında bakılmaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalara bakılacak olursa, çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantıların kişinin (olumsuz anlamda) ciddi düzeyde etkilenmesine sebep olduğu görülebilmekte olup çocukluk sonrası dönemler üzerinde etkisi tartışılmaz bir şekilde kabul edilmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, yetişkinlik döneminde psikiyatrik bozukluk

çıkarma ihtimalini arttırmaktadır (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). Çocuklarda özellikle konuşma olmak üzere gelişim evrelerinde gecikmelerin olması, duygu durum bozuklukları, davranım bozuklukları, öğrenme güçlükleri yaşamaları, okulda başarı seviyelerinin düşük olması, çocuklukta olumsuz travmatik yaşantısı olan yetişkinlerde ise bağımlılık yapan maddelerin kullanılması, başkalarına ve ya kendine zarar verici davranışlarda bulunulması, benlik saygısının düşük olması gibi olumsuzluklar görülebilir (Şahin, 2001).

Bu konuya nörobiyolojik açıdan bakılırsa beyinde travma ile çalışan birçok bölge bulunmaktadır: Talamus, amigdala, hipokampus, entorinal korteks, ventromedial korteks gibi. Deneyimlenen, çaresizlik hissettiren travmatik yaşantılar, özellikle savaş, doğal afetler, işkence vs. belleğe yerleştiğinde travmatik olay tekrarlı bir şekilde yaşanır, kişinin kaygı ve korku duymasına sebep olmaktadır. Davranışçı kurama göre, bu yaşantıların sebep olduğu korkuyu ortadan kaldırma iki şekildedir; sönmeyi destekleme ve ya pekiştirmeyi engelleme. Bunlar gerçekleştirilmezse yaşanan korku hissi ve travmatik yaşantıyı deneyimleme artarak devam etmektedir (Alkın, 2018). Davranışçı müdahalelerin yanında ilaç tedavisi de uygulanmaktadır. Özellikle gerçekleştirilen son çalışmalarda, beynin korkuyu baskılamayı sağlayan ventromedial korteks bölgesi uyarılırsa korku koşullanması, travmatik olayın yaşantılanması azaltılabildiği bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarına, çocuk istismarı ve ihmali alt konularıyla bakılacak olup farklı disiplinler içerisinde değerlendirilmesi sebebiyle bu konunun geniş bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Çocukluk çağı travmaları temel konulu bu araştırmada; travmaya duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal konu başlıkları altında bakılıp incelenecektir.

1.1.5. Çocukluk Çağı İhmal Türleri

İhmal, çocuğun gelişimine, temel ihtiyaçlarına ve gereksinimlerine ailenin yeterli düzeyde karşılık vermemesi olarak tanımlanır. Çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimi bakımından önemli olan bu konuya; sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma, güvenli yerde yaşama, hayat şartları gibi başlıklar düşünülerek

bakılmaktadır. Çocuk istismarının sıklıkla görünen bir başka çeşidi olan ihmal, çocuğun temel ihtiyaçlarının ve gereksinimlerinin karşılanmaması sonucu gelişimine ve güvenliğine zarar gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2009). Çocuğun temel gereksinimleri; dokunulma, uyarılma, sosyalleşme, güven duyma, düzen ve yapı (çocuğa yön verilmesi, sınırlarının belirtilmesi, tutarlı hareket edilmesi), kendini değerli görme ihtiyacı olarak sınıflandırılabilir.

İhmal ve istismar birbirinden tamamen bağımsız olgular olmamakla birlikte bunların etkileri de kolay bir şekilde ayırt edilememektedir. Yapılan bir araştırmaya göre ihmal edilmiş çocuklar da depresyon ve duygusal yoksunluk belirtileri daha yüksek oranda görülürken, istismara maruz kalan çocukların ise ihmal edilenlerden daha saldırgan davranışlar gösterdikleri belirtilmiştir (Biçer, Çolak ve Gündoğmuş, 1999). İhmal ve istismar kavramlarını ayıran en temel özellik ihmalin pasif olması ve fark edilmesinin daha zor olmasıdır. Burada çocuğun bakımının yeterli olup olmadığı, büyüme ve gelişme seviyesinin yaşına göre ne durumda olduğu, davranış bozuklukları gösterip göstermediği dikkat edilmesi gereken noktalardandır.

Son yıllarda istismar hakkında çok önemli çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalarda ihmalin çocuk üzerindeki etkisinin de istismar kadar önemli olduğu görülmüştür. Hatta diğer istismar oranlarının toplamı %44 iken ihmal olgularının %58 oranında olduğu ve çocukların ihtiyaçlarının karşılanmaması sebebiyle yaşanan çocuk ölümlerinin çok yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (Kayaberoğlu, 2001).

Görünür fiziksel bir yaranın olmaması, çocuğun ruhsal ve fiziksel gelişimine olan olumsuz etkisinin olay anında ve ya hemen sonrasında görünmemesi, etkisinin uzun süreye yayılması sebebiyle fark edilmesi zor olan ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt başlıkları ile incelenecektir.

1.1.5.1. Çocukluk Çağı Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun sevgi, şefkat, güven, ilgi, kendilik değeri gibi temel duygusal ihtiyaçlarının birincil bakım veren kişi ve ya kişiler tarafından karşılanmaması, çocuğun bu ihtiyaçların karşılanmasından mahrum bırakılması

olarak tanımlanmaktadır (Cohen, Menon, Shorey, Le ve Temple, 2017). Bunun yanı sıra ergenlik döneminde çocuğa gerekli desteğin sağlanmaması, çocuğun denetim altına alınmaması da ihmal başlığı altında incelenebilir (Kurtoğlu, 2016). Yakın zamanda yapılan bir çalışmaya göre, çocuğun temel gereksinimleri; güven, dokunulma, düzen ve yapı, sosyalleşme, kendini değerli görme, uyarılma şeklinde sınıflandırılmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, bu gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda duygusal ihmal söz konusu olmakla birlikte çocukların kişiliklerinde çarpıklıkların olmasına neden olabilmektedir (Polat, 2007).

Çoğu zaman duygusal istismara ve fiziksel ihmale eşlik eden duygusal ihmal, duygusal istismarın pasif şekli olarak değerlendirilir. Bu sebeple tüm istismar türlerine bakıldığında çocukluk çağı duygusal ihmal, daha sık görünen ve istismarın somut hasarı ve ya izleri silindikten sonra da devam eden bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Travmanın insan üzerindeki etkilerine duygusal açıdan bakılacak olursa tüm istismar ve ihmal türlerini altında toplayan bir olgu olarak kabul edilebilir (Erkman, 1999).

Bu konuda yapılan bilimsel çalışmalar kronolojik anlamda incelendiğinde; fiziksel istismar ve cinsel istismar üzerine yapılan çalışmaların tarihi daha eskiye dayanmakta olduğu görülmektedir. Ancak son yıllarda duygusal istismar ve ihmalin insan üzerindeki yıkıcı etkilerinin daha uzun süreli olabileceği düşünülmesi üzerine bu konu ile ilgili çalışmalar da gün geçtikçe artmaktadır (Göğayaz, 2001). Son yıllarda bu konu üzerinde yapılan araştırmalarda, duygusal açıdan ihmale maruz kalmış çocukların, sosyal ilişkilerinde daha pasif olabilecekleri, özgüven ile ilgili sıkıntılar yaşayabilecekleri, gelişimsel zayıflık ve gerilik gösterebilecekleri, ders başarı düzeylerinin daha düşük olabileceği ihtimalleri üzerinde durulmaktadır.

1.1.5.2. Çocukluk Çağı Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun temel bakım vereni tarafından yeme, içme, barınma, temizlenme gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması ve ya fiziki bir bakımının görmezden gelinmesi olarak tanımlanır. Fiziksel ihmal, çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimini çok boyutlu bir şekilde etkilemekte olup bilişsel,

duygusal ve ya ruhsal sorunlara sebebiyet verebilir (Hildyard ve Wolfe, 2002). Son yıllarda yapılan çalışmalar, çocuk ihmalinin bazı psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili olabileceği ihtimali üzerinde durmaktadır. Depresyon, kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve bazı kişilik bozuklukları üzerinde durulmaktadır (Silverman, Reinherz ve Giaconia, 1996).

Çocuğun yetersiz ve ya dengesiz beslenmesi sebebiyle büyüme hızının düşük olması, yeterli bakım ve temizliğinin yapılmaması, yaşına ve ya fiziğine uygun olmayan kıyafetlerin giydirilmesi, yaşam koşullarının çocuğu zorlayacak derecede olması, tehlikeden uzak tutulmayarak yeterli koruma önlemlerinin alınmaması fiziksel ihmale örnek olarak gösterilebilir (Kurtoğlu, 2006). Fiziksel istismara oranla fiziksel ihmal daha sık görülmesine rağmen ölüm ve ya gözle görülür yaralanma söz konusu olmadığından göz ardı edilme olasılığı yüksektir. Soyut bir tanıya sahip olması sebebiyle de doğurduğu sonuçlar görmezden gelinmektedir ancak konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da ihmalin çocuk üzerindeki etkisi istismarın etkileri ile benzer olduğu görülmektedir (Polat, 2007). Genel bir halk sağlığı sorunu haline gelen ihmal, bir çocuğun yaşına uygun olmayan kilo ve ya boya sahip olması, okula uygun olmayan kıyafetlerle gelmesi gibi açık bir şekilde görülebilirken, bazen de fark edilmesi çok güç olabilmektedir (Erickson ve Egeland, 2002). Çocuğun bilişsel ve fiziksel açıdan gelişim geriliği yaşamasına, beyinde yönetici işlevlerden sorumlu olan bölgelerin hasar görmesine yol açabilmektedir (Clement, Chamberland ve Berube, 2016).

Ülkemizde ihmal üzerine yapılan çalışmaların sayısının ihmalin yaygınlığını tespit etme anlamında yeterli olmamasına rağmen çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Ailenin bir disiplin aracı olarak kullanması, bildirilmesinde ve tanımında güçlüklerin olması, olayın belirlenmesinin zorluğu gibi durumlar yaygınlığın tespitinde yaşanan zorlukların temel sebepleri olarak gösterilebilir.

1.1.6. Çocukluk Çağı İstismar Türleri

Çocuğa bakmakla yükümlü kişiler, birincil bakıcılar ve ya yabancılar tarafından çocuğa karşı uygunsuz ve zarar verici davranışlarda bulunulması olarak

tanımlanan istismar, çocuğun ruhsal, cinsel, fiziksel ve sosyal açıdan gelişimine engel olabilecek bir duruma maruz bırakılması veya gelişimine katkıda bulunabilecek bir durumdan mahrum bırakılması olarak da tanımlanır. Özellikle güven, korunma ve bakımın sağlanması gereken aile ortamında çocuğun istismara ve ya ihmale maruz kalması gibi travmatik yaşantılar ciddi olumsuz sonuçların doğmasına sebebiyet verebilir (Taner ve Gökler, 2004). Örneğin ebeveynler çocuklarının bebeklik döneminde bazı anılarını önemsiz bir ayrıntı olarak verebilmektedir. Bu anılar, çocuğun anneyi reddetmesi, annenin hasta zamanlarında çocuğun kimseyi dokundurtmaması ve ya hastaneye ilk korkuları geçtikten sonra alışabilmesi gibi anılar olabilir. Önemsiz ve ya kısa süren küçük olayların yüksek oranda çocuğun yaşamındaki dönüm noktalarından olduğu bilinmelidir. Psikanalitik bakış açısıyla bakılacak olursa çocukluk çağı olumsuz yaşantıların, çocuğun yaşadığı korkulara, patolojik değişimlere, aşağılık duygularına ve ya bazı psikolojik belirtilere sahip olmasına sebebiyet veren zarar verici yaşam olayları olduğu görülmektedir (Freud, 1965).

İstismar yaşantılarının etkileri insan üzerinde uzun süreli ve kalıcı hasar bırakabilmektedir. Yapılan çalışmalarda da yetişkin yaşta başlayan majör depresyon bozukluğunun, kaygı bozukluklarının ve bazı duygu durum bozukluklarının çocukluk döneminde yaşanan istismarla ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır (Taner ve Gökler, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2014 yılında yayımladığı raporda dünyada yetişkinlerin % 36,3 oranı çocukluk dönemi duygusal istismara, %22,6 oranında çocukluk dönemi fiziksel istismara maruz kalmış oldukları görülmüştür (DSÖ, 2014).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada istismarın en sık yaşandığı ancak fark edilmesinin zor olduğu anne-baba-çocuk arasındaki ilişkisine bakılmıştır. Çocuğa yönelik istismarın %95 olasılıkla anne ve baba tarafından yapıldığı, çocukların ebeveynler tarafından maruz kaldıkları istismar oranının çok yüksek derecede olduğu görülmüştür. Anne ve çocuklarla yapılan bir çalışmada, annelerin istismarı %64,8

oranında fiziksel olarak uyguladığı, %63,3 oranında ise duygusal istismar olarak uyguladığı belirlenmiştir. Fiziksel istismar en çok dövme ve ya fiziksel kuvvet uygulama şeklinde görülürken, duygusal istismar ise bağırma ve ya görmezden gelme şeklinde olmaktadır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Altıparmak, Yıldırım, Yardımcı ve Ergin, 2013).

Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada, 143 aile ile düzenli yapılan görüşmeler sonrasında annelerin % 87,4’ ünün fiziksel istismara ve fiziksel ihmale, % 93’ünün duygusal istismara ve ihmale çocuklarını maruz bıraktıkları görülmüş olup annenin başta ekonomik durum olmak üzere çocuk sayısının fazla olması, sosyal destek ağlarının zayıf olması ve ya şiddete uğraması gibi durumlardan ciddi düzeyde etkilendiği saptanmıştır (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002).

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının en önemli noktası olan istismar, çocukluk dönemi fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt başlıklarıyla incelenecektir.

1.1.6.1. Çocukluk Çağı Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun ebeveyni ve ya temel bakım vereni tarafından gerçekleştirilen ve ya gerçekleşmesine engel olunmayan, kaza dışı oluşan, şiddeti fark etmeksizin çocuğun bedensel bütünlüğüne tehdit oluşturan fiziksel örselenme olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2002; Legano, McHugh ve Palusci, 2009).

Çocukların kaza dışında zarar görmesi ve ya fiziksel anlamda incitilmesi durumu olan fiziksel istismar, vurulma, dövülme, yakılma, itilme, sarsılma, yaralanma şeklinde görülür. Fiziksel istismar, gözle görülebilir bir fiziksel hasara sebep olduğundan anlaşılması en kolay istismar türüdür (Polat, 2007; Siyez, 2003). Çocukta morarmalar, yanıklar, kırıklar, kafa travmaları gibi fiziksel hasarların olması, çocuğun ebeveynlerden ve ya varsa birincil bakıcılarından çekindiğinin ve ya korktuğunun görülmesi, onlar tarafından yaralandığını beyan etmesi çocuğun fiziksel istismara maruz kaldığını düşündüren bulgular olarak kabul edilmektedir (Child Welfare Information Gateway, 2013). Aynı zamanda ebeveynlerin çocukta oluşan

fiziksel hasardan başkalarını sorumlu tutması, çocuğun tedavisinin ertelenmesi ve ya geciktirilmesi gibi durumlara şahit olunduğunda fiziksel istismarın akla gelmesi ve ona göre hareket edilmesi çocuğun yüksek yararına olacaktır (Tıraşçı ve Gören, 2007; Legano, McHugh ve Palusci, 2009).

Fiziksel istismar, aile ve çocuk üzerinde ciddi zararlara sebebiyet vermekte ve istismarın olumsuz etkileri aile yapısını bozmaktadır. Fiziksel olarak istismara maruz kalan çocukların yetişkinlik döneminde ruhsal bozukluklara sahip olma riskinin daha yüksek olduğu bilinmekte olup tüm hayatı boyunca sürecektir psikiyatrik belirtilere sahip olabileceği ve kendi çocuklarına karşı da bu davranışlarda bulunabileceği göz önünde bulundurulursa istismarın kuşaklararası aktarılma yoluyla nesiller boyunca devam ettiği görülecektir (Mulryan, Cathers ve Fagin, 2000).

Ülkemizde yapılan araştırmalar fiziksel istismarın yüksek oranlarda olduğu ancak istismarın oranının ve ya yaygınlığının tespit edilmesinden önce bu kavramların toplumdaki karşılığının ve boyutlarının değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Özellikle dayanın bir disiplin ve eğitim aracı olarak görülmesi, bunun bir sevgi ve önemseme göstergesi olduğu düşünceleri ülkemizde yüksek oranda olması durumu fiziksel istismarın normal karşılanmasına sebep olmakta ve yaygınlığının tespit edilmesinde sağlıklı sonuçların elde edilmesine engel teşkil etmektedir. Bunun yanı sıra söz konusu bu durum fiziksel istismarın diğer ülkelere göre daha yüksek oranda olmasının sebebi olarak da düşünülebilir (Güner, Güner ve Şahan, 2010).

1.1.6.2. Çocukluk Çağı Cinsel İstismar

Cinsel istismar, istismarcının güç kullanarak, mağduru tehdit ederek ve ya mağdurun rızasını ve iznini almaksızın ondan avantaj sağlama suretiyle yaptığı istenmeyen cinsel davranışlarının tümüdür (Naszydłowska ve Kossak, 2016).

Kişinin istemediği cinsel bir ilişkiye zorlanması, kişinin cinsel olarak korkutulan davranışlara zorlanması ve ya maruz bırakılması, sözel olarak cinsel içerikli tacizde bulunulması olarak da tanımlanan cinsel istismar hakkında ülkemizde

yapılan son çalışmalarda tüm cinsel saldırılar içerisindeki ocuk oranının çok yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (Salaın, Alper ve Uçkan, 1991). Cinsel istismara kişinin rızasının olmadığı ve ya rıza yaşının altında olan bir çocuğa yapılan cinsel aktivitelerin tümü tanımlamakta, cinsel istismara temas içeren ve temas içermeyen olarak iki şekilde bakılmaktadır. Çocuğun cinsel amaçlı dokunmaya ve dokunulmaya zorlanması, zor kullanılarak mastürbasyon ve ya oral seks yapılması temas içeren; cinsel içerikli konuşmaların yapılması, pornografik materyallerin gösterilmesi, çocuğun cinsel içerikli fotoğraflarının çekilmesi, çocuğun önünde mastürbasyon yapılması, başkalarının cinsel istismarına tanık olması vs. ise temas içermeyen cinsel istismar kapsamında incelenmektedir (Dağlı, 2010; Finkelhor, 1994; Polat, 2001).

Ülkemizde son zamanlarda medya aracılığı ile bu durumun ciddiyetine değinilmekte ve gündem konusu haline gelmektedir ancak yaşanan olayların çoğu toplum baskısı ve ahlaki değerler sebep gösterilerek adli mercilere yansıtılmamaktadır. Bu sebeple cinsel istismarın gerçek yaygınlığı ve oranını araştıran geniş kapsamlı bir çalışma yapılamamıştır (Pınarbaşılı, zkk, Katkıcı, Erel ve Dirlik, 2003).

Günümüzde kültürel ve ya sosyoekonomik durum fark etmeksizin her düzeydeki ailelerde yaşanabildiği, cinsel istismar girişiminde bulunan kişilerin yabancı, sıra dışı ve ya ruhsal rahatsızlığı olan bireyler olmadıkları, aksine %80'inin çocuğun tanıdığı kişilerden olduğu ve istismarı uygulayan kişilerin yüksek oranının yapılan psikolojik testlerden normal düzey puan aldıkları görülmüştür (Hancı ve zdemir, 2001).

Cinsel istismar vakalarının büyük bir kısmı çocuğun tanıdığı kişiler tarafından yapılmaktadır. Aile içi cinsel istismar ve ya ensest açısından vakalara incelendiğinde, yaşanan olayların çoğu çocuklarda meydana gelen davranış değişiklikleri sebebiyle annelerin uzmana başvurması sonucu ortaya çıkmaktadır ancak dışlanma, toplum baskısı, aile içi problemler, suçluluk, utanma gibi korkular sebebiyle yaşanan olayların bildirilme durumu çok düşük oranlardadır (Biçer, olak ve Gündoğmuş, 1999).

Polat'ın 2006 yılında yapmış olduğu bir araştırmaya göre cinsel istismara uğramış çocukların çoğunda benzer fiziksel, davranışsal, seksüel ve duygusal belirtiler görülür. Genital ve anal bölgelerde yaralar, kaşıntılar, iç çamaşırların kanlı olması, yürüme ve hareket etmede güçlük, kalp ritminde düzensizlikler, hamilelik durumları vs. fiziksel; ani ve aşırı duygu patlamaları, evden, okuldan kaçma davranışları, uyku düzensizliği ve kabus görme, sosyal geri çekilme ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkması vs. duygusal ve davranışsal; cinsel içerikli oyunlar, cinsel kimlik ve işlevde bozukluklar, dokunmaktan ve dokunulmaktan kaçınma, aşırı mastürbasyon eğilimi, tuhaf ve alışılmadık cinsel bilgilere sahip olması vs. seksüel belirtilerdir (Child Welfare Information Gateway, 2013; Polat, 2006).

Ülkemizde 2008-2009 yıllarında 5-15 yaş aralığında cinsel istismara uğrayan çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların cinsel istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal istismara da maruz kaldıkları, istismarın %80-95'inin bildikleri ortamlarda tanıdıkları kişiler tarafından yapıldığı görülmüştür. Genelde tehditle, zorla, çocuklar cinsel istismara maruz kalmaktadır (Ceylan, Tuncer, Melek, Akgün, Gülmehmet ve Erden, 2009). Her birey travmatik yaşantılara farklı tepkiler ve ya reaksiyonlar gösterebildiği göz önünde bulundurulursa, bu çalışmaya konu olan çocukların bazılarında da ciddi derecede ruhsal bozukluklar görülmüş ve psikolojik tedaviye başlanmıştır. Travmatik bir olay sonrası tırnak yeme, enürezis, enkoprezis, depresyon, yeme ve kaygı bozuklukları, saldırganlık, evde kaçma, intihar gibi sorunlar görülebilmektedir.

1.1.6.3. Çocukluk Çağı Duygusal İstismar

Günümüzde en sık rastlanılan istismar çeşidi olan duygusal istismar, çocuğa bakmakla yükümlü ebeveyn ve ya yetişkin birey tarafından süreklilik gösteren ve çocuğun olumsuz etkileneceği tutum ve davranışlara maruz bırakılması (çocuğun yetenekleri üzerinden istek ve beklenti içerisinde olup çocuğa saldırganca davranış sergileme) olarak tanımlanmaktadır (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-V], 2013). Bağırma, aşağılama, dalga geçme, lakap takma, yaşının üzerinde sorumluluk yükleme, kardeşler arası ayırım yapma, aşırı baskı yapma ve ya

otorite kurmaya çalışma, saldırgan ve uyumsuz davranışları öğretme ve ya yapmaya zorlama, bir kişiye ve ya eşyaya bağımlı kılma, aşırı koruma davranışları en sık görülen duygusal istismar örnekleri arasında yer almaktadır (Sibert, Payne, Kemp, Barber, Rolfe, Morgan, Lyons ve Butler, 2002; Şahin, 2009).

Sosyoekonomik durumun düşük olması, düşük yaşam kalitesi, anne ve çocuk arasında güvenli bağlanma kurulamaması, ebeveynin çocuğa bakabilecek olgunluk düzeyinde olmaması, eşler arasında iletişim sorunları olması, ebeveynlerin ruhsal bozukluklara sahip olması vs. duygusal istismarın yaşanma olasılığını arttıran sebeplerdendir (Polat, 1999).

Duygusal istismar, diğer istismar çeşitleri ile karşılaştırıldığında daha düşük oranda olduğu düşünülmektedir ancak duygusal istismarın sebep olduğu olumsuz sonuçların gözle görülebilir olmaması, fiziksel bir duruma rastlanmaması fark edilmesini güçleştirmektedir. Cinsel ve ya fiziksel istismarın yol açtığı olumsuzluklar yok olsa bile duygusal istismarın etkileri uzun süreli olarak devamını sürdürmektedir (Bayramoğlu, 2009; Topbaş, 2004). Yapılan çalışmalarda duygusal istismarın bireyin ruh sağlığı ve psikolojik iyi oluşu ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir (Arslan ve Balkıs, 2016). Çocuğun gelişim evrelerinin sekteye uğramasına, iyilik halinin bozulmasına neden olan duygusal istismarın var olduğu ortamda büyüyen çocukların sorun teşkil edecek davranışları göstermesi daha yüksek oranda olmaktadır. Ergenlerde alkol ve sigara kullanımının, intihar eğiliminin, antisosyal davranışların artmasına, beslenme alışkanlıklarının bozulmasına, psikolojik sağlamlığın düşmesine sebep olduğu görülmüştür (Iwaniec, 2006; Evans ve Burton, 2013; Cichetti, 2013).

1.2. BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME

1.2.1. Duygu Düzenleme Kavramı

Duygu kavramı, günlük hayatımızın olmazsa olmazları arasında yer almakla birlikte psikoloji dünyasında da çok önemli bir yere sahiptir. Bu kavram hakkında yapılan çalışmalar artarak devam etmektedir. Duygular, insanı anlamada, tanımada,

düşüncelerine ve ya davranışlarına anlam vermede önemli bir role sahiptir. Alan yazında duygu hakkında yapılmış birçok tanım bulunmaktadır. Goleman'a (1996) göre duygunun tanımı hakkında kabul edilen ortak görüş; duygunun bir his olduğu ve bu hisse özgü düşünceler, davranışlar, psikolojik ve biyolojik haller olarak ele alındığı sürecin tümüdür.

Duygu kavramı hakkında ortak bir tanım olmamakla birlikte duyguları diğer kavramlardan ayıran nokta duyguların bir olaya tepki vermek özelliği olduğu fikri olmasıdır. Geçmişte yapılan çalışmalara bakılırsa duyguların olumsuz ve yıkıcı sonuçları üzerinde durulduğu, yapılan araştırmaların bu yönde olduğu görülür. Ancak son yıllardaki çalışmalar duyguların hayatımızda önemli işlevlere sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır (Gross, 1998). Davranışsal tepkiler verirken, yaşanan çevrenin özelliklerine dikkat ederken, yaşanan olaylara uygun tepki verirken, karar verirken, algılanan duyguları en doğru şekilde kullanırken duygular her zaman yanımızda olur. Bunların yanında kişilerarası etkileşimi kolaylaştırmak, bir olayı hatırlamak adına eylemsel belleğimizi kullanmak ve geliştirmek, hızlı tepkiler vermek için kişiyi harekete geçirmek vs. gibi farklı alanlarda kişiye fayda sağladığı görülmektedir (Gross, 1998). Duygular insan hayatına olumlu etkide bulunurken, insanı yanlış yönlendirme etkisi de bulunmaktadır. Bazı zamanlar duygular yarar sağlamaktan çok zarara neden olur ancak duyguların etkin bir şekilde yönlendirilebilmesi, duygu düzenlemenin doğru bir şekilde yapılması istenen hedefi gerçekleştirme konusunda daha iyi sonuçlar verebileceği görülmektedir (Gross, 2002).

Günlük hayatta, hissedilen ağrı gibi içsel bir algıdan iş arkadaşı hakkında konuşma gibi dışsal bir olaya kadar başa gelen her yaşantı, duyguları tetiklemektedir. Duygusal uyaranlarla her zaman karşı karşıya kalmak, duyguyla bir şekilde başa çıkmayı gerektirmektedir. Duyguların yanlış yoğunlukta ve zamanda ortaya çıkması insan yaşamını ve ya günlük işlevlerini olumsuz anlamda etkilemektedir. Hayatımızın ayrılmaz parçası olan duyguların bu şekilde karşımıza çıkması duyguların düzenlenmesi gerekliliğini göstermektedir (Gross, 2014; Gross ve Thompson, 2007).

Karşı karşıya gelinen duygusal uyarana verilen tepkiler çeşitlilik göstermektedir. Örneğin bir birey bir uyarandan dikkatini kolay bir şekilde başka yöne verebilirken başkası duygularına hâkim olamayıp dikkatini başka bir yöne çeviremeyebilir. İnsanların duygusal tepkilerinin başlatılması süreci ve duygusal durumlarını yönlendirilmeye, değiştirilmeye çalışılan süreç olarak görülen duygu düzenleme kavramı bu noktada devreye girmektedir (Ochsner ve Gross, 2005; Koole, 2010).

Duygu düzenlemenin geniş bir kavram olduğu ve farklı şekillerde kullanılabildiği bilinmektedir. İlk olarak Freud bu kavramı kaygı düzenleme başlığı altında kullanmış olup bu kavramın temeli psikodinamik teoriye dayanmaktadır (Gyurak, Gross ve Etkin, 2011). Bu kavram, bireylerin sahip oldukları duygu seçimlerini, olumlu ve ya olumsuz duyguların deneyimlenmesini, ayrıştırılmasını ve ifade edilmesini, güçlü ve ya baskın olan duyguların düzenlenmesini içinde barındıran multidisipliner bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreçte deneyimlenen olumlu ve olumsuz duyguların farkına varan birey yaşadığı duyguları kontrol altına alıp şiddetini ayarlayabilir (Gratz ve Roemer, 2004; Thompson, 1994). Kısaca bakılacak olursa bu kavram, duygulara ve duyguların ifade ediliş tarzlarına müdahalede bulunmak olarak da tanımlanabilir (Eldoğan, 2012).

Duygu düzenleme süreci, uyarana karşı sahip olunan duygu, duygunun etkisi, duygunun deneyimlenme ve bastırılma süreçlerinin tümüdür (Gross, 2002). Ayrıca Gross'a (1998) göre bu süreç bilinçli ve ya bilinçsiz olabileceği gibi otomatik ve ya kontrollü bir şekilde de yaşanabilir. Örneğin öfke duygusunu deneyimlemekte olan bir birey, dikkatini tehdit edici uyarandan yani öfkelenmesine neden olan durumdan ve ya olaydan uzaklaştırıp öfkenin gerçek nedenine bağlı kalmak yerine bir yastığa vurmayı tercih ederek öfkesini kontrol altına alabilmektedir. Yani deneyimlenen duygular, duygu düzenleme süreci ile birlikte kontrol altına alınabilmekte böylece travmatik deneyimin üstesinden gelinebilmektedir (Ehring ve Ehlers, 2014; Gross ve Thompson, 2007). Duygu düzenleme kavramı, üç şekilde yoruma açıktır. Daha önce de bahsedildiği üzere bilinçli ve bilinçsiz yapılabilir olması, iyi ve ya kötü olması, olumlu ve ya olumsuz duyguların şiddetinin ayarlanabilir ve düzenlenmesinin yapılabilir olması gibi. Bu sürecin ne iyi ne de kötü olduğu yorumuna örnek

verilecek olursa, girdiği bir operasyonda çok başarılı olan bir doktorun duygu düzenleme süreci ile işkence yapan birinin empatik duygularını düzenleme süreci benzerdir (Gross, 2002).

Duygu düzenleme birçok sürecin birbirini izlemesiyle meydana gelmektedir. İlk olarak hissedilen duygunun anlaşılıp kabul edilme sürecidir. Daha sonra duyguya uygun karşılık verilmesi amacıyla kabul edilen duygusal sinyallerin uygun sıralamasının yapılmasıdır ve son olarak hissedilen duyguya uygun ve hedefe yönelik bir davranış sergilenme sürecidir (Hilt, Hanson ve Pollak, 2011). Bu süreç kişinin kendisi tarafından yani içsel durum tarafından ya da dışsal bir olay, durum ve ya kişi tarafından harekete geçirilebilir (Gross, 2013).

Duygu düzenleme sürecini toparlamak gerekirse bu konuda Gross beş ayrı alt başlıkta inceleme yapmıştır. Durum seçme, ortam seçme, durum değiştirme, ortam değiştirme, dikkatte yayılma ve yoğunlaştırma, bilişsel değişim, tepki düzenleme ve tepki değiştirme başlıkları ile inceleyerek duygu düzenleme süreç modelini geliştirmiştir.

Durum seçme, bir olay ve ya durum sonucunda istenen ve ya istenmeyen duyguların çıkma olasılığına karşılık yapılan davranışların tümünü kapsayan bir duygu düzenleme çeşididir. Örneğin stresli geçen bir günün sonunda rahatlamak amacıyla evde dinlenmek, film izlemek, yakın bir arkadaş ile konuşmak, dertleşmek ya da saldırgan davranışlar gösteren birinden uzak durmak bir durum seçme yöntemidir (Gross ve Thompson, 2007). Durum seçme yöntemini kazanmak bazı durumlarda güçleşmektedir. Uzun vadede gerçekleşebilecek yararı tercih etmek yerine kısa vadede gerçekleşecek olanın tercih edilmesi, geçmişe ve ya geleceğe dönük yorumlamalarda yapılan hatalar vs. sebebiyle durum seçme etkili bir şekilde kullanılamamaktadır (Gross ve Thompson, 2006).

Durum değiştirme, durum seçme ile benzer görünse de aynı süreçler değildir. Durum değiştirme, içsel bir motivasyon değişikliğinden çok fiziksel anlamda dış dünya ile ilgili değişiklikleri kapsamaktadır. Yani etkin bir şekilde yeni bir durum arama çabasıdır. Evlilik yıldönümü kutlamak için gidilen restoranda denize nazır

olan masayı seçmek buna örnek olarak gösterilebilir (Gross, 2015). Yani durumun içine girip duygusal etkiye sebep olan detayı değiştirmek söz konusudur.

Dikkatte yayılma, durum seçme sürecinin tam tersi olarak düşünülebilir. Yani ortamda herhangi bir değişiklik yapmadan duyguları düzenlemedir. Bu süreçte önem teşkil eden şey fiziksel şartlar değil kişinin içsel süreçleridir. Gelişim sürecinin erken dönemlerinde başlayan bu süreç fiziksel anlamda dış dünyanın değişikliğinin mümkün olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (Gross, 1998). Yaşanan bir olayın olumsuz taraflarına odaklanmak yerine olayın sonucuna etki edecek olumlu yönlere dikkat etmek ve bardağın dolu tarafını görmek söz konusudur.

Bilişsel değişim, bireyin içinde bulunduğu durumu yeniden değerlendirmesiyle durumun yarattığı duygusal etkinin, duruma karşı olan algısının, durumla başa çıkmak için kendisiyle ilgili düşüncelerinin değiştirilmesi stratejisidir. Bu süreçte bilişsel değişikliklerin duygulara da etkisinin olduğu görülmektedir. Dikkat dağılımı, yoğunlaşma ve ruminasyon bu aşamada kullanılan stratejilerdendir. Dikkat dağılımı, tehlikeli bir duruma alışma yeteneğine engel olabilmektedir. Yoğunlaşmada yani konsantrasyonda duygusal yönler odaklanma olması sebebiyle sürekli kullanıldığında ruminasyona neden olabilir (Werner ve Gross, 2010). Ruminasyon, sorun olarak gördüğü durumun sonucu olan olumsuz duygulara, sonuçlara sürekli odaklanıp ruhsal ve zihinsel iyi oluşun olumsuz etkilenmesi sürecidir. Bu stratejinin yapıcı olmayan bilişsel temsillerle ve psikopatolojiyle güçlü bir ilişkisi olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyon, kaygı bozuklukları, yeme bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010).

Tepki düzenleme, yaşanan olay sonucu var olan duygunun ifade ediliş tarzında değişikliklerin olmasıdır. Bu strateji, tepki eğilimleri oluşuktan sonra meydana gelmektedir. ‘Tepki Odaklı Duygu Düzenleme’ olarak da adlandırılabilir (Gross ve Thompson, 2007).

1.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme

İlgili alan yazına bakıldığında zihnin fiziksel dünyaya doğrudan değil de dolaylı olarak ulaşabilmesi sebebiyle zihin, gerçeklik ile ilgili bilgileri belirli araçlar sayesinde almaktadır. Bu araçlardan biri de bilişler ve bilişsel süreçlerdir. Bunlar sayesinde duyu organlarına gelen bilgiler algılanıp işlenmekte ve gerçeklik anlaşılıp yorumlanmaktadır. Etkili ve sağlıklı bilişsel sistem, öğrenilen bilgileri gerektiğinde uygun bir şekilde değişimini sağlayıp düzenleyebilme, bilgileri yeniden oluşturma işleminde bulunma, bellek tarama, tehlike arz eden durumlara karşı koyma, planlar yapabilme ve her türlü zihinsel işlemleri yürütebilme özelliklerine sahiptir (Karakaş ve Karakaş, 2000).

Gross (2002), duyguların bilinçli ve bilinçdışı bilişsel süreçler tarafından düzenlenebileceği, suçlama, ruminasyon ya da felaketleştirme vs. bilinçli; bellek çarpıtmaları, algıda seçicilik, yansıtma ve inkar vs. bilinçdışı bilişsel süreçler olduklarından bahsetmiştir. Tehlikeli ve ya stresli yaşam olayları karşısında ve sonrasında duyguların yönetilip düzenlenmesinde, kontrol altına alınmasında bu süreçleri içeren bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin büyük etkisi bulunmaktadır. Bu konuya ayrıntılı bakılacak olursa söz konusu stratejilerin 9 farklı şekilde incelendiği, bunların kendi içerisinde adaptif olan ve adaptif olmayan süreçler olarak ayrıldığı görülecektir. Garfenski ve arkadaşlarına (2001) göre, bilişlerin nasıl ve hangi alanlarda duyguları etkileyebildiklerini anlamak için duygu düzenleme stratejilerinin ölçülmesi gerekmektedir. Kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, ruminasyon ve ya düşünceye odaklanma, plana tekrar odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme olarak 9 alt başlıkta incelenmektedir (Garfenski, Kraaij ve Spinhoven, 2001).

Deneyimlenen bir yaşantı sebebiyle kişinin kendini suçlamaya yönelik düşüncelerinin olması olarak tanımlanan 'self blame' yani kendini suçlama, yapılan araştırmalarda depresyon başta olmak üzere ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu görülmüştür. 'Blaming others' yani başkalarını suçlama ise yaşanan bir olay sonrası

kişinin başkalarını sorumlu tutmasına yönelik düşüncelere sahip olmasıdır. Tehlikeli yaşam olayları karşısında başkalarını suçlamaya yönelme kişilerin diğerlerine göre daha zayıf psikolojik iyi oluşa sahip olduklarını göstermekte olduğu görülmüştür. Genç yetişkinlerin saldırganlık ifade biçimleri ve bilişsel duygu düzenleme ilişkilerine bakılan bir çalışmada başkalarını suçlama, yıkım, sürekli olumsuz düşünme ve bilişsel çarpıtmalarda bulunma gibi olumsuz anlamda adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasının fiziksel ve ya sözel saldırganlık, öfke yaşantısı gibi durumlar ile ilişki içerisinde olduğu görülmüştür. Bu stratejileri kullanan yetişkinlerin daha fazla olumsuz yaşantılara maruz kaldıkları sonucuna varılmıştır (Çelik ve Otrar Kocabıyık, 2014).

Kabul etme, 'acceptance', deneyimlenen yaşantının kabul edilmesi ve sonucuna razı olunmasıdır. Kabul etmenin başa çıkma becerilerinden biri olduğu ve yapılan bir araştırmada kaygı ile olumsuz ilişki; kendine güven ve optimizm ile olumlu ilişki içerisinde olduğu görülmüştür (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989). Olumlu yeniden odaklanma, 'positive refocusing', yaşanan olay yerine daha keyif veren ve iyi hissettiren şeyleri düşünmek olarak tanımlanmaktadır. Bu stratejinin (tartışmalı olmakla birlikte) kişiye kısa süreli yardımcı olduğu ve fayda sağladığı kabul edilmektedir. Ruminasyon, deneyimlenen olumsuz yaşantılar üzerinde kişinin yinelenen ve tekrarlayan düşüncelerinin olmasıdır. Özellikle depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozuklukları başta olmak üzere çoğu ruhsal bozuklukta görülebilmektedir. 'Focus on planning', plana tekrar odaklanma, deneyimlenen olumsuz yaşantıyla nasıl başa çıkılacağı, sonrasında hangi adımlar atılacağı ile ilgili düşünceleri içeren süreçtir. Olumlu tekrar değerlendirme, 'positive reappraisal', yaşanan olayın olumlu yönlerine bakmayı sağlayan düşüncelerdir. Olumsuz durum karşısında başa çıkmayı kolaylaştırmakta olduğu bilinmektedir. Yaşanılan bir olayı diğerleriyle karşılaştırarak değerini azaltma ve ya olayı ciddiye almama olarak tanımlanan bakış açısına yerleştirme yani 'putting into perspective', adaptif stratejiler kapsamında incelenmektedir. Son olarak felaketleştirme 'catastrophizing', yaşanan olayın sadece kötü yanlarına odaklanıp olay hakkında abartılı olumsuz düşüncelere sahip olmaktır (Garfenski, Kraaij & Spinhoven, 2001).

Duygu düzenleme becerilerini kazanmak ve söz konusu bilişsel süreçleri doğru bir şekilde yönetmek için erken çocukluk döneminin önemli bir işleve sahip olduğu bilinmektedir (Calkins, 2010; Garfenski, Kraaij ve Spinhoven, 2001). Bu dönemde kişinin temel duygusal ihtiyaçları olduğu ve bu ihtiyaçların eksiksiz karşılanması gerektiği, karşılanmaması ve ya aşırı derecede karşılanması durumunda yetişkinlik döneminde ciddi sıkıntılarla karşı karşıya gelineceği bilinmektedir. Yapılan bir araştırmada çocuğun duygusal ihtiyaçlarına (ilgi ve sevgi gösterme, destek görme vs.) cevap veren, deneyimlerini duygusal anlamda ifade etmesine yardımcı olan ve anlamaya çalışan ebeveynin, sosyal ve duygusal açıdan çocuğun olumlu anlamda gelişim göstermesine katkıda bulunmakta olduğu belirtilmiştir (Field, 1994). Olumsuz yaşantıları ve ya deneyimleri çok ve şiddetli olan bireylerin daha zayıf ve yetersiz duygu düzenleme becerilerine sahip oldukları, bu becerileri işlevsel olarak kullanamayan bireylerin zarar verici davranışlarda bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda da görülmektedir (Cohn, Weltman, Ratwani, Chartrand ve McCraty, 2010; Eisenberg ve Fabes, 1992).

Bipolar bozukluk tanısı almış 900 hasta ile yapılan çalışmada, hastaların çocukluk çağı fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kaldıkları görülmüştür. Bu durumun somatik (bedensel) rahatsızlıklarla ilişki içerisinde olduğu belirlenmiş olup fiziksel istismara uğramış olan hastaların diğerlerine oranla daha çok alerji, tansiyon ve baş ağrılarından muzdarip oldukları; cinsel istismara uğramış olanların IBS yani Huzursuz Bağırsak Sendromu gösterdikleri; duygusal istismara maruz kalanların ise daha çok migren ve artrit rahatsızlıkları ile ilişki içerisinde oldukları yapılan çalışmada tespit edilmiştir (Post, Altshuler, Leverich, Frye, Supper, McElroy ve ark., 2013).

Ergenlerde kendini yaralamaya yönelik risk faktörleri hakkında yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde maruz kalınan istismarın yetişkinlikte bu tür davranışların gösterilmesinde temel sebep olmasa bile birincil bakım veren kişi ile kurulan ilişkinin bu davranışların gelişimi ve sürdürülmesi ile kuvvetli bir bağa sahip olduğu görülmüştür (Klonsky ve Moyer, 2008). Bu çalışmada dikkat edilecek nokta,

çocukluk dönemi yaşantılarının özellikle istismar ve ihmal öykülerinin de bu davranışlar ile güçlü bir ilişkisi olduğunu ortaya koymasındır.

2015 yılında ülkemizde madde bağımlıları ile yapılan bir çalışmada kendini yaralama davranışının duygu düzenleme güçlüğü ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisine bakılmıştır. Duyguların önemsenmediği ortamda yetişen ve çocukluk döneminde duygusal ihmal ve istismara maruz kalan bireylerin olumsuz bir durumda adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerini tercih ettikleri görülmüştür. Bu bireyler duygularını tolere edebilecekleri seviyeye getirmek adına kendine zarar verici davranışlarda bulunma gibi geçici çözümlere başvurdukları ve bu durumun amaca yönelik olmayan davranışlarda bulunmalarına sebep olduğu görülmüştür (Karagöz ve Dağ, 2015).

Travmatik yaşantılar, bireyin düşünce ve inançlarına etki etmekte ve bu etki de duygusal olaylara verilen tepkide önemli rol oynamaktadır. Kişi dünyanın anlamlı ve önemli; insanların güvenilir; kendisinin ise değerli ve yeterli olduğu inancı var iken travmatik yaşantılar sonrasında bu bilişler değişmektedir. Kişinin güvenlik başta olmak üzere saygı, güven, inanç, mahremiyet gibi manevi inançlarında bozulma meydana geldiği, bunun kişinin psikolojik iyi oluş haline etkide bulunduğu, travma sonrasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) başta olmak üzere bir çok ruhsal rahatsızlık geliştirebileceği ileri sürülmüştür (Foa ve Cahil, 2001).

Sonuç olarak, çocukluk çağı travmatik yaşantıların yetişkinlikte kişiye birçok alanda etkide bulunduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar incelenecek olursa olumsuz yaşam tecrübeleri olan bireyler duygu düzenleme stratejilerini amaca yönelik olarak kullanmakta zorluklar yaşadıkları, adaptif olmayan stratejileri tercih ettikleri, kısa süreli çözümler buldukları ve bu sebeple kişilerin psikolojik sağlıklarının etkilendiği, çeşitli ruhsal bozukluklar geliştirebilecekleri görülmüştür.

1.3.PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ

1.3.1. İyi Oluş Kavramı ve Psikolojik İyi Oluşun Önemi

İnsanın iyi olma arzusu ve mutluluk arayışı insanlık tarihinin başından bu yana üzerinde düşündüğü ve tanımlamaya çalıştığı kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Ryff ve Singer, 2008). İnsanlık tarihi kadar eski olan bu arayışa bütüncül bakış açısıyla bakıldığında tüm sanatsal çalışmaların, bilimsel buluşların vs. insanın hayatını kolaylaştırma ve insanı mutluluğa erdirmeye amacıyla yapıldığı söylenebilir.

Olumlu (neşe, ilgi, heyecan, uyanık olma, güven) ve olumsuz (öfke, üzüntü, suçluluk, korku, nefret) duygulanım arasında kurulan denge ile elde edilen mutluluğun, olumlu duygusal yaşantıların ve hislerin daha sık ve yoğun yaşanmasıyla oluşabileceğini savunan Bradburn, iyi olma kavramını psikoloji alanında ilk kullanan bilim insanlarından biridir. Burada temel nokta olumlu duygulanımları daha fazla yaşayan bireylerin iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmesidir (Ben-Zur, 2003; Bradburn, 1969). Öznel olan ve hazzı dayanan bu tanımlama günümüz tanımlamasına ters düşüyor olsa da çalışmaların bu alana yönelmesinde önemli katkıları olmuştur.

İyi olma hali ve mutluluk kavramları bu şekilde iç içe girmiş olsa da birbirinden farklı kavramlardır. Mutluluk, bireyin aklını ön planda tutarak rasyonel düşüncelere sahip olması ve edindiği erdemleri kullanarak dengede olma durumu olarak tanımlanırken iyi oluş ise olumlu ve olumsuz duygulanımdan çok yaşam tutumlarının ve kişinin işlevselliğine etkide bulunan yapıların tümü olarak tanımlanmaktadır (Ryff, 1989; Telef, 2013). Bu konuda birçok tanım olmasına rağmen konu hakkında yapılan çalışmalar psikopatolojik tanı ve tedaviye yönelik çalışmalara göre oldukça kısıtlı sayıda kalmaktadır. Genel olarak ruhsal sorunlar ve çözümleri üzerinde konuşulmuş olup iyi oluş, memnuniyet, mutluluk ile ilgili çalışmalar arka planda kalmıştır. Bu durumun değişimi 2. Dünya savaşı sonrasında bulunmuş, pozitif psikoloji akımı ortaya çıkıp şekillenmeye başlamış ve insanın olumlu tarafları, yaşam kalitesi ve iyi oluşu üzerine çalışmalar yapılmıştır (Ryff, 1995). Özellikle pozitif psikoloji

alanının gelişmesiyle konu hakkındaki kavramlar giderek netlik kazanmaya başlamıştır. Bu gelişimde bilim adamı Seligman'ın önemli katkıları bulunmaktadır. Seligman (1998)'a göre 'psikoloji yalnızca zayıflık ve güçsüzlükle değil, güçlü olmak ve erdem ile de çalışmaktadır. Bireyin tedavisi sadece sorunun giderilmesi değildir, aynı zamanda kişi için en iyi olanın ortaya konmasıdır'. Yani iyi oluş kavramı, patolojik bir durumun olmamasından çok insanın sağlıklı yanlarını, temel güçlerini bulup anlamaya ve geliştirmeye, temel psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmeye yönelik çalışmalara dikkat çekilmiştir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000; Ryan ve Deci, 2001).

Günümüzde 'iyi oluş' kavramı öznel (hedonik temelli) iyi oluş ve psikolojik (eudemonik temelli) iyi oluş olarak iki farklı bakış açısıyla incelenmektedir. Öznel iyi oluş; kişilerin yaşam doyumlarına (iş, evlilik gibi çeşitli alanlar) ve duygulanımlarına yönelik genel değerlendirmedir (Diener, 1984). Yani kişinin olumlu duygulanımı olumsuz duygulanıma göre daha fazlaysa, yaşamına ilişkin bilişsel algısı da olumlu ise öznel iyi oluşu yüksek olmaktadır. Psikolojik iyi oluş kavramında ise Ryff önemli çalışmalarda bulunmuş ve psikolojik iyi oluş modeli geliştirmiştir. Ryff (1989), iyi oluş kavramının sadece duygular ve yaşam doyumunu ile tanımlanmasının yetersiz olacağını, bu kavramların bilimsel açıdan herhangi bir dayanağının olmadığını savunmuştur. İyi oluş kavramının gelişim psikolojisinden etkilendiğini savunmuş, işlevsellik, olgunlaşma gibi kavramların önemli olduğuna dikkat çekmiştir. Psikolojik iyi oluşun psikopatolojinin yokluğu ile ilişkilendirilmesine karşı çıkmış, iyi oluşun psikolojik işlevsellik ve kendini geliştirme ile alakalı olduğunu öne sürmüştür. Görüldüğü üzere psikolojik iyi oluş, kişinin psikolojik olarak sahip olduğu işlevselliklerini kullanabilmesi ile oluşmaktadır (Akin, 2009; Kuyumcu ve Güven, 2012). Özetle bu iki kavramı birbirinden ayıran en temel özellik, öznel iyi oluşun tamamen bireyin kendisi hakkındaki öznel bilişleri ve değerlendirmeleridir. Ayrıca Ryff (1989) geliştirmiş olduğu psikolojik iyi oluş ölçeği ile alana katkıda bulunmuştur. Psikolojik iyi oluşu oluşturan yaşam öğelerinin 6 alt boyutu kapsadığını belirtmiştir. Olumlu psikolojik iyi oluş kavramını; bireyin kendisi ve geçmişi hakkında olumlu değerlendirmelere

sahip olması öz kabul, sürekli bir gelişim ve değişim içerisinde olmak kişisel gelişim, yaşamının anlamı olduğuna ve bir amaca sahip olmaya yaşam amaçları, çevresi ile olumlu ilişkiler içerisinde olmaya diğerleriyle olumlu ilişkiler, hayatına hâkim olacak kadar etkin olmaya çevresel hâkimiyet, hayatı hakkında özgür bir şekilde karar verebilme kapasitesine de özerklik tanımlarını yaparak sınıflandırmıştır.

Sağlık alanında da iyi olma kavramı giderek önem kazanmaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (1946) sağlığın tanımını değiştirmesiyle sağlık, sadece bir hastalık ve ya güçsüzlüğün olmaması değil, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal açıdan kişinin iyi olma hali olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Bu tanıma bakılacak olursa iyi olma halinin ruh sağlığı alanında da giderek önem kazandığı ve çalışmaların bu yönde ilerlediği görülecektir.

1.3.2. Psikolojik İyi Oluş, Duygular ve Erken Dönem

Yaşantılar

Yaşanılan çevrenin özelliklerine dikkat ederken, olaylara uygun tepki verirken, karar verirken, sosyal etkileşim içerisindeyken, motive olmaya çalışırken kısacası çevreye uyum sağlarken duyguların hayatımıza önemli etkisi olduğunun göz önünde bulundurulmasıyla duyguların psikolojik iyi oluş üzerinde etkisi daha iyi anlaşılacaktır (Çeçen, 2002; Gross, 1998). Çevreye uyum sağlamanın ve uyum sağlamaya yönelik hareket etmenin psikolojik iyi oluşu yükseltmeye yönelik olarak kullanılması durumunda duygular devreye girer (Watson ve Clark, 1984). Ryff'in (1989) geliştirmiş olduğu 6 boyutlu iyi oluş modelinin büyük bölümünde duyguların ve uyum sağlamanın önemine vurgu yapmıştır. Bireyin kişisel potansiyelini geliştirmesi, kaynaklarının ve duygularının farkında olması, içinde bulunduğu duruma göre çevre seçmesi ve ya çevre oluşturması gibi özelliklere dikkat çekmiştir (Ryff ve Singer, 2008).

Türk ve İngiliz öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, duygusal farkındalık ve duyguları ifade etmenin psikolojik iyi oluş üzerine etkisine bakılmıştır. 349 Türk, 251 İngiliz öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada, kültürel farklılıklar olmakla birlikte, duygusal farkındalığın ve duyguları ifade etmenin psikolojik iyi oluşu ve

sağlığı arttırdığı sonucuna varılmıştır. Duyguları fark etmenin ve tanımanın önemine vurgu yapılmış olup bu durumun stres veren yaşam olayları ile ilişkili olan duygusal tepkiyi anlamakta, duyguları düzenlemekte ve etkin karar vermekte yardımcı olduğu belirtilmiştir (Kuyumcu ve Güven, 2012). Özetle, duyguların kişi açısından faydalı (uyum sağlama, hayatını devam ettirme gibi) bir şekilde kullanılması adına duyguların düzenlendiği ve duyguların insan yararına düzenlenmesinin psikolojik iyi oluşu olumlu olarak etkilediği sonucuna varılmıştır.

Birçok çalışmada sosyodemografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, gelir durumu vs.) iyi oluş üzerindeki etkisi incelenmiş ancak Ryff (1995), bu değişkenlerin psikolojik iyi oluş kavramının sadece bunlarla açıklanamayacağını ve bunların yeterli olmadığını, daha iyi anlaşılabilmesi için yaşamdaki deneyimlerin önemine vurgu yapmıştır. Erken dönem yaşantıları ve deneyimleri sadece yaşanan zamanda kalmamakta, yetişkinlik döneminde de psikolojik iyi oluş ve işlevsellik üzerindeki etkisi devam etmektedir.

Collishaw ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları bir araştırmada, çocukluk dönemi yaşantılarının psikolojik dayanıklılık ve iyi oluş üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma örnekleminin %10'u çocuklukta fiziksel ve ya cinsel istismara uğradığını beyan etmiş olup istismar öyküsü olan bireylerin yarısı psikopatolojik bir rahatsızlığa sahip olmasa bile ergenlik ve yetişkinlik döneminde psikopatolojik durum gösterme ihtimallerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca istismar öyküsü olup yetişkinlikte psikopatolojik durum göstermeyen katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları ve iyi oluşlarının diğerlerine göre yüksek olduğu, daha güçlü başa çıkma becerilerine sahip oldukları belirtilmiştir (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer ve Maughan, 2007).

212 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada ise, çocukluk çağı örseleyici yaşantılar ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırma sonucuna göre; iki kavram arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş olup tek bir değişkenin yeterli olmayacağı ve psikolojik değişkenlerin daha geniş açıdan alınmasının daha iyi olacağına vurgu yapılmıştır (Kabasakal ve Erdem, 2015).

Çocukluk çağı örseleyici yaşantılar ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide otobiyografik bellek örüntülerinin (anıdan kaçınma, anının araya girici düzeyi) incelendiği bir çalışmada, örselenme yaşantıları çok olan bireylerin diğerlerine göre olumsuz anıları daha ayrıntılı hatırladıkları, olumlu çocukluk anılarını ise daha az hatırladıkları görülmüştür. Çocukluk dönemi örseleyici yaşantıları olan katılımcıların, anının etkisi kontrol edilse bile, olumlu çocukluk anılarını daha az detaylı hatırladıkları bulunmuştur. Bununla beraber olumsuz yaşantılar, depresif belirtiler ve anıdan kaçınma arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Kaynar ve Er, 2015). Perry ve Szalavitz'e (2018) göre, olumsuz duygular olumlu duygularla kıyaslandığında genelde olayların daha çok ve daha ayrıntılı hatırlanabilir olmasını sağlar çünkü tehdit edici durum teşkil eden olayı hatırlayıp gelecekte bu tür durumlardan kaçınmak ve hayatta kalmak için önemli olduğu ifade edilmiştir. tehdit edici duruma benzer her hangi bir ayrıntı ve ya çağrışım ile karşılaşıldığında ciddi korku, endişe, öfke vb. duygusal tepkileri tetikleyebildiği görülmüştür (Perry ve Szalavitz, 2018)

Çocukluk dönemi travmatik yaşantıların psikopatolojik durum üzerindeki etkisine bakılan 66 erkek hastayla psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada, hastaların %55'e yakınında cinsel istismar öyküsü olduğu, istismar öyküsünün sadece hastalığın ortaya çıkışını değil, aynı zamanda hastalığın şiddetini arttırdığı sonucuna varılmıştır (Bryer, Nelson, Miller ve Krol, 1987).

Erten ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise çocukluk dönemi travmatik yaşantıların bipolar bozukluk üzerindeki etkisi incelenmiştir. Travmatik yaşantısı olan bireyler daha erken yaşta bipolar bozukluk tanısı almakta, hastalığı daha şiddetli geçirdiği (daha çok duygudurum atağı ve ek tanı), hastaların intihar girişimi, madde ve alkol kullanımı oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Erten, Kalkay Uney ve Fıstıkcı , 2015).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının türleri fark etmeksizin ortaya çıkan olumsuz etkiler ergenlik ve yetişkinlik döneminde ciddi

sorunlara sebep olduğu, özellikle psikolojik sağlık ve iyi oluş üzerinde olumsuz etkilerini sürdürdüğu görölmektedir.



İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, sağlık, medeni ve gelir durumu, yaşamının çoğunu geçirdiği yer) ve araştırmaya konu olan değişkenler, değişkenlerin ölçülmesi adına kullanılan ölçeklere dair bilgiler ele alınmaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Konulara birkaç alt boyutla bakılması hedeflenmiştir: çocukluk çağı travmalarının bilişsel duygu düzenleme ile olan ilişkisinin incelenmesi, çocukluk çağı travmalarının psikolojik iyi oluş ile olan ilişkisinin incelenmesi, bilişsel duygu düzenlemenin psikolojik iyi oluş ile olan ilişkisinin incelenmesi ve bu değişkenlerin sosyodemografik özellikler ve öznel semptomlar göz önünde bulundurularak incelenmesi. Konuya bilimsel ve gerçekçi bakış açısı kazandırmak adına yapılan bu çalışma psikoloji bilimine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu araştırma, kesitsel ve korelasyonel olarak tasarlanmıştır. Çalışmada, çocukluk çağı travmalarının bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş ile olan ilişkisine dair hipotezler, araştırmanın bulgular kısmında sınanacaktır. İlk olarak, çocukluk çağı travmatik yaşantılar ve bilişsel duygu düzenleme arasında; çocukluk çağı travmaları ve psikolojik iyi oluş arasında; bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki saptanacağı düşünülmektedir. Travmatik yaşantıların sebep olduğu semptomların sosyodemografik özelliklere (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, psikolojik ve ya fiziksel sağlık) ve öznel semptomlara, ruhsal

belirti ve yakınmalara göre anlamlı düzeyde farklılık göstereceği tahmin edilmektedir.

2.3. KATILIMCILAR

Bu araştırmanın çalışma grubu; Diyarbakır ve Mardin ilinde ikamet eden 18 yaş ve üstü bireylerden oluşmuştur. Katılımı gönüllülük esasına dayanan araştırmanın örneklemini 205 kişiden oluşmaktadır. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik Kurulu onayı alınmıştır.

2.4. ARAŞTIRMAYA KONU OLAN DEĞİŞKENLER VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek amacıyla Bilgi Formu, çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek adına Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ ve ya ÇÇTÖ), bilişsel duygu düzenleme alt boyutlarını ölçmek amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ), psikolojik iyi oluş düzeyine bakmak amacıyla Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) ve psikolojik semptomlara bakmak amacıyla Kısa Semptom Envateri (KSE) kullanılmıştır.

2.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

9 maddelik bu formda kişilere yaş, cinsiyet, eğitim, sağlık, gelir ve medeni durumları hakkında gerekli detaylar, yaşamın büyük bölümünü nerede geçirdiği, fiziksel ve ya ruhsal sorunları olup olmadığına dair sorular yer almaktadır.

2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-3.0

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe versiyonu, Şar (1996) tarafından yapılmıştır. Şar ve İkikardeş (2012) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek, çocukluk ve ergenlik döneminde istismar ve ihmal yaşantılarını niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan öz bildirim dayalı bir araçtır. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmakla birlikte çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal (emosyonel) istismarı ve fiziksel, duygusal ihmal konuları almıştır. 28 maddelik ölçeğin 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddeleri duygusal istismarı,

9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddeleri fiziksel istismarı, 20, 21, 23, 24 numaralı maddeleri cinsel istismarı, 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddeleri fiziksel ihmali, 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeleri ise duygusal ihmali ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Travma inkarı ile alakalı olan 10, 16, 20 numaralı maddeler ise toplam puana dahil edilmemiştir.

Ölçek test-yeniden-test yöntemi kullanılarak Pearson Korelasyon yöntemi ile güvenilirliği ölçülen ölçeğin iç tutarlığı Cronbach Alfa ve yarım test yöntemiyle ölçülmüştür. İç tutarlığın Cronbach Alfa değeri 0,93, yarım test değeri ise 0,97; güvenirliliğin ise Pearson Korelasyon katsayısı ise (hemen tüm maddelerin sonuçlarına göre) 0,30-0,50'den daha yüksek olarak bulunmuştur. Sonuç olarak testin iç tutarlığının ve güvenirliliğinin güçlü olduğu sonucuna varılmıştır.

2.4.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe

Uyarlaması

Bu ölçek, Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Onat ve Otrar (2010) tarafından yapılmıştır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçmek amacıyla hazırlanan beşli dereceli likert tipi bu ölçek, toplam 36 sorudan ve 9 alt boyuttan oluşmaktadır. 1, 10, 19, 28 numaralı maddeler kendini suçlama boyutunu; 9, 18, 27, 36 numaralı maddeler diğerlerini suçlama boyutunu; 2, 11, 20, 29 numaralı maddeler kabul etme boyutunu; 3, 12, 21, 30 numaralı maddeler ruminasyon boyutunu; 4, 13, 22, 31 numaralı maddeler olumlu yeniden odaklanma; 5, 14, 23, 32 numaralı maddeler plan tekrar odaklanma boyutunu; 7, 16, 25, 34 numaralı maddeler bakış açısına yerleştirme boyutunu; 8, 17, 26, 35 numaralı maddeler felaketleştirme boyutunu; 6, 15, 24, 33 numaralı maddeler olumlu yeniden değerlendirme boyutunu incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu boyutlar uyumlu (adaptif) ve uyumsuz (adaptif olmayan) başa çıkma stratejileri olarak ikiye ayrılmıştır. Kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirme uyumlu başa çıkma stratejileri; ruminasyon, felaketleştirme, kendini ve

diğerlerini suçlama da uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak sınıflandırılmıştır (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001).

Söz konusu ölçeğin güvenilirlik çalışmaları kapsamında Cronbach Alfa ve Test Tekrar-Test yöntemi kullanılmıştır. Cronbach alfa değeri 0,784, Test-Tekrar-Test katsayısı 1,00 olarak bulunmuş ve yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik açısından yeterli puan aldığı görülmüştür (Onat ve Otrar, 2010).

2.4.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Flourishing Scale)

Psikolojik iyi oluş ölçeği, Diener ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiş olup başta ‘Psychological Well Being Scale’ olarak adlandırılmış ancak daha sonra iyi oluşun anlamını daha iyi yansıtacağı düşünülen ‘Flourishing Scale’ olarak değiştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışması Telef (2011) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 8 maddeden oluşmakta 1-7 sayıları arasında puanlama yapılmaktadır. Tüm maddeler olumlu ifade edilmektedir.

Ölçeğin yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0,80’dir. İç tutarlık ise test-tekrar-test’in anlamlı pozitif ve yüksek düzeyde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

2.4.5. Kısa Semptom Envanteri/KSE (Brief Symptom Inventory/BSI)

Kısa semptom envanteri, psikopatolojik değerlendirme amacıyla kullanılmakta olup Derogatis (1992) tarafından ‘Brief Symptom Inventory’ olarak geliştirilmiştir. Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış, güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (Şahin, Durak ve Uğurtaş, 2002).

Ölçeğin iç tutarlığı ve güvenilirliği ölçmek amacıyla kullanılan Cronbach Alfa Katsayısı 0,71 ve 0,85 arasında değişmektedir. Bu ölçeğin temeli 90 maddeden oluşan SCL-90 Semptom Belirleme Listesine dayanmaktadır.

53 maddeden oluşan 5’li likert tipi derecelendirmeli bu ölçek, 5 alt boyut içermektedir. Kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve düşmanlık

konuları ile alt boyutlar belirlenmiştir. Puan yüksekliği, alt boyutların yoğunluğu ile doğru orantılıdır.

2.5. İŞLEM

Katılımın gönüllülük esasına dayandığı bu çalışmada, katılımcılardan isim, adres vb. özel bilgiler istenmemiş, cevapların ve bilgilerin gizli tutulacağı ifade edilmiş, ölçekler hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Kasım 2018 ve şubat 2019 tarihleri arasında uygulanan ölçekler, elden verilerek toplanmıştır. Uygulama süre olarak ortalama 20-25 dakika sürmüş olup toplam 205 kişiye ulaşılmıştır. 18 yaş ve üstü bireylerin katıldığı bu çalışma, Diyarbakır ve Mardin illerinde gerçekleştirilmiş olup katılımcılar rastlantısal olarak çalışmaya dahil olmuşlardır.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Katılımcıların verileri Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 23.0 aracılığı ile hazırlanan bir veri tabanına girilmiştir. Sayısal veriler; ortalama, standart sapma, en büyük ve en küçük değerler olarak, nominal veriler ise sayı ve yüzdeler kullanılarak özetlenmiştir. Sayısal verilerin ikili gruplar arası karşılaştırılmasında test varsayımlarına göre Bağımsız Örnek t Testi, çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Sayısal veriler arası ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Analizi ile değerlendirilmiş olup örneklem boyutları küçük ($n < 20$) ve sayısal verilerin dağılımı normal olmadığında Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis Testleri uygulanmıştır. Psikolojik iyi oluş düzeyini yordayan değişkenler Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde hata düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

2.7. BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerinden elde edilen istatistiksel sonuçlara yer verilmiştir.

2.7.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Çalışmaya ortalama 30,6 yaşında (S.S.= 8.2) olan 205 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların % 52,2'si (n= 107) erkek, % 48,8'i (n= 98) kadındır. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri tablo 1 içerisinde özetlenmiştir.

Tablo 1. Örneklemin Çeşitli Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı

N= 205 (%) Değişkenler		Kişi sayısı (n)	Oran (%)
Eğitim	Ortaokul ve altı	21	10,2
	Lise	38	18,5
	Üniversite	125	61,5
	Yüksek lisans	20	9,8
Toplam		204	100,0
Medeni durum	Bekar	115	56,1
	Evli	83	40,5
	Dul/ Boşanmış	7	3,4
Toplam		205	100,0
Yaşanılan yer	İl/ Büyükşehir	70	34,1
	Kasaba/ İlçe Merkezi	106	51,7
	Köy	29	14,1
Toplam		205	99,9
Aile geliri	≤ 1000 TL	11	5,4
	1001- 3000 TL	53	25,9
	≥ 3001 TL	141	68,7
Toplam		205	100,0
Şahsi gelir	İyi	64	31,2
	Orta	116	56,6
	Kötü	25	12,2
Toplam		205	100,0
Kişide bedensel hastalık varlığı		10	22,2
Kişide ruhsal hastalık varlığı		7	15,5
Ailede fiziksel hastalık varlığı		19	42,2
Ailede ruhsal hastalık varlığı		9	20,0
Toplam		45	99,9

Çalışmaya katılan 98'i (%48,8) kadın ve 107'si (52,2) erkek toplam 205 bireyin çoğunun üniversite mezunu oldukları (n= 125, % 61,3), bekar oldukları (n= 115, % 56,1) ve yaşamının büyük bir bölümünü kasaba ve ya ilçe merkezlerinde geçirdikleri görülmüştür (n= 106, % 51,7). Katılımcıların çoğu ailelerinin aylık gelirini ≥ 3001 TL olarak (n= 141, % 68,8) ve kendi gelirlerini “orta” olarak bildirmişlerdir (n= 116, % 56,6). Hastalık bildiren katılımcıların çoğu bedensel hastalıklarının olduğunu

(n=10, %22,2) belirtmişlerdir. Ailede fiziksel rahatsızlık bildiren katılımcılar da çoğunluk oluşturmaktadır (n=19, % 42,2). En sık bildirilen bedensel hastalıklar ortopedik (n=4, % 40,0) ve alerjik (astım, n= 2, % 20,0) hastalıkları olup en sık bildirilen ruhsal hastalık ise Major Depresif Bozukluktur (n=4, % 57,1). Katılımcılardan 19'unun (% 9,3) ailesinde fiziksel, 9'unun (% 4,4) ailesinde ise ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır. Aile öykülerinde en sık bildirilen fiziksel hastalıklar; endokrin (hipotiroidi, diyabet, n=6, % 31,6), kalp - damar (n= 3, % 15,8), alerjik (astım, n=2, % 10,5), ortopedik (n=2, % 10,5) ve cerrahi (fitik, n= 2, % 10,5) hastalıklardır. Aile öyküsünde en sık bildirilen ruhsal hastalıkları ise Major Depresif Bozukluk (n=3, % 33,3), Otizm Spektrum Bozukluğu (n=2, % 22,2) ve Mental Retardasyon (n=2, % 22,2) olarak bildirilmiştir. Birer katılımcının ailelerinde Anksiyete ve Bipolar Bozukluk (her biri için % 11,1) öyküsü bulunmaktadır.

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha yüksek eğitim almış oldukları görülmüştür (Ki kare= 6,4, p=0,01). Kadın katılımcılar erkeklere göre anlamlı ölçüde daha yüksek oranda il merkezleri veya büyük şehirlerde yaşamaktadır (Ki Kare= 8,1, p= 0,02). Ayrıca, kadın katılımcılar arasında şahsi gelirlerini "iyi" olarak niteleyenlerin oranı erkeklere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir (Ki Kare= 7,5, p= 0,01). Diğer özellikler bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanamamıştır.

2.7.2. Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistik Değerleri

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri ve Betimleyici İstatistik Değerleri

Ölçekler	N	En küçük değer	En büyük değer	Ortalama puan	Standart Sapma	Cronbach alfa
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	198	10	56	42,5	8,5	0,88
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği- 28	178	25	80	48,0	10,0	0,83
Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği	159	45	173	113,0	13,0	0,83
Kısa Semptom Envanteri	156	53	205	93,4	28,2	0,96

Çalışmada kullanılan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) toplam puan ortalaması 42,5 (S.S.=8,5) olarak bulunmuştur. Ölçek güvenirliliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,88'dir. Dolayısıyla bu ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu düşünülmüştür. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-28) toplam puan ortalaması 48,0 (S.S.=10,0) olarak bulunmuştur. Ölçek güvenirliliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,83'tür. Dolayısıyla bu ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu düşünülmüştür. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) toplam puan ortalaması 113,0 (S.S.=13,0), ölçek güvenirliliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuş olup ölçek güvenilirliğinin yüksek olduğu düşünülmüştür. Kısa Semptom Envanteri (KSE) toplam puan ortalaması 93,4 (S.S.=28,2) olarak bulunmuştur.

2.7.3. Ölçekler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Ölçekler	ÇÇTÖ Min.	ÇÇTÖ E. İst.	ÇÇTÖ F. İst.	ÇÇTÖ F. İhmal	ÇÇTÖ E. İhmal	ÇÇTÖ C. İst.	ÇÇTÖ Toplam
PİÖÖ	0,32**	-0,35**	-0,13	-0,27**	-0,41**	-0,09	-0,38**

ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Min.: minimizasyon, E: Emosyonel, F: Fiziksel, C: Cinsel, İst.: istismar, PİÖÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, **: $p<0,01$, *: $p<0,05$

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puanları arası ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği minimizasyon puanı ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanı arasında zayıf ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır; $r=0,32$; $p<0,01$. Çocukluk çağı emosyonel istismar ($r=-0,35$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=-0,27$; $p<0,01$) ve emosyonel ihmal ($r=-0,41$; $p<0,01$) toplam puanları ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanı arasında ise zayıf ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Ölçekler	ÇÇTÖ Min.	ÇÇTÖ E. İst.	ÇÇTÖ F. İst.	ÇÇTÖ F. İhmal	ÇÇTÖ E. İhmal	ÇÇTÖ C. İst.	ÇÇTÖ Toplam
BDDÖ- Kendini Suçlama	-0,15*	0,25**	0,19**	-0,07	0,19**	0,14*	0,20**
BDDÖ-Kabul Etme	-0,19**	0,18*	0,04	-0,03	0,20**	0,11	0,15*
BDDÖ- Düşünceye Odaklanma	0,05	0,04	0,05	-0,20**	-0,07	0,06	-0,06
BDDÖ- Pozitif Tekrar Odaklanma	0,19**	-0,10	0,02	-0,11	-0,13	0,02	-0,10
BDDÖ- Plana Tekrar Odaklanma	0,20**	-0,25**	-0,15*	-0,29**	-0,32**	-0,07	-0,30**
BDDÖ- Pozitif Yeniden Gözden Geçirme	0,20**	-0,17*	-0,15*	-0,19**	-0,27**	-0,02	-0,24**
BDDÖ- Bakış Açısına Yerleştirme	0,11	0,06	0,03	-0,05	-0,04	0,02	-0,03
BDDÖ- Yıkım	-0,18*	0,30**	0,29**	0,27**	0,29**	0,21**	0,36**
BDDÖ- Diğerlerini Suçlama	-0,19**	0,27**	0,26**	0,20**	0,25**	0,21**	0,30**

ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Min.: minimizasyon, E: Emosyonel, F: Fiziksel, C: Cinsel, ist.: istismar, T: Toplam, BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, **: p<0,01, *: p<0,05

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği puanları arası ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. BDDÖ - Kendini Suçlama alt boyutu toplam puanlarının emosyonel istismar ($r=0,25$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,19$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,14$; $p<0,05$), emosyonel ihmal ($r=-0,41$; $p<0,01$) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı arasında zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. BDDÖ-Kendini suçlama alt boyutu puanları ÇÇTÖ-minimizasyon puanı ile anlamlı, zayıf ve negatif yönde ilişki göstermektedir; $r=-0,15$; $p<0,05$. BDDÖ - Kabul Etme alt boyutu toplam puanları ile emosyonel istismar ($r=0,18$; $p<0,05$), emosyonel ihmal ($r=0,20$; $p<0,01$) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. BDDÖ-Kabul Etme alt boyutu ile ÇÇTÖ

minimizasyon puanı arasında anlamlı, negatif ve zayıf ilişki saptanmıştır, $r=-0,19$; $p<0,01$. BDDÖ - Düşünceye Odaklanma alt boyutu toplam puanları ile fiziksel ihmal puanları arasında anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki vardır, $r=-0,20$; $p<0,05$. Ancak BDDÖ - Düşünceye Odaklanma alt boyutu toplam puanları ve diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. BDDÖ - Pozitif Tekrar Odaklanma alt boyutu toplam puanları ile ÇÇTÖ-minimizasyon puanları anlamlı, pozitif ve zayıf bir ilişki saptanmıştır, $r=0,19$; $p<0,01$. BDDÖ - Pozitif Tekrar Odaklanma alt boyutu toplam puanları ve ÇÇTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. BDDÖ - Plana Tekrar Odaklanma alt boyutu toplam puanları ile emosyonel istismar ($r=-0,25$; $p<0,01$), emosyonel ihmal ($r=-0,32$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=-0,15$; $p<0,05$), fiziksel ihmal ($r=-0,29$; $p<0,01$) ve toplam ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. BDDÖ - Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ile ÇÇTÖ-minimizasyon puanları arasında anlamlı, pozitif ve zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0,20$; $p<0,01$). Diğer yandan, BDDÖ - Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ile emosyonel istismar ($r=-0,17$; $p<0,05$), emosyonel ihmal ($r=-0,27$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=-0,15$; $p<0,05$), fiziksel ihmal ($r=-0,19$; $p<0,01$) ve ÇÇTÖ toplam puanları ($r=-0,24$; $p<0,01$) arasında anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. BDDÖ - Bakış Açısına Yerleştirme ile ÇÇTÖ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. BDDÖ - Yıkım Puanı ve ÇÇTÖ minimizeasyon puanı ile anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır, $r=-0,18$; $p<0,01$. BDDÖ - Yıkım Puanı ile emosyonel istismar ($r=0,30$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,29$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,21$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,27$; $p<0,01$), emosyonel ihmal ($r=0,29$; $p<0,01$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. BDDÖ – Kendini Suçlama alt boyutu puanı ile ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,20$; $p<0,01$); ÇÇTÖ alt boyutları arasında da pozitif ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. BDDÖ – Diğerlerini Suçlama alt boyutu toplam puanı ile ÇÇTÖ alt boyutları toplam puanları ve ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,30$; $p<0,01$) saptanmıştır.

Tablo 5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

	ÇÇTÖ Min.	ÇÇTÖ E. İst.	ÇÇTÖ F. İst.	ÇÇTÖ F. İhmal	ÇÇTÖ E. İhmal	ÇÇTÖ C. İst.	ÇÇTÖ Toplam
KSE- Anksiyete	-0,16*	0,25**	0,14	0,13	0,23**	0,14*	0,23**
KSE-Depresyon	0,19**	0,31**	0,13	0,10	0,26**	0,20**	0,26**
KSE- Olumsuz benlik	-0,11	0,26**	0,11	0,09	0,23**	0,13	0,21**
KSE- Somatizasyon	-0,17*	0,29**	0,22**	0,11	0,20**	0,25**	0,27**
KSE- Hostilite	-0,12	0,22**	0,13	0,07	0,10	0,19**	0,16*

ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Min.: minimizasyon, E: Emosyonel, F: Fiziksel, C: Cinsel, ist.: istismar, T: Toplam, KSE: Kısa Semptom Envanteri, **: p< 0,01, *: p<0,05

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri puanları arası ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. KSE - Anksiyete alt boyutu toplam puanları ile emosyonel istismar ($r=0,25$; $P<0,01$), emosyonel ihmal ($r=0,23$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,14$; $p<0,05$) ve ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki saptanırken, ÇÇTÖ minimizasyon puanı ile anlamlı, zayıf ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır, $r=-0,16$; $p<0,05$. KSE - Depresyon alt boyutu toplam puanları ile emosyonel istismar ($r=0,31$; $p<0,01$) ve emosyonel ihmal ($r=0,26$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,20$; $p<0,01$) ve ÇÇTÖ toplam puanları ($r=0,26$; $p<0,01$) arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki bulgulanmış ve ÇÇTÖ minimizasyon puanı ile anlamlı, zayıf ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır; $r=-0,19$; $p<0,01$. KSE- Olumsuz benlik alt boyutu toplam puanları ile emosyonel istismar ($r=0,26$; $p<0,01$) ve emosyonel ihmal ($r=0,23$; $p<0,01$) ve ÇÇTÖ toplam puanları ($r=0,21$; $p<0,01$) arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki bulgulanmıştır. KSE- Somatizasyon alt boyutu toplam puanları ile fiziksel ihmal ($r=0,11$; $p>0,05$) ile anlamlı bir ilişki göstermediği; diğer ÇÇTÖ alt boyutları ile anlamlı, zayıf ve pozitif ilişki gösterdiği, ÇÇTÖ minimizasyon puanı ($r=-0,17$; $p<0,01$) ile arasında ise negatif ve anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. KSE- Hostilite alt boyutu toplam puanları ile emosyonel istismar ($r=0,22$; $p<0,01$) ve cinsel istismar ($r=0,19$; $p<0,01$) ve ÇÇTÖ toplam puanları ($r=0,16$; $p<0,01$) ile arasında anlamlı, zayıf ve pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 6. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Kısa Semptom Envanteri Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

	KSE- Anksiyete	KSE- Depresyon	KSE- Olumsuz benlik	KSE- Somatizasyon	KSE- Hostilite
BDDÖ- Kendini suçlama	0,21**	0,29**	0,27**	0,23**	0,28**
BDDÖ- kabul etme	0,19**	0,32**	0,28**	0,24**	0,25**
BDDÖ- Düşünceye odaklanma	0,18*	0,24**	0,21**	0,17*	0,17*
BDDÖ- Pozitif tekrar odaklanma	-0,02	-0,09	0,03	-0,09	-0,05
BDDÖ- Plana tekrar odaklanma	-0,12	-0,12	-0,08	-0,11	-0,12
BDDÖ- Pozitif yeniden gözden geçirme	-0,18*	-0,16*	-0,09	-0,17*	-0,13
BDDÖ- Bakış açısına yerleştirme	0,04	0,17*	0,15*	0,08	0,11
BDDÖ- Yıkım	0,33**	0,31**	0,37**	0,38**	0,35**
BDDÖ- Diğerlerini suçlama	0,26**	0,29**	0,32**	0,25**	0,29**

KSE: Kısa Semptom Envanteri, BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, **: p<0,01, *: p<0,05

BDDÖ- Kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma, yıkım ve diğerlerini suçlama alt boyutları ile KSE- Anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki gösterdikleri saptanmıştır. BDDÖ- Bakış açısına yerleştirme alt boyutu toplam puanı ile KSE- depresyon ($r=0,17$; $p<0,05$) ve olumsuz benlik ($r=0,15$; $p<0,05$) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki gösterdiği görülmüştür. BDDÖ- Pozitif yeniden gözden geçirme alt boyutu toplam puanı ile KSE- Anksiyete /, depresyon ($r=-0,16$; $p<0,05$), somatizasyon ($r=-0,17$; $p<0,05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. BDDÖ- Pozitif tekrar odaklanma ve plana tekrar odaklanma alt boyutu toplam puanları ile KSE alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği alt ölçek puanları ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile

değerlendirildiğinde; PİÖÖ toplam puanlarının BDDÖ- pozitif yeniden odaklanma ($r=0,28$, $p=0,00$), plana yeniden odaklanma ($r=0,34$, $p=0,00$) ve pozitif yeniden gözden geçirme ($r=0,40$, $p=0,00$) alt boyutları toplam puanları ile istatistiksel olarak zayıf ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği; PİÖÖ puanları ile BDDÖ- kendini suçlama ($r=-0,25$, $p=0,00$) ve kabul etme ($r=-0,15$, $p=0,04$) puanları arasında ise istatistiksel olarak zayıf ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. PİÖÖ ve diğer BDDÖ alt ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanı ve KSE- Anksiyete ($r=-0,32$, $p=0,00$), depresyon ($r=-0,39$, $p=0,00$), olumsuz benlik algısı ($r=-0,33$, $p=0,00$), somatizasyon ($r=-0,29$, $p=0,00$), hostilite ($r=-0,28$, $p=0,00$) alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak zayıf ve negatif yönde anlamlı yönde bir ilişki saptanmıştır.

2.7.4. Ölçekler ve Alt Boyutlar Toplam Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Farklılık Testleri

Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutu Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Kategorileri İçin Bağımsız Örnek t-Testi Analizine Dair Bulgular

Ölçekler	Cinsiyet	n	Ortalama	S.S.	t*	S.d.	p
ÇÇTÖ-28- Emosyonel istismar	Erkek	100	7,5	3,1	-0,7	201	0,51
	Kadın	88	7,2	3,0			
ÇÇTÖ-28- Fiziksel istismar	Erkek	100	6,1	5,6	-1,7	196,4	0,09
	Kadın	88	2,4	1,9			
ÇÇTÖ-28- Cinsel istismar	Erkek	100	5,7	5,6	-0,5	203	0,66
	Kadın	88	1,8	2,0			
ÇÇTÖ-28- Emosyonel ihmal	Erkek	100	11,7	10,4	-2,1	195	0,04
	Kadın	88	4,0	4,3			
ÇÇTÖ-28- Fiziksel ihmal	Erkek	100	8,8	7,0	-4,4	188,5	0,00
	Kadın	88	3,2	2,3			
ÇÇTÖ-28- Minimizasyon	Erkek	100	0,4	0,5	1,0	203	0,34
	Kadın	88	0,7	0,7			
ÇÇTÖ-28- Toplam	Erkek	100	39,7	35,7	-2,5	186	0,02
	Kadın	88	11,5	10,6			

*Bağımsız Örnek t Testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: Serbestlik Derecesi

Kadın katılımcıların ve erkek katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır; $t(186)=-2,5$; $p<0,05$. Erkek katılımcıların bildirdiği emosyonel ihmal, fiziksel ihmal alt boyutları puan ortalamalarının kadın katılımcıların bildirdiğine göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür: Emosyonel İhmal; $t(195)=-2,1$; $p<0,05$, Fiziksel İhmal; $t(188)=-4,4$; $p<0,05$. Erkek katılımcılar, kadın katılımcılara göre daha yüksek Fiziksel

İstismar puanları bildirme eğiliminde olsa da bu farkın istatistik anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür; $t(196)=-1,7$; $p>0,05$.

Tablo 8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenler İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular

	Medeni Durum	Ortalama	S.S.	F*	S.d.	P
ÇÇTÖ-28-Toplam	Bekar	37,1	10,7	1,2	185,2	0,30
	Evli	38,6	11,9			
	Dul/Boşanmış	43,1	10,6			
	Eğitim Durumu	Ortalama	S.S.	F*	S.d.	P
ÇÇTÖ-28-Toplam	Ortaokul ve altı	36,1	9,2	1,3	183,3	0,29
	Lise	39,7	12,3			
	Üniversite	37,1	10,9			
	Yüksek Lisans	41,5	13,3			
	Yaşanılan yer	Ortalama	S.S.	F*	S.d.	P
ÇÇTÖ-28-Toplam	İl/ B.Şehir	38,3	12,6	0,9	185,2	0,40
	Kasaba/İlçe	36,9	9,8			
	Köy	40,1	11,2			
	Gelir Durumu	Ortalama	S.S.	F*	S.d.	P
ÇÇTÖ-28-Toplam	≤ 1000 TL	41,7	5,8	1,5	185,2	0,23
	1001-3000 TL	39,6	13,0			
	≥ 3001 TL	37,0	10,8			
	Algılanan Gelir Durumu	Ortalama	S.S.	F*	S.d.	P
ÇÇTÖ-28-Toplam	İyi	35,5	7,6	3,9	185,2	0,02
	Orta	38,1	12,5			
	Kötü	43,1	11,5			

*Tek yönlü varyans analizi, S.S.= Standart Sapma, S.d.: Serbestlik Derecesi

Katılımcıların medeni durumlarının ÇÇTÖ-28- Emosyonel ihmal ve ÇÇTÖ-28- Fiziksel ihmal alt boyutu toplam puanlarının ortalamaları bakımından anlamlı etkide bulunduğu görülmüştür. Post-Hoc Scheffe testine göre bekar katılımcıların emosyonel ihmal puanları, evli ve dul/ boşanmış katılımcıların emosyonel ihmal puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşüktür; $F(194,2)=3,2$, $p<0,05$. Yine

Post-Hoc Scheffe testine göre bekar katılımcıların fiziksel ihmal puanlarının, evli ve dul/ boşanmış katılımcıların bildirdiği fiziksel ihmal puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır; $F(196,2)=3,2$, $p<0,05$. Medeni durumun, ÇÇTÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı saptanmıştır; $F(185,2)=1,2$, $p>0,05$.

Katılımcıların eğitim durumlarının ÇÇTÖ toplam puanı ve alt boyutlar toplam puanı ortalamaları bakımından anlamlı etkide bulunmadığı saptanmıştır; $F(183,3)=1,3$, $p>0,05$.

Katılımcıların yaşamının büyük bölümünü geçirdikleri yere göre ÇÇTÖ toplam puanları ve alt boyut toplam puanları ortalamaları bakımından anlamlı etkide bulunmadığı saptanmıştır; $F(185,2)=0,9$, $p>0,05$.

Katılımcıların gelir durumunun ÇÇTÖ-emosyonel ihmal alt boyutu toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı etkide bulunduğu saptanmıştır; $F(194,2)=3,4$, $p<0,05$. Ancak daha sonra yapılan Post-Hoc Scheffe testleri ile gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalarda bu fark ortadan kalkmıştır. ÇÇTÖ toplam puanlarının ortalamaları bakımından ise anlamlı etkide bulunmadığı saptanmıştır; $F(185,2)=1,5$, $P>0,05$.

Katılımcıların algıladıkları gelir durumunun ÇÇTÖ-emosyonel istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyutları toplam puanları bakımından grupların anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Post- Hoc Scheffe testi ile şahsi gelirini “iyi” olarak bildiren katılımcıların ÇÇTÖ-emosyonel istismar puanlarının, gelirlerini “orta” ve “kötü” olarak bildirenlere göre anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır; $F(199,2)=2,4$, $p=0,01<0,05$. Algıladıkları geliri “iyi” olan katılımcıların ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyutu toplam puanlarının ortalaması da, geliri “orta” ve “kötü” olan katılımcıların ortalamalarına göre anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır; $F(196,2)= 3,4$, $p<0,05=0,04$. ÇÇTÖ-toplam puanları için gruplar arası karşılaştırmalar, varyansların eşit olmaması nedeniyle Tamhane T2 testi ile gerçekleştirilmiştir. Bu karşılaştırmalara göre, şahsi geliri “iyi” olan katılımcıların ÇÇTÖ-toplam puan ortalaması, geliri “orta” ve “kötü” olanlarınkine göre anlamlı ölçüde düşük olduğu ve katılımcıların algıladıkları gelir durumunun ÇÇTÖ-toplam puan ortalamaları

bakımından istatistiksel olarak anlamlı etkide bulunduğu saptanmıştır; $F(185,2)=3,9$, $p<0,05$.

Tablo 9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Yapılan Analizlere Dair Bulgular

ÇÇTÖ-28- Toplam	Fiziksel Hastalık Durumu	n	Ortalama	S.S.	Z*		P
	Fiziksel hastalığı olan	10	40,7	10,4	-1,4		0,16
	Fiziksel hastalığı olmayan	195	37,7	11,3			
	Ruhsal Hastalık Durumu	n	Ortalama	S.S.	Z*		P
	Ruhsal hastalığı olan	7	45,9	18,2	-1,3		0,21
	Ruhsal hastalığı olmayan	198	37,6	10,8			
	Ailede Ruhsal Hastalık Durumu	n	Ortalama	S.S.	Z*		P
	Ailede ruhsal hastalığı Olan	9	38,0	7,8	-1,3		0,21
	Ailede ruhsal hastalığı Olmayan	196	37,9	11,4			
	Ailede Fiziksel Hastalık Durumu	n	Ortalama	S.S.	t**	S.d.	P
Ailede fiziksel hastalığı Olan	19	44,8	14,5	-2,2	19	0,04	
Ailede fiziksel hastalığı Olmayan	186	37,2	10,6				

*Mann- Whitney U Testi, **Bağımsız Gruplar İçin t Testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: Serbestlik Derecesi

Kendilerinde fiziksel hastalık olduğunu bildiren katılımcıların, bildirmeyenlere göre daha yüksek ÇÇTÖ-Cinsel İstismar bildirme eğiliminde olduğu

ancak bu farkın istatistiksel anlamlılığa erişmediği görülmüştür; $p=0,08>0,05$. ÇÇTÖ-Emosyonel İstismar alt boyutu puanları ise fiziksel hastalığı olan katılımcılarda anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır; $p=0,03<0,05$. ÇÇTÖ toplam puanları ile fiziksel hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır; $p>0,05$.

Kendilerinde ruhsal hastalık varlığını bildiren katılımcılar bildirmeyenlere göre daha yüksek ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal alt boyut puanları bildirme eğilimindedir ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa erişmemiştir; $p=0,08>0,05$. Diğer alt boyut puanları için ruhsal hastalık varlığına göre anlamlı fark saptanmamıştır.

Ailede fiziksel hastalık varlığını bildiren katılımcıların ÇÇTÖ- Emosyonel İstismar ($t(201)=-2,1$, $p<0,05$), Emosyonel İhmal ($t(195)=-2,6$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ toplam puanlarının ortalamaları, bildirmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailelerinde fiziksel hastalık bildiren katılımcıların ÇÇTÖ-28- Fiziksel ihmal bildirmeyenlere göre daha yüksek, ÇÇTÖ-28- Minimizasyon puanlarının ise daha düşük olma eğiliminde olduğu ancak bu farkların istatistiksel anlamlılığa erişmediği görülmüştür. Fiziksel istismar ve cinsel istismar puanları ise ailede fiziksel hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Ailelerinde ruhsal hastalık varlığı bildiren katılımcılar, bildirmeyenlere göre daha yüksek ÇÇTÖ Fiziksel ihmal alt boyutu puanları bildirme eğilimindedir ancak bu fark anlamlılığa erişmemiştir; $p>0,05$. Diğer alt boyut puanlarının ortalamaları ise ailede ruhsal hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır; $p>0,05$.

Tablo 10. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyet Değişkeni İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular

	Cinsiyet	n	Ortalama	S.S.	t*	S.D.	p
Kendini suçlama	Erkek	100	10,9	2,6	1.2	197	0.24
	Kadın	96	11,3	2,7			
Kabul etme	Erkek	100	11,4	11,8	1.1	196	0.27
	Kadın	96	2,6	2,7			
Düşünceye odaklanma	Erkek	100	13,4	14,2	1.9	196	0.05
	Kadın	96	2,7	2,8			
Pozitif tekrar odaklanma	Erkek	100	13,0	13,3	0.7	192	0.49
	Kadın	96	2,6	2,5			
Plana tekrar odaklanma	Erkek	100	14,8	15,4	1.7	197.7	0.10
	Kadın	96	2,8	2,3			
Pozitif yeniden gözden geçirme	Erkek	100	14,6	15,0	1.1	190	0.26
	Kadın	96	3,1	2,5			
Bakış açısına yerleştirme	Erkek	100	12,6	13,2	1.6	198	0.11
	Kadın	96	2,8	2,4			
Yıkım	Erkek	100	10,3	9,7	-1.5	196	0.13
	Kadın	96	2,9	2,8			
Diğerlerini suçlama	Erkek	100	10,8	10,2	-1.5	196	0.14
	Kadın	96	2,7	2,5			

*Bağımsız gruplar için t testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: Serbestlik Derecesi

Cinsiyete göre ikili karşılaştırmalarda Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyutları toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 11. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Toplam Puanlarının bazı Değişkenler adına yapılan analizlere Dair Bulgular

BDDÖ alt boyutları	Fiziksel hastalık varlığı	Kişi Sayısı	Ortalama	S.S.	Z*	p
Kendini suçlama	Fiziksel h. olan	10	11,2	2,8	-0,3	0,80
	Fiziksel h. olmayan	195	11,1	2,7		
Kabul etme	Fiziksel h. olan	10	14,2	2,8	2,9	0,00
	Fiziksel h. olmayan	195	11,5	2,6		
Düşünceye odaklanma	Fiziksel h. olan	10	14,9	2,5	-1,1	0,27
	Fiziksel h. olmayan	195	13,7	2,8		
Pozitif tekrar odaklanma	Fiziksel h. olan	10	12,7	2,3	-0,8	0,41
	Fiziksel h. olmayan	195	13,2	2,6		
Plana tekrar odaklanma	Fiziksel h. olan	10	14,2	2,8	-1,1	0,27
	Fiziksel h. olmayan	195	15,1	2,6		
Pozitif yeniden gözden geçirme	Fiziksel h. olan	10	14,6	3,2	-0,2	0,87
	Fiziksel h. olmayan	195	14,8	2,8		
Bakış açısına yerleştirme	Fiziksel h. olan	10	12,3	3,6	-0,5	0,63
	Fiziksel h. olmayan	195	12,9	2,5		
Yıkım	Fiziksel h. olan	10	10,6	2,6	-0,7	0,47
	Fiziksel h. olmayan	195	9,9	2,9		
Diğerlerini suçlama	Fiziksel h. olan	10	10,6	2,0	-0,1	0,92
	Fiziksel h. olmayan	195	10,5	2,7		

*Mann- Whitney U testi, S.S.: Standart Sapma

Kendilerinde fiziksel hastalık varlığını bildiren katılımcıların BDDÖ- Kabul etme alt boyutu toplam puanlarının bildirmeyenlerinkine göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır; $p=0,00<0,05$. Diğer Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyutları toplam puan ortalaması bakımından, fiziksel hastalık varlığına göre anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 12. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenler Adına Yapılan Analizlere Dair Bulgular

	Ruhsal hastalık varlığı	Kişi Sayısı	Ortalama	S.S.	Z*	p
Kendini suçlama	Ruhsal h. olan	7	11,0	3,3	0,0	1,00
	Ruhsal h. olmayan	198	11,1	2,7		
Kabul etme	Ruhsal h. olan	7	9,7	2,9	-1,7	0,10
	Ruhsal h. olmayan	198	11,7	2,6		
Düşünceye odaklanma	Ruhsal h. olan	7	13,4	2,4	-0,3	0,76
	Ruhsal h. olmayan	198	13,8	2,8		
Pozitif tekrar odaklanma	Ruhsal h. olan	7	11,7	1,2	-1,7	0,08
	Ruhsal h. olmayan	198	13,2	2,6		
Plana tekrar odaklanma	Ruhsal h. olan	7	13,9	2,1	-1,3	0,19
	Ruhsal h. olmayan	198	15,1	2,6		
Pozitif yeniden gözden geçirme	Ruhsal h. olan	7	12,2	4,2	-1,9	0,06
	Ruhsal h. olmayan	198	14,9	2,7		
Bakış açısına yerleştirme	Ruhsal h. olan	7	11,3	2,4	-1,6	0,11
	Ruhsal h. olmayan	198	13,0	2,6		
Yıkım	Ruhsal h. olan	7	10,4	2,6	-0,5	0,60
	Ruhsal h. olmayan	198	10,0	2,9		
Diğerlerini suçlama	Ruhsal h. olan	7	10,7	2,2	-0,2	0,87
	Ruhsal h. olmayan	198	10,5	2,7		

*Mann- Whitney U testi, S.S.: Standart Sapma

Kendilerinde ruhsal hastalık varlığını bildiren katılımcıların BDDÖ- pozitif yeniden gözden geçirme ($p=0,06>0,05$) ve pozitif tekrar odaklanma ($p=0,08>0,05$) alt boyutu toplam puanlarının bildirmeyenlerinkine göre yüksek olduğu ancak anlamlı bir yüksekliğe ulaşmadığı saptanmıştır. Diğer Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyutları toplam puan ortalaması bakımından, ruhsal hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmaya destek olan katılımcıların aile sağlık durumlarına bakıldığında sağlık durumunun bazı BDDÖ alt boyut ortalama puanları arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Öncelikle, ailede fiziksel hastalık olan katılımcılarda BDDÖ- pozitif tekrar odaklanma alt boyutu toplam puan ortalamasının ailede fiziksel hastalık olmayanlarınkinden anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır; $t(192)=2,4$, $p=0,02<0,05$. Ailede fiziksel hastalığı olan katılımcıların BDDÖ- plana tekrar odaklanma alt boyutu toplam puan ortalaması olmayanlarınkinden düşük olma eğilimindedir; $t(200)= 2,0$, $p=0,05$. Ailede fiziksel hastalığı olan katılımcıların BDDÖ-kabul etme alt boyutu toplam puan ortalaması olmayanlarınkinden daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı saptanmıştır; $t(196)= - 1,9$, $p=0,06>0,05$. Ailede ruhsal hastalık durumuna bakılacak olursa, ailede ruhsal hastalık bildiren katılımcıların BDDÖ- bakış açısına yerleştirme alt boyutu, BDDÖ-yıkım alt boyutu ve BDDÖ-diğerlerini suçlama alt boyutu toplam puan ortalamalarının olmayanlarınkinden anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır; sırasıyla, $t(198)=- 2,1$, $p=0,04<0,05$, $t(196)=-2,8$, $p=0,0<0,05$ ve $t(196)=-2,3$, $p=0,03<0,05$.

Eğitim durumuna göre BDDÖ alt boyutu toplam puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmış ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.

Medeni duruma göre BDDÖ alt boyutu puanları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmış ve BDDÖ-düşünceye odaklanma alt boyutu toplam puan ortalamalarının anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır; $F(195,2)=3,4$, $p=0,04<0,05$. Post-hoc Scheffe testi ile bekar katılımcıların BDDÖ-düşünceye odaklanma alt boyut puanlarının $(14,2\pm 2,6)$, evli $(13,3\pm 2,8)$ ve dul/ boşanmış $(12,4\pm 2,8)$ katılımcılarınkinden yüksek olma eğiliminde olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı görülmüştür; $p=0,09>0,05$. Diğer BDDÖ alt boyutların toplam puan ortalamalarının ise medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Yaşamın çoğunun geçirildiği yere göre BDDÖ alt boyutu puanları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, BDDÖ-kendini suçlama alt boyutu toplam

puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır; $F(196,2) = 4,5$, $p=0,01<0,05$. Post-hoc Scheffe testi ile il/ büyükşehirde yaşayan katılımcıların BDDÖ-kendini suçlama alt boyutu toplam puanlarının ($11,8 \pm 2,7$), ilçe/ kasaba ($10,8 \pm 2,6$) ve köylerde ($10,3 \pm 2,7$) yaşayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür; $p=0,04<0,05$. Diğer alt boyutların toplam puan ortalamalarının ise yaşamın çoğunun geçirildiği yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Katılımcıların gelir durumlarına göre BDDÖ alt boyutu toplam puan ortalamaları Tek Yönlü Varyans Analizi ile karşılaştırıldığında, BDDÖ-plana tekrar odaklanma alt boyutu toplam puan ortalamalarının gelir durumundan anlamlı ölçüde etkilendiği saptanmıştır; $F(199,2)=7,0$, $p=0,00<0,05$. Post- hoc Scheffe testi ile ailelerinin geliri ≥ 3001 TL/ ay olan katılımcıların puanlarının ($15,5 \pm 2,5$), aile geliri 1001- 3000 TL/ ay ($14,4 \pm 2,5$) ve ≤ 1000 TL/ ay ($13,2 \pm 2,0$) olanlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır; $p=0,02<0,05$.

Katılımcıların algıladıkları gelir durumuna göre BDDÖ alt boyutu toplam puan ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, BDDÖ-plana tekrar odaklanma alt boyutu, BDDÖ-pozitif yeniden gözden geçirme alt boyutu ve BDDÖ-yıkım alt boyutu toplam puanlarının ortalamalarını anlamlı ölçüde etkilediği saptanmıştır. Diğer alt boyutların toplam puan ortalamalarının ise algılanan gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Tablo 13. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Bazı Alt Boyut Toplam Puanlarının Algılanan Gelir Durumu Adına Yapılan Analizlere Dair Bulgular

	Algılanan Gelir Durumu	Ortalama	S.S.	F*	S.d.	p	Post Hoc Scheffe
BDDÖ-Plana Tekrar Odaklanma	İyi	15,3	2,6	4,9	199,2	0,01	0,02
	Orta	15,3	2,5				
	Kötü	13,6	2,5				
BDDÖ-Pozitif Yeniden Gözden Geçirme	İyi	15,2	3,0	6,5	189,2	0,00	0,00
	Orta	15,0	2,5				
	Kötü	12,9	2,9				
Bddö-Yıkım	İyi	11,0	2,8	3,2	195,2	0,04	0,05
	Orta	10,1	3,0				
	Kötü	9,4	2,5				

*tek yönlü ANOVA, S.S.: Standart Sapma, S.d.: serbestlik derecesi

Katılımcıların “iyi” ve “orta” olarak algıladıkları gelir durum düzeyinin BDDÖ- plana tekrar odaklanma alt boyutu ve BDDÖ-pozitif yeniden gözden geçirme alt boyutu toplam puan ortalamalarının “kötü” olarak algılanandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır; sırasıyla $f(199,2)=4,9$, $p<0,05$, $F(189,2)=6,5$, $p<0,00$. BDDÖ- Yıkım alt boyutu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadığı saptanmıştır; $F(195,2)=3,2$, $p>0,05$.

Tablo 14. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Yapılan Analize Dair Bulgular

	Cinsiyet	Ortalama	S.S.	t*	S.d.	P
PİOÖ Toplam	Kadın	42,2	7,7	0,54	196	0,59
	Erkek	42,8	9,2			

*Bağımsız gruplar için t testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: Serbestlik Derecesi

Cinsiyete göre PİOÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır; $t(196)=0,54$, $p>0,05$.

Tablo 15. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Yapılan Analizlere Dair Bulgular

	Eğitim Durumu	Ortalama	S.S.	F	S.d.	p
PİÖÖ Toplam	Ortaokul ve Altı	44,0	7,6	0,35	193,3	0,79
	Lise	42,0	9,0			
	Üniversite	42,5	8,6			
	Yüksek Lisans	41,5	8,1			
	Medeni Durum*	Ortalama	S.S.	F	S.d.	p
PİÖÖ Toplam	Bekar	42,4	8,5	3,7	195,2	0,03
	Evli	43,3	7,9			
	Dul/ Boşanmış	34,3	10,6			
	Yaşanılan Yer	Ortalama	S.S.	F	S.d.	p
PİÖÖ Toplam	İl/ Büyükşehir	41,9	9,3	1,2	195,2	0,32
	İlçe/ Kasaba	42,2	8,5			
	Köy	44,7	6,1			
	Aile Gelir Durumu*	Ortalama	S.S.	F	S.d.	p
PİÖÖ Toplam	≤ 1000 TL	37,6	10,6	3,1	195,2	0,05
	1001- 3000 TL	41,3	9,3			
	≥ 3001 TL	43,3	7,8			
	Algılanan Gelir D.**	Ortalama	S.S.	F	S.d.	p
PİÖÖ Toplam	İyi	45,6	6,6	19,5	195,2	0,00
	Orta	42,6	7,7			
	Kötü	34,2	10,6			

Tek Yönlü ANOVA, S.S: Standart Sapma, S.d.: serbestlik derecesi, *Post-hocScheffe testi, **Post-hoc Tamhane T2 testi

Katılımcıların eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan yer, şahsi ve aile gelirinin PİÖÖ toplam puanları üzerine etkilerini değerlendirebilmek adına tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre evli ile bekar katılımcıların; dul/ boşanmış olanlara göre daha yüksek PİÖÖ puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır; $F(195,2)=3,1$, $p<0,05$. Algılanan Gelir Durumu iyi/ orta olanların ise kötü olanlara göre PİÖÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır; $F(195,2)=19,5$, $p<0,05$. Aile gelir durumunun, yaşanılan yer durumunun ve eğitim düzeyinin ise PİÖÖ toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki

saptanmamıştır; sırasıyla $F(195,2)=3,1$, $p=0,05$, $F(195,2)=1,2$, $p>0,05$,
 $F(193,3)=0,35$, $p>0,05$.



Tablo 16. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Yapılan Analizlere Dair Bulgular

	Fiziksel Hastalık Durumu	Ortalama	S.S.	t*	S.d.	p
PİOÖ Toplam	Fiziksel hastalığı olan	38,8	12,0	1.4	196	0.16
	Fiziksel hastalığı olmayan	42,7	8,2			
	Ruhsal hastalık durumu	Ortalama	S.S.	t*	S.d.	p
PİOÖ Toplam	Ruhsal hastalığı olan	35,6	9,7	2.2	196	0.03
	Ruhsal hastalığı olmayan	42,7	8,3			
	Ailede ruhsal hastalık durumu	Ortalama	S.S.	t*	S.d.	p
PİOÖ Toplam	Ailede ruhsal h. Olan	45,8	9,9	-1.1	196	0.27
	Ailede ruhsal h. Olmayan	42,3	8,4			
	Ailede fiziksel hastalık durumu	Ortalama	S.S.	t*	S.d.	p
PİOÖ Toplam	Ailede fiziksel h. Olan	37,4	10,6	2.1	178	0,05
	Ailede fiziksel h. Olmayan	43,0	8,1			

*Bağımsız gruplar için t testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: serbestlik derecesi

Psikolojik iyi oluş ölçeğinin katılımcılarda ve ailelerinde fiziksel veya ruhsal hastalık varlığı ile ilişkisini değerlendirebilmek adına bağımsız gruplar için t test kullanılmıştır. Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda kendisinde ruhsal hastalık bildiren katılımcıların PİOÖ puanları ortalamalarının olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır; $t(196)=2,2$, $p<0,05$.

Kendisinde fiziksel hastalık varlığı, ailede ruhsal ve bedensel hastalık varlığı durumlarının ise PİÖÖ toplam puan ortalamalarına istatistiksel olarak anlamlı etkide bulunmadığı saptanmıştır; sırasıyla $t(196)=1,4$, $p>0,05$, $t(196)=-1,1$, $p>0,05$, $t(178)=2,1$, $p=0,05$.

Tablo 17. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutu Puanlarının Cinsiyet Değişkeni İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular

	Cinsiyet	Kişi Sayısı	Ortalama	S.S.	t*	S.D.	P
Anksiyete	Erkek	100	22,0	7,3	-0,1	188	0,94
	Kadın	96	22,0	7,1			
Depresyon	Erkek	100	27,2	8,0	2,1	184	0,04
	Kadın	96	25,1	8,1			
Olumsuz Benlik	Erkek	100	21,0	6,8	0,5	192	0,64
	Kadın	96	21,5	7,8			
Somatizasyon	Erkek	100	13,9	4,6	0,8	191	0,42
	Kadın	96	13,5	4,8			
Hostilite	Erkek	100	14,0	4,6	-0,1	191	0,93
	Kadın	96	14,0	4,6			

*Bağımsız gruplar için t testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: serbestlik derecesi

Kadın katılımcıların ve erkek katılımcıların Kısa Semptom Envanteri-Depresyon alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır; $t(184)=2,1$, $p<0,05$. Diğer alt boyutlara bakıldığında kadın katılımcılar ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Eğitim durumuna göre KSE alt boyutları toplam puanlarının ortalamaları Tek Yönlü Varyans Analizi ile karşılaştırılmış olup KSE-Depresyon alt boyutu puanı dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Depresyon alt boyutu puanının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür; $F(181,3)=4,5$, $p=0,00<0,05$. Post-Hoc Scheffe test yöntemi ile yüksek lisans düzeyinde eğitilmiş katılımcıların puanlarının ($20,7 \pm 7,9$), üniversite ($22,9 \pm$

7,9), lise (27,9± 8,6) ve daha alt düzeyde eğitimli katılımcılardan (24,4 ± 6,8) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür; $p=0,03<0,05$.

Medeni durum, yaşanan yer, aile geliri ve şahsi gelire göre KSE alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Katılımcıların kendilerinde fiziksel hastalık, ailede fiziksel veya ruhsal hastalık öyküsüne göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutu Puanlarının bazı Değişkenler İçin Tek Yönlü Varyans Analizine Dair Bulgular

	Ruhsal Hastalık Durumu	Ortalama	S.S.	T*	S.d.	p
Anksiyete	Ruhsal h.olan	30,0	4,6	-0,1	188	0,00
Depresyon	Ruhsal h.olan	32,0	4,6	-2,5	184	0,01
Olumsuz Benlik	Ruhsal h.olan	26,6	4,1	0,5	192	0,05
Somatizasyon	Ruhsal h.olan	19,4	7,2	0,8	191	0,09
Hostilite	Ruhsal h.olan			-0,1	191	0,24

*Bağımsız gruplar için t testi, S.S.: Standart Sapma, S.d.: serbestlik derecesi

Kendilerinde ruhsal hastalık bildiren katılımcıların Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete ve Depresyon alt boyutu puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür; sırasıyla $t(188) = -0,1$, $p<0,05$, $t(184) = -2,5$, $p<0,05$. Kendisinde ruhsal hastalık bildiren katılımcıların KSE-olumsuz benlik algısı alt boyutu puanlarının, bildirmeyenlerinkine göre daha yüksek olma eğiliminde oldukları saptanmıştır; $t(192) = 0,5$, $p=0,05$. Gruplar arasında KSE-Somatizasyon ve Hostilite alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılık saptanmamıştır; $t(191) = 0,8$, $p>0,05$, $t(191) = -0,1$, $p>0,05$.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA VE SONUÇ

3.1. ARAŞTIRMANIN ANALİZ SONUÇLARI

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yetişkinlik döneminde yaşanabilecek olumlu ve ya olumsuz bir olay karşısında kişinin tutum ve davranışlarının belirlenmesindeki ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin seçimindeki rolü üzerine inceleme yapmak, bu durumun psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisine bakmak olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmada, çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve yetişkinlik dönemi psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca bu kavramların psikolojik semptomların varlığına olan etkisine de bakılmıştır. Araştırmada yer alan değişkenler, araştırmanın amacı doğrultusunda uygun istatistikî yöntemlerle gerekli incelemeler yapılmış olup yapılan analizler sonucunda konu hakkında çeşitli bulgular elde edilmiştir.

Araştırmanın hipotezlerini sınamadan önce araştırmada kullanılacak olan ölçekler hakkında güvenirlik belirlenmesi amacıyla Cronbach Alfa Katsayıları hesaplanmış, güvenirlik katsayılarının araştırma için yeterli seviyede olduğu görülmüştür.

Sosyo-demografik özellikler hakkında çeşitli sınıflandırmalar yapılarak ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği Bağımsız Örnek t Testi, tek yönlü varyans analizi, Post hoc Scheffe testi, Mann-Whitney U testi gibi testler kullanılarak gerekli incelemeler yapılmıştır.

Konular hakkında kullanılan ölçekler ile ilgili yapılan çalışmalar doğrultusunda, ölçeklerden elde edilen toplam puanlar ve alt boyut toplam puanlar ile aralarındaki ilişki olup olmadığı Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Yapılan analizler sonucuna göre “çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş

arasında ilişki vardır” hipotezini destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş ile istatistiksel olarak anlamlı yönde bir ilişkisi olduğu, psikolojik semptom varlığı ile de ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. ÇÇTÖ-Emosyonel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve emosyonel ihmal alt boyutları toplam puanı ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puanları arasında zayıf ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca ÇÇTÖ toplam puan ortalamaları ve KSE alt boyutları toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanları ile BDDÖ bazı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmalarının cinsiyete göre değişip değişmediğini görmek amacıyla Bağımsız Örnek t Testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda çocukluk çağı travmatik yaşantıların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Erkek katılımcıların ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, emosyonel ihmal alt boyutlarının ve ÇÇTÖ toplam puan ortalamalarının kadın katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamalarının katılımcıların medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, yaşamın büyük bölümünü geçirdikleri yer, fiziksel ve ruhsal hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ancak bazı ÇÇTÖ alt boyut toplam puanları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. Çocukluk çağı travmalarının algılanan gelir durumuna ve ailedeki fiziksel hastalık varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, durumunu ‘iyi’ düzeyde bildiren katılımcıların ‘orta’ ve ya ‘kötü’ düzeyde bildirenlere göre daha düşük ÇÇTÖ puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür. Ailede fiziksel hastalık bildiren katılımcıların ise daha yüksek ÇÇTÖ puan ortalamalarına sahip oldukları, özellikle ÇÇTÖ-Emosyonel istismar ve ÇÇTÖ-Emosyonel ihmal alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ortalamalarına bakıldığında sosyo-demografik özelliklere göre genel olarak BDDÖ alt boyutlarında

istatistiksel anlamda bir farklılık olmadığı ancak sağlık durumu ve bazı bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin toplam puan ortalamalarına bakıldığında cinsiyete göre değişip değişmediğini görmek amacıyla Bağımsız Örnek t Testi uygulanmıştır. Cinsiyete göre PİOÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Eğitim durumu, yaşamın büyük bölümünün geçirildiği yer ve gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Psikolojik iyi oluşun medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, evli katılımcıların bekar, dul ve ya boşanmış katılımcılara göre daha yüksek PİOÖ puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca ruhsal hastalık varlığı ve psikolojik iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ruhsal hastalık bildiren katılımcıların bildirmeyenlere göre anlamlı ölçüde daha yüksek PİOÖ toplam puanına sahip oldukları görülmüştür.

Çalışmada kullanılan Kısa Semptom Envanteri ile kişilerde görülen psikolojik semptom özelliklerine bakılmak istenmiş, eğitim düzeyine ve cinsiyete göre KSE-Depresyon alt boyutu ile aralarında anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. Yüksek lisans düzeyinde olanların ve kadın katılımcıların puanlarının diğer gruplara göre anlamlı ölçüde daha düşük KSE-Depresyon puanına sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca ruhsal hastalık varlığının KSE-Depresyon ve KSE-Anksiyete puanları ile anlamlı ilişki içerisinde olduğu, ruhsal hastalık bildiren katılımcıların anlamlı ölçüde daha yüksek KSE-Depresyon ve KSE-Anksiyete puanlarına sahip oldukları saptanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMAYA KONU OLAN KAVRAMLARIN TARTIŞILMASI

Literatürde çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş kavramları arasındaki ilişki üçlü olarak hiç çalışılmamıştır. Ayrıca bu üç kavramın psikolojik semptomlar üzerindeki rolüne de değinilmemiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları insanlığın varlığı ile birlikte meydana gelmekte, birçok çocuk çocukluk çağı istismar ve ihmale maruz kalmaktadır.

Deneyimlenen travmaların yaygınlık düzeyi hakkında yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir travmatik olayın deneyimlenmesi oranı %50 ve %90 arasında değiştiği, travmatik bir durumu yaşamayan bireylerin sayısının yok denecek seviyede olduğu sonucuna varılmıştır (Boals, Riggs ve Kraha, 2013).

Son yıllarda yapılan çalışmalara konu olan çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kişiler üzerinde uzun süreli ve kalıcı hasar bırakmakta olduğu, yetişkinlik dönemi bazı ruhsal bozuklukların ana nedeni olarak çocukluk çağı travmatik yaşantılarının gösterildiği ve aralarında güçlü bir ilişki olabileceği üzerinde durulmaktadır (Taner ve Gökler, 2004).

Bu çalışmada, çocukluk çağı travmalarının, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye bakılması amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, ÇÇTÖ-Emosyonel istismar ve BDDÖ-Kendini suçlama, diğerlerini suçlama, yıkım alt boyutları ile arasında zayıf ancak anlamlı yönde; ÇÇTÖ-Fiziksel istismar ve BDDÖ-Kendini suçlama, diğerlerini suçlama, yıkım, pozitif yeniden gözden geçirme, plana tekrar odaklanma alt boyutları ile arasında zayıf ancak anlamlı yönde; ÇÇTÖ-Cinsel istismar ve BDDÖ-Kendini suçlama, diğerlerini suçlama ve yıkım ile arasında anlamlı yönde; ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal ve BDDÖ-Düşünceye odaklanma, diğerlerini suçlama, yıkım alt boyutları ile arasında anlamlı yönde; ÇÇTÖ-Emosyonel ihmal ve kendini suçlama, diğerlerini suçlama, yıkım, kabul etme, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ile arasında zayıf ancak anlamlı yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Konu hakkında literatüre bakıldığında, çocukluk çağı travmaları ve bilişsel duygu düzenleme arasındaki ilişki üzerine az sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür. 2010 yılında yapılan bir çalışmada duygu düzenlemede görülen güçlüklerin çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu görülmüştür (Burns, Jackson ve Harding, 2010). Olumsuz yaşam deneyimleri çok sayıda olan bireylerin daha zayıf ve ya yetersiz duygu düzenleme becerilerine sahip oldukları, bu becerileri işlevsel bir şekilde kullanamadıkları belirtilmektedir. Ayrıca üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, duygu düzenleme becerilerini işlevsel kullanamayan bireylerin şiddete eğilimleri ve zarar verici davranışlarda bulunma olasılıkları daha

yüksek seviyededir (Eisenberg ve Fabes, 1992). Bilişsel duygu düzenleme kavramı üzerinde önemli çalışmalarda bulunan Garnefski, Kraaij ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, travmatik yaşantıların duygular ve duygu düzenleme kavramlarına etki ettiği, çocukluk çağı travmalarının kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme stratejileriyle anlamlı yönde ilişkisinin olduğu sonucuna varılmıştır (Garnefski, Rood, Roos ve Kraaij, 2017). Psikotik olmayan depresyon tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantısı olanların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden adaptif olmayanları (kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme) daha yüksek oranda kullandıkları, çocukluk çağı travmaları ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Huh, Kim, Lee ve Chae, 2017).

Bu çalışmada, ÇÇTÖ-emosyonel istismar, fiziksel ihmal, emosyonel ihmal ve psikolojik iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, çocukluk çağı erken dönem yaşantıları sadece yaşanan zamanda kalmamakta, yetişkinlik dönemi psikolojik iyi oluş ve işlevselliğe etki etmektedir. 2007 yılında Collishaw ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcıların %10'unda çocukluk çağı fiziksel ve ya cinsel istismar öyküsü bildirdikleri, bu kişilerin yarısında psikopatolojik rahatsızlıkların görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca psikopatolojik rahatsızlık bildirmeyen katılımcıların psikolojik iyi oluşları ve dayanıklılıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve olumsuz bir durum karşısında başa çıkma becerilerinin daha güçlü olduğu sonucuna varılmıştır (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer ve Maughan, 2007).

Bu çalışmada, ÇÇTÖ-toplam puan ortalaması ile KSE tüm alt boyutlar toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada çocukluk yıllarında fiziksel istismara uğramış bireylerin ruhsal durumuna bakılmış, çalışmaya katılan bireylerin fiziksel istismar bildiriminde bulunmayan bireylere göre daha yoğun anksiyete ve depresyon yaşadıkları, sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Güner, Güner ve Şahan, 2010). Ayrıca başka bir çalışmada uzun süreli

baskı, tehdit, stres ve ya zorbalığa maruz kalan bireylerde daha sonra psikosomatik rahatsızlıklar, anksiyete, depresyon, uyku problemleri görülme olasılığının daha yüksek olduğu, bu bireylerde intihar oranının daha sık görüldüğü ifade edilmiştir (Kaya, 2010). 2008 yılında depresyon tanısı almış 28 hastayla yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğunda çocukluk çağı fiziksel ve ya cinsel istismar yaşantılarının olduğu, travmatik yaşantıları olan bireylerin yetişkinlik dönemi somatizasyon bozukluğu, yeme bozukluğu, kişilik bozuklukları görüldüğü, migren, kronik ağrılar, baş dönmesi, çarpıntı, nefes darlığı, eklem ağrıları vs. şikayetleri ile geldikleri belirtilmiştir (Ermiş, 2013; Spitzer, 2008).

3.3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın bulgular kısmına dayanarak elde edilen sonuçlara değinilmiştir. Bu araştırmaya, Diyarbakır ve ya Mardin ilinde ikamet eden 18 yaş ve üstü 205 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmış olup Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik Kurulu Onayı alınmıştır.

Çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelendiği bu çalışmada, çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların psikolojik iyi oluş üzerinde etkili rol oynadığı, adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin tercih edilmesi olasılığını arttırdığı sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak çocukluk çağı travmalarının psikolojik semptomların varlığı ile de ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; cinsiyete ve algılanan gelir durumuna göre çocukluk çağı travmatik yaşantılarında anlamlı bir farklılık olduğu, erkeklerin ve durumunu “kötü” olarak algılayanların daha yüksek oranda travmatik geçmiş bildiriminde buldukları, psikolojik iyi oluş puanlarının daha düşük olduğu, adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerini daha yüksek oranda tercih ettikleri görülmüştür. Medeni duruma göre incelendiğinde, bekar katılımcıların evli ve ya dul olanlara göre emosyonel ihmal ve fiziksel ihmal bildirimleri daha düşük olduğu, psikolojik iyi oluş puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim durumuna, yaşamın büyük bölümünü geçirdikleri yere

göre incelendiğinde durumda bir değişiklik olmadığı ve anlamlı bir fark bulunamadığı görülmüştür.

Yapılan literatür taramasında çocukluk dönemi yaşantıların kalıcı ve ya uzun süreli etkisi olduğu, yetişkinlik dönemine kadar uzandığı görülmüştür. Çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar hakkında önleyici çalışmaların daha yaygın hale getirilmesi, ebeveynler ve ya çocuğa bakım verenlere konu hakkında gerekli psiko-eğitimlerin verilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmaları hem bireysel hem de toplumsal bir sorun olması sebebiyle tüm topluma hitap eden alanlarda, kamu kurum ve kuruluşlarında, kamu spotlarında, eğitim merkezlerinde konu üzerinde durulmalıdır. Ayrıca sadece yetişkinlere değil çocuklara da ihmal ve istismar ile ilgili gerekli bilgilerin verilmesi faydalı olacaktır. Medya araçları ve sosyal medya kanalları kullanılarak farkındalık oluşturmak, hem birey hem toplum yararına yayınlar yapmak konunun önemine ve hassasiyetine dikkatleri çekeceği düşünülmektedir.

Bilişsel duygu düzenleme alan yazında yeni bir kavramdır. Başka kavramlarla az sayıda çalışma bulunması sebebiyle bilişsel duygu düzenlemenin başka değişkenlerle çalışılmasının ve ya bu çalışmada yer alan değişkenlerle daha kapsamlı bir şekilde çalışılmasının alan yazına katkı sunacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada bazı bilişsel duygu düzenleme stratejileri (pozitif yeniden odaklanma, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme) ve psikolojik iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla konu hakkında yapılacak çalışmalarda adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde durulabilir ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili farkındalık artırılabilir.

Araştırmanın sınırlılıklarına gelindiğinde; ilk olarak katılımcıların 205 kişiden oluşması ve araştırmanın sadece uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler ile sınırlı olması, araştırmadan elde edilen bulguların tüm evrene genellenmesi için yeterli düzeyde olmadığını düşündürmüştür. Araştırma da kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı olması ikinci sınırlılıktır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında katılımcıların yanlış bildirimde bulunmuş olabilecekleri ihtimali düşünülmüştür. Özellikle

çocukluk çağı travmalarının bildiriminde yaşanan zorluklar, sebeplerden biri olabileceği göz önünde bulundurulmuştur. Ek olarak, araştırmanın dar bir alanda yapılması sebebiyle kültürel farklılıkların yeterli düzeyde olmama ihtimalini düşündürmüştür. Kültürel farklılıkların olması göz önünde bulundurulursa yapılacak çalışmalarda araştırmanın genişletilmesi, farklı kültürlerden bireylerin de alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Akın, A. (2009). Akılcı duygusal davranışçı terapi odaklı grupla psikolojik danışmanın psikolojik iyi olma ve öz-duyarlık üzerindeki etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Alkım, T. (2018). Unutulamaz korkuların nörobiyolojisi. *Psikeart Dergisi, Nörobilim*, 60, 50-51.
- Altıparmak, S., Yıldırım G., Yardımcı, F., & Ergin, D. (2013). Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etmenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 354-361.
- Arslan, G. & Balkıs, M. (2016). Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal Of Education*, 6(1), 8-22.
- Bayhan, P. (1998). Dövülen çocuklar, *Sosyal Hizmet Dergisi*, Sayı 8, 24.
- Bayramoğlu, S. (2009). Aile içi Şiddet Konusunda Yasal Koruma ve Düzenlemeler. Çocuk ve Şiddet Çalıştayı, İstanbul: İstanbul Tabip Odası Çocuk Hakları Komisyonu.
- Baysal, S. U. (2007). İhmal, istismar ve çocuk. İçinde D.Ü. Tüzün, (Eds.), *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım* (1. Basım). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.

- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 67-79.
- Biçer, Ü., Çolak B. & Gündoğmuş Ü.N. (1999). Bir çocuk istismarı olgusu, *Çocuk Forumu*, 2(1), 18-22.
- Boals, A., Riggs, S.A. & Kraha, A. (2013). Coping with stressful or traumatic events: What aspects of trauma reactions are associated with health outcomes? *Stress and Health*, 29(2), 156-163.
- Bradburn, N. (1969). *The Structure Of Psychological Well Being*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Bryer J.B., Nelson B.A., Miller J.B. & Krol P.A. (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Burns, E.E., Jackson, J.L. & Harding, H.G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 801-819.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 267-283.
- Ceylan, A., Tuncer, O., Melek, M., Akgün, C., Gülmehmet, F. & Erden, Ö. (2009). Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismar. *Van Tıp Dergisi*, 16(4), 131-134.
- Child Welfare Information Gateway. (2013). *What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

- Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children-past, present and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 402-422.
- Clement, M.E., Berube, A. & Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 138, 86-92.
- Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D., & Temple, J. R. (2017). The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 63, 151-161.
- Cohn, J., Weltman, G., Ratwani, R., Chartrand, D. & McCraty, R. (2010). Stress inoculation through cognitive and biofeedback training. *Interservice/Industry Training, Simulation and Education Conference*, pp:12093.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, 211–229.
- Çelik H. & Kocabıyık Onat O. (2014). Genç yetişkinlerin saldırganlık ifade biçimlerinin cinsiyet ve bilişsel duygu düzenleme tarzları bağlamında incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1), 139-155.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Buletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Dodge, G.A. & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (pp. 3-14). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dokgöz, H. (2009). Çocukta cinsel istismar olgularına yaklaşımda adli tıp uygulamaları: Eksiklikler, yetersizlikler, uygulama sorunları ve Mersin

uygulamaları. Çocuk ve Şiddet Çalıştayı, İstanbul: İstanbul Tabip Odası Çocuk Hakları Komisyonu.

Ehring, T. & Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorders. *European Journal Of Psychotraumatology*, 5, 1-8.

Eisenberg, N. & Fabes, R.A. (1992). *Emotion and its regulation in early development: New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Eldoğan, D. (2012). Üniversite öğrencilerindeki erken dönem uyumsuz şemalar ve sosyal fobi belirtileri ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünün incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Erickson, M. F. & Egeland, B. (2002). Child Neglect. *The APSAC Handbook On Child Treatment* (2. Basım). California: Sage Publication.

Ermiş, E. (2013). *Kadın Sığınma Evinde Kalan ve Kalmayan Kadınlarda Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi ve Psikosomatik Belirtiler: Bursa İli Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Arel Üniversitesi.

Erten, E., Kalkay Uney, A.F. & Fıstıkcı, N. (2015). Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 157-165.

Evans, C. B. & Burton, D. L. (2013). Fi, Types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor. *Journal of Child Adolescent Trauma*, 6(4), 231-245.

Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 208-227.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.

- Finkelhor, D. (1999). The science. *Child Abuse and Neglect*, 23, 969–974.
- Foa, E.B., & Cahill, S.P. (2001, 2018). Psychological therapies: emotional processing. *International encyclopedia of social and behavioral sciences*. 01.03.2019, <https://philpapers.org/rec/FOAPTE>.
- Freud, A. (2013). *Çocuklukta Normallik ve Patoloji* (2. Baskı). (A.N. Babaoğlu, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları. (Özgün kitabın basım tarihi, 1965)
- Garfenski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Rood, Y., Roos, C. & Kraaij, V. (2017). Relationships between traumatic life events, cognitive emotion regulation strategies, and somatic complaints. *J Clin Psychol Med Settings*, 24, 144-151.
- Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence*. London: Bloomsbury Publishing.
- Göğayaz, S. (2001). *Ergenlerde Öğretmenlerine Yönelik Duygusal İstismar Algısının İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assesment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Pscychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J.J. & Thompson, R.A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J.J. Gross (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review Of General Psychology*, 2, 271-299.

- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Society for Psychophysiological Research*, 39, 281-291.
- Gross, J.J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. J.J. Gross (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, S. & 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.
- Güner, Ş.İ., Güner, S. & Şahan, M.H. (2010). Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem: İstismar. *Van Tıp Dergisi*, 17 (3), 108-113.
- Gyurak, A., Gross, J.J. & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual process framework. *Cognition and Emotion. Psychology Press*, 253, 400-412.
- Hancı, H., Özdemir, Ç. (2001). Çocuk cinsel istismarı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.
- Herman, J. (2015). Travma ve İyileşme, Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (3. Basım). (T.Tosun, Çev.). İstanbul: Literatür yayınevi. (özgün kitabın basım tarihi, tarih)
- Hildyard, K.L. & Wolfe, D.A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 679-95.
- Huh, H.J., Kim, K.H., Lee, H.K. & Chae, J.H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal Of Affective Disorders*, 213, 44-50.
- Huh, H.J., Kim, K.H., Lee, H.K. & Chae, J.H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety

symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44-50.

Jones, E. & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 164-175.

Kabasakal, Z. & Erdem, Ş. (2015). Üniversite öğrencilerinde çocukluk dönemi istismar yaşantıları ve psikolojik iyi olma. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 14-23.

Kaplan S, Pelcovitz D. & Labruna V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1214–1222.

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

Karagöz, B. & Dağ, İ. (2015). Kendini yaralama davranışlarında çocukluk dönemi ihmali ve istismarı ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki: Alkol ve/ya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52, 8-14.

Karakaş, S. & Karakaş, H.M. (2000). Yönetici işlevlerin ayrıştırılmasında multidisipliner yaklaşım: Bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3, 215-227.

Kaya, E. (2010). *18-25 yaş arası işitme engelli sporcuların stres ve saldırganlık düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kayaberoğlu, İ. (2001). İhmal, açlık ve hipotermiye bağlı ölüm, *Çocuk Forumu*, 4, 29-34.

- Kaynar, G. & Er, N. (2015). Otobiyografik bellekte aşırı genelleme: Çocukluk örselenme yaşantılarının otobiyografik bellek açısından incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(76), 1-14.
- Klonsky, D. & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non suicidal self-injury: Meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 166-170.
- Koole, S.L. (2010). The psychology of emotion regulation: An integrative review. In *Cognition and Emotion*. Psychology Press. (23)1, 138-177.
- Kuyumcu, B. & Güven, M. (2012). Türk ve İngiliz üniversite öğrencilerinin duygularını fark etmeleri ve ifade etmeleri ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(3), 589-607.
- Legano, L., McHugh, M.T. & Palusci, V.J. (2009). Child abuse and neglect. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 31,26.
- Mathews, C.A., Kaur, N. & Stein, M.B. (2008). Childhood trauma and obsessive compulsive symptoms. *Depress Anxiety*, 25, 742-751.
- Mulryan, K., Cathers, P. & Fagin, A. (2000). Protecting the child, *Nursing*, 30, 39-43.
- Naszydłowska, K. & Kossak, D. (2016). Sexual abuse in childhood outcomes and psychological help. *Acta Neuropsychologica*, 14(2).
- Ochsner, K.N. & Gross, J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, 9(5), 242-249.
- Organization W.H. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*, Geneva: World Health Organization.
- Perry, B.D. & Szalavitz, M. (2018). Köpek gibi büyütülmüş çocuk (9. Baskı). (B.S. Haktanır, Çev.). İstanbul: Koridor Yayıncılık. (Özgün kitabın basım tarihi, 2017)

- Pınarbaşı Tuncer, R.D., Özkök, M.S., Katkıcı, U., Erel, Ö. & Dirlik, M. (2003). Aydın'da erkeklerde cinsel istismar. *Adli Tıp Bülteni*, 8 (2), 41-47.
- Polat, O. (1999). *Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı, Cumhuriyet ve Çocuk*. 2. Ulusal Çocuk Kültürü ve Kongresi, Ankara, Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı:1 Tanımlar* (2. Baskı). Ankara: Seçkin.
- Post, R.M., Altshuler, L.L., Leverich, G.S., Frye, M.A., Suppes, T., McElroy, S.L., Keck, P.E., Nolen, W.A., Kupka, R.W., Grunze, H. & Rowe, M. (2013). Role of childhood adversity in the development of medical co-morbidities associated with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 288-294.
- Rhodes, R. (1990). *A hole in the world: An American boyhood*. New York: Simon & Schuster.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- 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.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Salaçin, S., Alper, B. & Uçkan, H. (1991). Seksüel saldırılarda mağdurun muayenesinde karşılaşılan sorunlar. *Adli Tıp Dergisi*, 7, 133-139.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Sibert, J.R., Payne, E.H., Kemp, A.M., Barber, M., Rolfe, K., Morgan, R.J., Lyons R.A. & Butler, I. (2002). The incidence of severe physical child abuse in wales, *Child Abuse and Neglect*, 26(12), 1207.
- Siyez, D.M. (2003). *Duygusal İstismara Maruz Kalan ve Kalmayan Ergenlerin Benlik Alguları ile Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H.J. & Grabe, H.J. (2008). Childhood malteratment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 42(4), 335-341.
- Şahin, F. & Taşar, M.A. (2012). Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 47, 152.
- Şahin, F. (2001). Çocuk istismarı ve ihmaliinde hekimin rolü. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10 (7), 246-249.
- Şahin, F. (2009). Çocuğun fiziksel, cinsel ve duygusal istismarı. Çocuk ve Şiddet Çalıştayı, İstanbul: İstanbul Tabip Odası Çocuk Hakları Komisyonu.
- Taner, Y. & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihlali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Taner, Y. & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali, psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-85.
- Telef, B.B. (2013). Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3), 374-384.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.

Tıraşçı, Y. & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

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

Werner, K. & Gross, J.J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. New York, NY, US: Guilford Press.

Yavuzer, H. (1992). *Ana-baba ve çocuk* (12. Basım). İstanbul: Remzi.



EKLER

EK 1

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

- Yaşınız:
- Cinsiyet:
 Kız Erkek Diğer
- Eğitim durumunuz nedir?
 Ortaokul ve altı Lise Üniversite Yüksek Lisans
- Medeni durumunuz nedir?
 Bekâr Evli Dul
- Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?
İl/Büyükşehir Kasaba/İlçe Köy
- Aile gelir durumunuz :
 1000 TL ve altı 1001-3000 TL arası 3001 TL ve üstü
- Sizce gelir durumunuz nasıl?
 İyi Orta Kötü
- Herhangi bir fiziksel ve ya ruhsal rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır
Var ise nedir?.....
- Ailede herhangi bir fiziksel ve ya ruhsal rahatsızlığı olan var mı? Evet Hayır
Var ise nedir?.....

EK 2

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 3.Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
7. Sevildiğimi hissediyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11. Ailemdelikler bana o kadar Őiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. KayıŐ, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komŐu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel Şeyler yapmaya ya da cinsel Őeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

EK 3

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

OLAYLARLA NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ?	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Hemen Hemen Her Zaman
Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, olumsuz durumlarla karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.					
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Herşey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5

8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissederim.	1	2	3	4	5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Olayla ilgili olarak birşeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebinin anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5

30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK 4

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

- 1 Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum
- 2 Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir
- 3 Günlük aktivitelere bağlı ve ilgiliyim
- 4 Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum
- 5 Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim

- 6 Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum
- 7 Geleceğim hakkında iyimserim
- 8 İnsanlar bana saygı duyar

Ek 5

Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini **X** işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali				
2. Baygınlık, baş dönmesi				
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.				
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu				
5. Olayları hatırlamada güçlük				
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme				
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.				

8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi
11. İştahta bozukluklar
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme
16. Yalnızlık hissetme
17. Hüzünlü, kederli hissetme
18. Hiçbir şeye ilgi duymama
19. Ağlamaklı hissetme
20. Kolayca incinebilme, kırılma
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme
23. Mide bozukluğu, bulantı
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu
25. Uykuya dalmada güçlük
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme
27. Karar vermede güçlükler

28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma
30. Sıcak, soğuk basmaları
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma
32. Kafanızın bomboş kalması
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme
39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak
45. Dehşet ve panik nöbetleri
46. Sık sık tartışmaya girme

47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme.
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu
52. Suçluluk duyguları
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri