



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

GEÇ ERGENLİK DÖNEMİNDE DEPRESYON TANISI ALMIŞ  
BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, POZİTİF VE  
NEGATİF DÜŞÜNCE TEKRARI İNANIŞLARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

SELMAN UĞURLU

154102037

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. BİRİM SUNGU TALU

İSTANBUL, 2017

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**GEÇ ERGENLİK DÖNEMİNDE DEPRESYON TANISI ALMIŞ  
BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, POZİTİF VE  
NEGATİF DÜŞÜNCE TEKRARI İNANIŞLARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**SELMAN UĞURLU**

**154102037**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. BİRİM SUNGU TALU**

**İSTANBUL, 2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102037
Öğrenci Adı Soyadı	: Selman UĞURLU
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. R. İsmail Sunay Tulu
Tezin Başlığı	: Genç Erkeklik Düzeyinde Depresyon Tabanı olarak Birlikçilik Kavramı Çağ Travması Başlıf ve Negatif Düşünce Tekrarı İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 17/11/2017	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. R. İsmail Sunay Tulu	
Üye	Doç. Dr. Harun ULUCAZI	
Üye	Prof. Dr. Aslıhan Sarıoğlu	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Geç Ergenlik Döneminde Depresyon Tanısı Almış Bireylerin Çocukluk Çağı Travması, Pozitif Ve Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Açısından Değerlendirilmesi’ adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

İmza:.....

Adı SOYADI

Selman UĞURLU

## TEŞEKKÜR

Bugüne dek bana olan inançlarını ve desteklerini hayatımın her anında hissettiren başta annem ve babam olmak üzere tüm aileme,

Tüm yaşamım boyunca ilgilerini, sevgilerini ve desteklerini benden eksik etmeyen Bafralı ailesine,

Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Birim sorumlusu Psk. Görkem Altıntaş 'a,

Bu zorlu süreçte benden yardımlarını esirgemeyen değerli dostum, S. Melih Atik ve meslektaşım Lebriz Canpoyraz'a

Çalışmanın başından sonuna dek ilgili tüm süreçlerde; kıymetli tectübe ve desteklerini, sabırla benden esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu 'ya

En derin teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

# ÖZET

UĞURLU, Selman

Yüksek Lisans

İstanbul, 2017

## GEÇ ERGENLİK DÖNEMİNDE DEPRESYON TANISI ALMIŞ BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, POZİTİF VE NEGATİF DÜŞÜNCE TEKRARI İNANIŞLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma depresyon tanı kriterlerini taşıyan 18-24 yaş arasındaki bireylerde, çocukluk çağında yaşanan travmaların, tekrar eden düşünceler ile ilgili olumlu-olumsuz inanışlarının ve bu kavramların ilişkilerinin incelenmesi ve depresyon tanı kriterlerini karşılamayan katılımcılarla karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Çocukluk çağı travmaları, depresyon ve ruminasyon ilişkileri önemi araştırmalarca vurgulanmıştır. Araştırma İstanbul ilinde bulunan Üsküdar üniversitesinde öğrenim gören 18-24 yaş aralığında bulunan, 44 kişiden oluşan çalışma grubu ve 42 kişiden oluşan kontrol grubu olmak üzere 86 katılımcı ile sınırlıdır. Çalışma grubunu temsil eden öğrenciler Psikolojik danışmanlık birimine başvuran öğrencilerin arasından, DSM 5-TR 'ye göre Depresyon tanı kriterlerinin karşılanması koşulu ile çalışmaya dahil edilmiş olup, kontrol grubundaki katılımcılarda ilgili okula mensup öğrenci olmak dışında bir sınırlılık bulunmamaktadır. Araştırmada 5 adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Pozitif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği (PBRS), Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği (NBRS) 'dir. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact testi, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmış olup, anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ve beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ve beck depresyon ölçeği puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. Gruplara göre olguların pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olup, olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

*Anahtar kelimeler:* Çocukluk Çağı Travması, Geç Ergenlerde Depresyon, Düşünce Tekrarı İnanışları

## ABSTRACT

(UĞURLU, Selman, Master's Degree, İstanbul, 2017)

An investigation of relationship between late adolescence depression, the possitive and negative beliefs about rumination and childhood trauma.

The aim of this study is to examine the childhood trauma and positive/negative beliefs about rumination and to analyze the relation of these parameters among individuals with ages between 18 and 24 who are diagnosed with depressive disorder. A control group was recruited for comparison with the depressed individuals. Various studies emphasized the relations between childhood traumas, depression and rumination.

This study is restricted with 86 participants: including a clinic group of 44 individuals with ages between 18 and 24, and a control group of 42 individuals. The participants are students of the Üsküdar University in İstanbul. Students in the clinic group were students who visited psychological counselling department of the university for psychological support. The clinic group fulfilled the depressive disorder criteria according to DSM 5-TR. Students in the control group were students of the university who were randomly chosen.

Five different data collection tools have been used in the study: Demographic Data Survey, Beck Depression Inventory (BDI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs) and Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRs). SPSS 22.0 was used for statistical analysis of the data. In addition to definitive statistical methods (average, standard deviation, median, frequency, percentage, minimum, maximum), Student's t-test was used in comparing quantitative data and in the comparison of two groups of variables that demonstrate a normal distribution, and Mann Whitney U test was used in the comparison of two groups of variables that do not demonstrate a normal distribution in the evaluation of the scoring data. Pearson chi-square test, Fisher-Freeman-Halton Test, and Fisher's exact test were used in comparing qualitative data, and Spearman's Correlation Analysis was used in evaluating the relation between the variables, and statistical significance is regarded as  $p < 0.05$ . The results indicated that, significant statistical differences between total childhood trauma scale scores and Beck depression scale scores of clinic group were significantly higher than the control group. Total childhood trauma scale scores of the clinic group were significantly higher than beck depression scale scores. Negative Beliefs about Rumination scale scores showed significant statistical difference, while Positive Beliefs about Rumination scale scores showed no significant statistical difference. Negative Beliefs about Rumination scale scores of the clinic group were significantly higher than the control group scores.

Key words: childhood trauma, late adolescent depression, Negative/Positive Beliefs about Rumination.



**Tablolar Listesi****Sayfa****No**

<b>Tablo 1:</b> Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 2:</b> Tanımlayıcı Özelliklerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi.....	47
<b>Tablo 3:</b> Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	48
<b>Tablo 4:</b> Gruplara Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	49
<b>Tablo 5:</b> Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	52
<b>Tablo 6:</b> Gruplara Göre Pozitif ve Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	53
<b>Tablo 7:</b> Gruplara Göre M-İnkâr Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	55
<b>Tablo 8:</b> Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	57

## Şekiller Listesi

## Sayfa No

<b>Şekil 1:</b> Cinsiyet dağılımı.....	45
<b>Şekil 2:</b> Fiziksel hastalık görülme oranları dağılımı.....	45
<b>Şekil 3:</b> Yakınlarda psikiyatrik hastalık görülme oranları dağılımı.....	46
<b>Şekil 4:</b> Gruplara göre çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanlarının dağılımı.....	50
<b>Şekil 5:</b> Gruplara göre çocukluk çağı travma ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı.....	51
<b>Şekil 6:</b> Gruplara göre çocukluk çağı travma ölçeği puanlarının dağılımı.....	51
<b>Şekil 7:</b> Gruplara göre Beck depresyon ölçeği puanının dağılımı.....	52
<b>Şekil 8:</b> Gruplara göre pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanının dağılımı.....	53
<b>Şekil 9:</b> Gruplara göre negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanının dağılımı.....	54
<b>Şekil 10:</b> Gruplara göre negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı.....	55
<b>Şekil 11:</b> Gruplara göre M-İnkarı ölçeği puanının dağılımı.....	56
<b>Şekil 12:</b> Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ilişkisi.....	59

## **KISALTMALAR**

**APA:** American Psychological Association

**BDE:** Beck Depresyon Envanteri

**ÇÇTÖ:** Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği

**DSM 5:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**NBR5:** Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği

**PBR5:** Pozitif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği

**PMS:** Premenstrüel Sendrom

## İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

Tez Sinav Tutanağı .....	I
Yemin Metni.....	II
Teşekkür.....	III
Özet.....	IV
Abstract.....	VI
Tablolar Listesi.....	VII
Şekiller Listesi.....	VIII
Kisaltmalar.....	IX
İçindekiler.....	X
<b>BİRİNCİ BÖLÜM - GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1. 1. Araştırmanın Amacı.....	2
1. 2. Araştırmanın Önemi.....	2
1. 3. Araştırmanın Sayıtları.....	2
1. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
<b>İKİNCİ BÖLÜM - LİTERATÜR.....</b>	<b>4</b>
<b>2. 1. DEPRESYON.....</b>	<b>4</b>
2. 1. 1. Depresyonun Tarihçesi Ve Tanımı .....	4
2. 1. 2. DSM-5 'E Göre Major Depresyon Bozukluğu.....	5
2. 1. 3. Depresyonu Ortaya Çıkaran Faktörler Ve Yaygınlık.....	8
2. 1. 4. Depresyonda Bilişsel Model.....	13
2. 1. 5. DSM-5'E Göre Ergenlerde Depresyon.....	14
2. 1. 6. Ergenlik Döneminde Depresyon.....	15

2. 2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI KAVRAMI.....	17
2. 2. 1. Çocukluk Çağı Travması Tanımı Ve Tarihi.....	17
2. 2. 2. Cinsel İstismar Ve Etkileri.....	21
2. 2. 3. Fiziksel İstismar Ve Etkileri.....	26
2. 2. 4. Duygusal İstismar Ve Etkileri.....	30
2. 2. 5. İhmal Ve Etkileri.....	33
2. 3. RUMİNASYON.....	36
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM - YÖNTEM .....	40
3. 1. ARAŞTIRMA MODELİ .....	40
3. 2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	40
3. 2. 1. Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği.....	40
3. 2. 2. Beck Depresyon Ölçeği.....	41
3. 2. 3. Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği.....	42
3. 2. 4. Pozitif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği.....	42
3. 2. 5. Demografik Bilgi Formu.....	42
3. 3. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	43
4. BULGULAR .....	44
SONUÇ-TARTIŞMA .....	61
KAYNAKÇA .....	75
EKLER.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	96

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Çocukluk çağı ihmal ve istismarı insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte, 19. Yüzyıl itibariyle çocuğa karşı kötü muamele konusundaki farkındalık artmış ve konuya istinaden hukuki yaptırımlar ortaya çıkmıştır. Konuya ilişkin farkındalığın artmasına rağmen, sorun güncelliğini korumaktadır. Travmaya maruz kalan çocukların bazılarında, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete veya davranışsal sorunları gibi belirtiler gözlemlenirken, bazı çocuklar ise travmadan bu denli etkilenmemiş görünebilirler (Honor, 2010). Bu farklılıkların ortaya çıkışında ise, bireye özgü davranışlar ve bireysel farklılıkların rol oynadığı düşünülmektedir (Kaler ve Freman, 1994; Akt: Glaser, 2000). Bununla beraber, yaşanan stres etkeni olayın yoğunluğu, maruz kalan bireyin yaşı ve baş etme gücü ile aile ve çevre koşullarının durumu, bu olumsuz tecrübelerin travmatik bir sürece dönüşmesini ve tüm yaşamı olumsuz etkileyecek psikolojik sonuçların ortaya çıkması sonucunu doğurabilir (Friedman, 2000).

Yapılan bir çalışmaya göre, çocukluk çağı travmaları ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu kanıtlanmıştır ve bu ilişki depresyonun yinelenmesine katkı sağlayabilmektedir (Bülbül ve ark, 2013). Öte yandan, Ruminasyon kavramı ile ilgili farklı tanımlar yapılmış olsa da; nispeten kabul gören tanımı ile ruminasyon, depresif duyguduruma ilişkin bir tepki olarak ortaya çıkan düşünceler ve neden bu düşüncelere sahip olunduğu, bu düşüncelerin kişinin kendisi ile ilgili ne ifade edebileceği şeklinde depresif belirtiler ve bu durumun olası neden ve sonuçlarının üzerine odaklı tekrarlayıcı düşüncelerdir. Bir bakıma ruminasyonun, depresif duygu durumun ortaya çıkışının tetiklenmesinden önce yaşanan olaylara verilen tepkiler olarak da kabul edilebilir. Yapılan çalışmalar ruminasyonun, depresif duygu durumun devam etmesi ve ortaya çıkması ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve ark, 2014).

### **1. 1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; depresyon tanı kriterlerini taşıyan 18-24 yaş arasındaki bireylerde, çocukluk çağında yaşanan travmaların, tekrar eden düşünceler ile ilgili olumlu-olumsuz inanışlarının ve bu kavramların ilişkilerinin incelenmesi ve depresyon tanı kriterlerini karşılamayan katılımcılarla karşılaştırılmasıdır.

### **1. 2. Araştırmanın Önemi**

Çocukluk çağı travmaları, depresyon ve ruminasyon ilişkileri önemi araştırmalarca vurgulanmıştır. Çalışma, kavramlar arası ilişkilerin belirli bir örneklem üzerinde bir arada test edilmesi ve karşılaştırılması adına önem taşımaktadır.

Çalışma sonuçları ile elde edilcek veriler, yineleyen depresif belirtilerin gözleendiği veya depresyon tedavisine yanıtı kısıtlı olguların tedavisine ilişkin, bireylerin düşünce tekrarı inanışları ve çocukluk çağı travmaları açısından bütünüyle bir arada değerlendirilmesinin olası olumlu etkilerinin, tedavilerin niteliği ve etkinliğine sağlayabileceği katkılar açısından önem teşkil etmektedir.

### **1. 3. Araştırmanın Sayıtları**

Bu araştırmada çalışma ve kontrol grubu özelliklerini karşılayan katılımcıların ölçek maddelerini yanıtlarken samimi oldukları, gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları varsayılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin bu araştırmada kullanılabileceği ve ölçek yoluyla elde edilen verilerin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.

### **1. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma İstanbul ilinde bulunan Üsküdar üniversitesinde öğrenim gören 18-24 yaş aralığında bulunan, 44 kişiden oluşan çalışma grubu ve 42 kişiden oluşan kontrol grubu olmak üzere 86 katılımcı ile sınırlıdır.

Çalışma grubunu temsil eden öğrenciler Psikolojik danışmanlık birimine başvuran öğrencilerin arasından, DSM 5-TR 'ye göre Depresyon tanı kriterlerinin karşılanması koşulu ile çalışmaya dahil edilmiş olup, kontrol grubundaki katılımcılarda ilgili okula mensup öğrenci olmak ve mental retardasyon kapsamında ele alınabilecek herhangi bir gelişimsel özelliğe haiz olmamak dışında bir sınırlılık bulunmamaktadır.





## İKİNCİ BÖLÜM

### LİTERATÜR

#### 2.1.1. Depresyonun Tarihçesi Ve Tanımı

Depresyonun sınıflandırılması milattan önce 4. yüzyıla kadar dayanmaktadır. Hipokrat'ın melankoli (siyah safra) terimini ortaya koyması ve bu durumu fizyolojik olarak açıklaması zaman içinde değişmiş ve bu kavram günümüze farklı boyutlarda aktarılmıştır. 1854 yılına gelindiğinde ise Fransız psikiyatristler depresyonun döngülü olma ihtimalini “folie circulaire” kavramı ile ele almışlardır. Sonraki yıllarda ise, belirgin tetikleyicilerin varlığı veya yokluğuna göre oraya konan sınıflandırmalar DSM-III (1980) ile birlikte belirti kümelerinin varlığı üzerinden tanı koyma noktasına ulaşılmıştır. Tetikleyicilerin varlığının, tedavinin seyri ya da tedaviye yanıtların üzerinde değişim gösterememesi ile birlikte, belirli tanı ölçütlerinin karşılanması ile tetikleyicilerden bağımsız olarak depresyon tanısı konabilmektedir (Akışal, 2005)

Dünya Sağlık Örgütü depresyonu, dünya çapında 300 milyondan fazla kişinin etkilendiği bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Depresyon, günlük yaşamdaki zorluklara verilen tepkilerden ve normal ruh hali dalgalanmalarından farklı olmakla beraber; uzun süreli ve şiddetli olarak görülebilen, kişinin işlevselliğini negatif yönde etkileyen ciddi bir sağlık durumu haline gelebilir ve intiharla sonuçlanabilir. DSÖ'nün verilerine göre; 2005 ve 2015 yılları arasında depresyondaki artış %18'den fazla, ayrıca dünya çapında 300 milyondan fazla insanın depresyondan etkilendiği ve her yıl 800.000 kişinin intihar ederek, yaşamına son verdiği belirtiliyor.

APA 'ya göre depresyonun çekirdek özellikleri; ilginin veya alınan zevkin kaybı başta olmak üzere, enerji azlığı ve çökkün duygulanımdır.

Diğer sık görülen belirtiler ise, uyku düzeninde bozulma, suçluluk duyguları, özyıkım düşünceleri veya kendine zarar verme, özgüven azalması, karamsarlık ve konsantrasyon azlığı, libidoda düşüş ve iştahla ilgili değişimlerdir. Depresyondan etkilenen bireyin sosyal ve mesleki anlamda işlevi kısıtlanır ve bozulur. Depresif tablonun en az iki hafta sürmesi, depresyon tanısının koyulabilmesi için aranan bir tanı kriteridir. Semptomların tipi, sayı ve yoğunluğuna bağlı olmakla birlikte, depresyonun şiddeti değişkendir. DSM-IV-TR 'ye göre depresyonun şiddeti hafif, orta ve şiddetli olarak üç grupta incelenmiştir ve alt tipleri tanımlanmıştır. Major depresyon tanı kriterlerinin 2 yıl veya daha uzun süreli olarak karşılanması durumunda; kronik depresyon, depresif belirtilerin belirli bir mevsime dayalı olarak ortaya çıkması ve düzelmesi durumunda ise mevsimsel affektif bozukluk olarak tanımlanabilir. Doğumdan sonraki dönemi takiben 4 hafta içinde başlayan depresif ataklar ise, post partum depresyon olarak adlandırılabilir. Depresyona atağına eşlik eden varsanı ve sanrılar gibi psikotik özelliklerin olması ise psikotik özellikli depresyon olarak isimlendirilmesine neden olur. Katatonik depresyon ise; katalepsi, katatonik eksitasyon, stereotipler ve negativizm gibi katatonik özellikler varlığında ortaya çıkar ve tanımlanır. Tepkisel duygudurumun oluşu, aşırı uyuma ve yeme, insan arası ilişkilere bağlı reddedilme ile ilgili duyarlılık ise atipik depresyon olarak tanımlanabilir. Duygudurumun tepkisel olmaması, psikomotor retardasyon ve ajitasyon, sabah kötüleşen duygudurum ve sabah erken saatlerde uyanıp yeniden uyuyamama, suçluluk, kilo kaybı gibi belirtiler ekseninde seyreden alt ise melankolik depresyon olarak isimlendirilir (APA, 2000).

## **2. 1. 2. DSM-5'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

(1) ökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

(2) Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

(3) Kilo vermemeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.),

(4) Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşır uyuma

(5) Nerdeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

(6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

(7) Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğın depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık (parasal çöküntü), doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yetime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğın depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsel bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

Kadınlar için major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %10-25 iken, bu oran erkekler için %5-12 olarak tespit edilmiştir. Birinci basamakta %10 olan major depresyon insidansı, yatan hastalarda %15'tir. Depresyon yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir (Rihmer Z.A, 2005)

### **2.1.3. Depresyonu Ortaya Çıkaran Faktörler ve Yaygınlık**

DSÖ ve Dünya Bankası raporları gösteriyor ki, yetiyitimine sebep olan ve toplumda yaygın rastlanan bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanan depresyonun yaygınlığının artışının depresyonu, kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olma noktasına taşıyacağı öngörülmektedir (Üstün ve ark. 2004). Bu bulgular depresyonun yaygınlaşma ve kalıcı sonuçlar doğurması üzerine etkin olabilecek nedenleri anlamının önemini ortaya koymaktadır. Pek çok araştırma göstermiştir ki; kadının karşılaştığı olumsuzluklar, olumsuz yaşam olayları, işsizlik, eğitim ve ekonomik düzeyin düşüklüğü sık sık depresyonla birlikte işlenen, ilişkilendirilen konular olmuştur (Ünal ve Özcan, 2000). Bununla birlikte yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, ilişki kaynaklı problemler, cinsiyet rolleri üzerine çatışmalar bireyin psikoseksüel gelişimsel süreçleri kadar toplumsal süreçlerle etkileşen değişkenlerdir (Ünal ve Özcan 2000). Bireyin stresle başa çıkma yetisinden, toplumsal ağ geliştirme becerisine, sahip olduğu sosyal destek düzeyi ve kişilik özelliklerine uzanan pek çok değişken de toplumsal süreçlerin birey üzerindeki olası etkileriyle ilişkilidir (Kaya ve ark. 2007).

Depresyon ve stresli yaşanan olayları arasındaki ilişkinin önemi pek çok farklı çalışma tarafından vurgulanmıştır (Williams ve Neighbors, 2007). Bireyin fiziki bütünlüğünü tehdit altına alan tecrübeler ve süreğen nitelikte seyreden olumsuz yaşam olayları, gündelik stress etkenleri ile depresyonun ortaya çıkışı kolaylaşmaktadır. (Goodwin ve ark. 2007, Dubovsky ve ark. 2004). Fiziki ve cinsel şiddete maruz kalınması, istemli ya da istemsiz olarak kişinin maruz bıraktığı örseleyici deneyimler, çocukluk döneminde varlığından söz edilebilecek travmatik yaşantılar ve yakınların kaybı depresyonun oluşumuna yol açabilecek diğer önemli etkenlerdir (Aker, 2006). Bilindiği üzere zorlu yaşam hadiseleri ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynaymaktadır (Ünal ve Özcan, 2000). Depresyonun başlamasından önce rastlanıldığı bildirilen yaşam olaylarının sıklığı çalışmalarla tespit edilmesine rağmen, yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona sebep olmadığı ancak etkileşimde olunan diğer etkenlerin varlığıyla birlikte depresyonun gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Buna rağmen, yaşam olaylarının birey üzerindeki etkilerinin öznelliği ve olası etkinin, bireyin yaşam olaylarına yüklediği anlam, aldığı toplumsal destek, ve başa çıkma yetisi ile yakın ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Ünal ve Özcan, 2000).

Yaşamsal tehdit oluşturan hastalıklara yakalanmak çoğu kişide depresyona neden olabilmektedir; Major depresyon vakalarının yaygınlığı bedensel hastalıklardan müzdarip yatan hastalarda %5-10, ayaktan takibi yapılan hastalarda %9-16 ve kanserli hastalarda ise %1,5-50 oranında görülmektedir (Katon 1987, Katon ve Schulberg 1992, McDaniel ve ark. 1995, Silverstone ve ark. 1996; Akt: Sertöz ve Mete,2004). Rouchell ve arkadaşlarına (2002) göre, kronik ağrı ile seyreden hastalıkları olan hastaların %43.2'sinde major depresyon görülmekte iken bu hastaların %40,5'inin alkol kötüye kullanımı geliştirdiği belirtilmiştir. Bununla beraber, nörolojik hastalıklardan ve inme (strok) gibi vakalardan sonra da depresyonun çok sık gözleendiği rapor edilmiştir. Bu grup hastalarda inme sonrası depresyon sıklığının %30-50 olduğu gözlenmiştir. Buna rağmen, depresyon bu tip hastalıklara karşı doğal bir tepki olarak nitelendirilmiş ve depresyon tanısı almayan pek çok hasta olmuştur.

Oysa, bir çok çalışma inme sonrası depresyonun tedavisi ile morbidite ve mortalite oranlarının azaldığını göstermiştir (Akt; Sertöz ve Mete, 2004)

Yücel ve arkadaşlarının farklı alanlarda eğitim alan adolesanlar üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre, PMS yaygınlığı %62,5 olarak saptanmış ve PMS'nin depresyon riskini artırdığı belirlenmiştir bununla birlikte farklı bölümlere mensup adolesanların depresyon ve PMS puan ortalamaları açısından anlamlı bir farka rastlanılmamıştır. Adet öncesi yakınmaları olan adolesanların deprsyon olasılığı açısından değerlendirmeleri gerekliliği vurgulanmıştır (2009). Bir başka çalışma ise; Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisini incelemiştir. Buna göre, dissosiyatif belirtilerle bazı çocukluk çağı travmaları, depresyon ve anksiyete arasında ilişki saptanması da önemli görünmektedir (Evren ve Ögel, 2003).

Ruhsal çocukluk çağı travmaları, fonksiyonel olmayan tutumların ortaya çıkmasında ve bireyin depresyona yatkın hale gelmesinde etkin role sahip olabilir. Erken dönemde yaşanan travmatik yaşantıların bireyin depresyon eşiğinin düşmesinde büyük bir role sahip olduğu ve bu yaşantıların çözümlenmemiş olmasının depresyonun komplike hale gelmesine ve iyileşmenin gecikmesine neden olabileceği belirtilmiştir (Türkoğlu, 2013).

Santral sinir sisteminde nöronal sinapslardaki serotonin veya noradrenalin eksikliği sebebiyle depresyonun ortaya çıktığını ileri süren monoamin hipotezi, son yıllarda depresyon etiyojisini tek başına açıklamaktaki yetersizliği bakımından sorgulanmaktadır (Işık, 2003; Akt: Gürpınar, 2007). Bununla birlikte, beynin nöroplastisite kapasitesi açısından yetersizliğinin, depresyon oluşumu üzerine ilişkisine dair görüşler önem kazanmaktadır. Nöroplastisite, santral sinir sisteminin yaşamdaki değişimlere uyum gösterebilme yeteneğini temsil etmektedir. Beynin unutmaya, öğrenmeye ve hatırlamaya dair yeteneklerine işaret eder.

İnsan beyindeki nöronlar ve oluşturulan sinapsların dış dünyadan ve vücuttan gelen uyarılara bağlı olarak, gösterdikleri yapısal ve işlevsel değişiklikleri kapsamaktadır. Sonuç itibariyle santral sinir sistemine has yaşam boyu süren işlevsel bir yeteneği olarak nöroplastisitenin yetersiz kapasitesi depresyonun ortaya çıkışı ile yakından ilişkilidir (Gürpınar ve ark, 2007)

Multifaktoriyel etkenlerin etioloji açısından önemi oldukça büyüktür. Bununla birlikte, somut olarak elde edilen genetik, nörokimyasal ve nörofizyolojik etkenler biyolojik yatkınlığı belirlemede kullanılmış ve araştırmaların bu yönde devam etmesini sağlamıştır. Ayrıca, depresyon etiolojisi ile ilgili üretilen hipotez ve teoriler, özellikle nörotransmitterlerin etkileri ve etiolojideki rolleri, nöroendokrin ve nöroimmunolojik etkenler son araştırmaların yoğunlaştığı konular olmuştur (Albayrak ve Ceylan, 2004). Biyolojik yatkınlığı olan kişilerde birçok farklı etken depresyona neden olabilmektedir. Stresdiater model, daha çok şizofreni için tanımlanmakla birlikte, depresyon gibi diğer ruhsal hastalıklarda da bu modelin geçerli olduğu kesinleşmiştir. Buna göre, bireyin biyolojik yatkınlığı başta genetik faktörler olmak üzere bir takım nörofizyolojik ve nörokimyasal etkenler tarafından belirlenir ve psikolojik stres ve travma, madde kullanımı gibi bazı epigenetik faktörlerden etkilenirler. Bununla beraber beynin, çevresel veya biyolojik bir takım yeni koşullara maruz kalmasıyla birlikte gösterdiği adaptif değişiklikler üzerinden; depresyonda da nöroplastisite kavramı üzerinde durulmakta ve açıklanmaya çalışılmaktadır (Duman, 2000; Akt: Albayrak ve Ceylan, 2004). Çalışmalar depresyon etiolojisine yönelik yeni maddeler üzerine de yoğunlaşmıştır. Buna göre, major depresyonda nitrik oksit düzeyinin artması, selenyum ve çinko ile depresyon arasında ilişki, selenyum eksikliğinin depresyona neden olma ihtimali ve tedaviye eklenmesinin duygudurumun düzelmesine yönelik katkı sağladığı da çalışmalarca gösterilmiştir (Suzuki ve ark, 2001; Akt: Albayrak ve Ceylan, 2004). Depresyondan etkilenen bireylerin vitamin B 12 ve folik asit düzeylerinin, popülasyonun kalanına göre düşük olması, düşük folat düzeylerinin tedaviye dirençle ilişkisinin bulunduğu ve depresyonun Leptin simli adiposit hormonu ile ilişkisi elde edilen diğer bulgulardır (Albayrak ve Ceylan, 2004).



Yalvaç'a (2012) göre depresyonun ortaya çıkışında tek bir etkenin sorumluluğundan ziyade, genetik yapı, çevre ile ilişkili olumsuz etkileşim ve bu olayların zamanlamasının önemi büyüktür. Depresyon gelişimine dair rolü olan pek çok risk ve koruyucu etken mevcuttur.

Kalıtsallık, bağımlılık ve obsesif özelliklerin yanısıra, bir takım kişilik özelliklerinin bulunması, güvenli olmayan bağlanma şekilleri, stres, süregiden psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar, toplumsal desteğin az olması depresyonun ortaya çıkması ve sürmesi ile ilişkilidir. Bununla beraber; toplumsal destek oluşturacak bir ağın bulunması, yüksek engellenme eşiği, benlik saygısının yüksekliği, sorun çözmeye ilişkin başa çıkma teknikleri ve kişinin zeki olması koruyucu etkenler olarak stresli yaşam olaylarının potansiyel yıkıcı etkilerine dair koruyucu ya da engelleyici bir tablo oluşturabilir (Ünal, 2000; Akt: Yalvaç, 2012).

Dünya Sağlık İstatistiklerine (2007) göre depresyon, önemli oranda maluliyete neden olması ve nispeten yüksek yaşam boyu yaygınlığına istinaden dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. 2002'de, dünya genelinde total hastalık bazında maluliyetle ilgili yaşam yılları açısından, hastalık yükünün %4,5'i depresyon kaynaklıdır. Ölümcül bazda olmayan sağlık sonuçlarına endeksle, dünya çapında maluliyetle yaşanan yılların yaklaşık %12'si depresyonla ilişkilidir.

Bu sonuçlar, depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili çalışmaların yapılmasına dair önemin büyüklüğünü göstermekte ve riskli grupları tespit etmeyi, önleyici stratejilerin geliştirilmesini bir gereksinim haline getirmiştir. Nüfus hareketleri ve toplumsal değişimler epidemiyolojik araştırmaları etkilemektedir. Bu sebepten, araştırmaların belirli aralıklarla tekrarlanması risk faktörlerindeki değişimlerin tahlili açısından önemlidir (Yalvaç, 2012).

#### 2. 1. 4. Depresyonda Bilişsel Model

Sungur (2007), kognitif modelin depresyonu ele alış şeklinde; çocukluk çağına dair deneyimlenen yaşam olayları öğrenme aracılığıyla bir takım temel düşünce, varsayım ve inanç mekanizmalarının oluşmasına etki eder. Bu tip yapılar ise varsayımsal bağlamda bireyin şemalarını meydana getirir.

Bu şemalar ise yaşamın ileri dönemlerinde kişilerin kendilerini ve yaşadıkları dünyaya dair algılarını ve tutumlarını şekillendirmede ve değerlemede kullanılır. Bireylerin deneyimledikleri hayat olaylarından çıkardıkları anlam ve bu bağlamda geleceğe ilişkin çıkarımlarda bulunmaları doğal, yararlı ve gerekli olarak nitelendirilebilir. Fakat, yaşamın erken dönemlerindeki deneyimlerin nezdinde ortaya çıkan şemaların katı, değişime direnç gösterebilen ve yaşanan deneyimlere nazaran ağır özellikler taşıyor olabilmeleri, şemaların yararlı olmasından ziyade uyumluluktan, üretkenlikten ve işlevsellikten uzak olmalarına neden olabilir (Sungur, 2007). Bu durumda, varsayımlara uygun biçimde tecrübe edilen ve bu varsayımları destekleyici yaşam olayları aktif olmayan şemaların aktive olmasına neden olabilir. Bu tip şemaların aktivasyonu ise olumsuz otomatik düşüncelerin oluşmasını tetikleyebilir. Depresyona bilişsel yaklaşımlara göre; klinik belirtilerin ortaya çıkması, negatif otomatik düşünceler kaynaklıdır. Bu tip düşüncelerin negatif olarak ele alınmalarının nedeni ise rahatsızlık veren, üzüntü, suçluluk ve kaygı içeren negatif duyguları ortaya çıkarmalarından ötürüdür. Bu düşüncelerin otomatik olduklarına dair değerlendirme ise; herhangi amaca dayalı olmaksızın ve bir düşünce zinciri kaynaklı olmadan, bireyin zihninde ani şekilde belirebilen düşünceler olmalarından ötürüdür (Sungur, 2007).

Depresyon ilerledikçe düşünceler yoğunlaşır ve bu durumla birlikte amaca yönelik akılcı düşüncelerin etkinliklerinin azalması mevcut depresif durumu kuvvetli hale getirir. Bu şekilde ortaya çıkan kısır döngü ise kişinin, şemalar ve olumsuz düşüncelerle daha kuvvetli bir ilişkisinin oluşmasını sağlar. Depresyonun artması bireyin bilincinde olmadığı şemaların içeriğindeki varsayımları destekleyici yaşantıların ardından gelişim gösterir.

Buna göre, mevcut olan varsayımlara ilişkin yaşanan ve bu varsayımları destekleyen yaşam olayları şemaların aktivasyonunu sağlar. Beck (1997)'e ise bu şemaların işlevsellikten uzak olduklarını fakat tek başlarına depresyonun ortaya çıkması için bu şemaların yeterli olamayacağını belirtmektedir (Akt: Sungur, 2007).

### **2. 1. 5. DSM-5'e Göre Ergenlerde Depresyon**

DSM-5 tanı kriterleri çerçevesinde ergenlik dönemindeki depresyonunun aşağıdaki belirtilerin iki haftalık dönem içerisinde depresif ve huzursuz duygu durum ile ilginin azalması belirtilerine ek olarak aşağıdaki belirtilerin 5 ya da daha fazlası söz konusu ise tanısı konulabilmektedir:

- Önemli ölçüde kilo kaybı veya iştahın azalması (1 ay içerisinde toplam kilonun % 5'i kadar kilo kaybı görülmesi)
- Uyuyamama veya aşırı uyuma
- Psikomotor ajitasyon veya gerileme
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Değersizlik veya suçluluk hissi
- Konsantrasyonun azalması ve kararsızlık
- Ölüm ve intihara ilişkin tekrar eden düşünceler

Yukarıdaki belirtilere ek olarak çocuk ve ergenlerde aşağıda belirtilen belirtilerin bazıları görülebilmektedir:

- Sürekli mutsuzluk hali ve huzursuz duygu durum
- Süregelen ve belirgin olmayan, belirsiz fiziksel şikayetler
- Sıklıkla okulda devamsızlık ve akademik başarıda düşüş
- Sıkılma

- Alkol ve madde kullanımı
- Artan huzursuz, öfkeli ve düşmanca tutum
- Dikkatsiz davranışlar

Belirtilerin işlevselliğe etkisi olabilecek ölçüde belirgin olması tanı konulması açısından önem arz etmektedir (DSM 5, 2013).

### **2. 1. 6. Ergenlik Döneminde Depresyon**

Ergenlik çağı depresyonuna ilişkin olarak araştırmaların ortaya koyduğu iki önemli nokta; ergenlik çağında depresyonun ortaya çıkış riski ve ilk epizodların beklenen yaşlardan erken görülmesidir. Gençlerde görülen özkıyımın artması toplum üzerinde bir uyarı anlamında etkileşim yaratmış ve durumu ortaya çıkaran faktörlerin araştırılmasının gerekliliği doğmuştur. Bu bağlamda ergenlik çağı depresyonunun anlaşılması ve önlenmesine yönelik çalışmalar ve madde/alkol kötüye kullanımı olan, uyumsuz aile ortamlarının etkisinde bulunan, davranış bakımından inhibe mizacı bulunan ve cinsel kötüye kullanım öyküsü bulunan gruplara yönelik önleyici çalışmaların önemi artmıştır (Tamar ve Özbaran, 2004).

Gençlik döneminde ortaya çıkan depresyona ilişkin çalışmalar ele alındığında, çağımızda ergenlik depresyonuna önceki kuşaklara kıyasla daha sık rastlanmaktadır (Eryüksel ve Akün, 2003). Ergenlik çağında depresyonun ortaya çıkmasına ilişkin; dış dünya odaklı kontrol algısı ve olumsuz yaşantıların nedenlerini, ergenlerin kendi üzerlerine yüklemeleriyle ilgili olabileceği düşünülmektedir (Eskin, 2000).

Major depresyon tanısı alan ergen bireylerde sıklıkla; sinirlilik, dikkat eksikliği, eğitim hayatında başarısızlık gibi belirtilerin olduğu belirlenmiştir. Bunun yanısıra, depresif bozukluğun bulunduğu ergenlerde, öz kıyım ve intihar fikirlerinin veya girişimlerinin artışı ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Akdemir ve Çetin, 2008).

Ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyon, çocukluk çağı depresyonundan farklı olarak yetişkinlik çağında da devamlılık gösterebilen, erken başlangıcında kalıtımın etkisinin yüksek olduğu düşünülen ve gelişimi tüm yönleriyle olumsuz olarak etkileyen bir durumdur. Bundan ötürü, ergenlerde görülen duygudurum bozukluklarına ilişkin ortaya çıkma sıklığı, görülen etkiler ve yapılan tedaviler benzerlikler içerebilmektedir (Şenol, 2005).

Ergenlik çağı depresyonuna ilişkin sebepler ele alındığında ise; patolojinin ailedeki varlığı, ebeveynlerden birisinin kaybı, parçalanmış aileye mensup olma, madde kötüye kullanımı, boşanmanın yarattığı stres, güvensizlik ve düşük benlik algısı, akranlar veya öğretmenlerle yaşanan problemler, daha önce depresyonun olması gibi etkenlerden bahsedilebilir (Toros, 2002). Bununla beraber, ergenlik çağına geç ya da erken girilmesinin de kızlar ve erkeklerde depresyon riskini arttırdığı belirtilmektedir. Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, aynı cinse duyulan ilgi ve yaşanabilecek erken cinsel tecrübelerin varlığı, fiziksel hastalıklar ve yoksulluk da depresyonun ortaya çıkmasında rolü olan faktörler arasındadır (Taşgın ve Çetin, 2006).

Risk faktörlerini ele alan araştırmalara göre ise; ergenlik çağı depresyonu bulunan bireylerin aileleri ile yaşadıkları bir takım çatışmaların kaynağında ortaya çıkan anlaşmazlıkların ve stresin ergenlik döneminde depresyon öyküsü bulunmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu ve bu durumun bir takım bilişsel çarpıtmaların ortaya çıkışında etkin olduğunu belirtmektedir (Eryüksel ve Akün, 2003).

Öte yandan, tüm psikolojik bozukluk ya da uyumsuzluk yaşayan ergenlerin aynı güçlüklerle karşı aynı tepkileri vermediği, bir takım koruyucu faktörlerin dayanıklılık seviyelerini arttırdığı belirlenmiştir (Batur, 1998). Koruyucu faktörlerin ise, yüksek depresyon riski altındaki ergenler ele alındığında bireysel değişkenlere bağlı olmak üzere; ailenin özellikleri, verilen bakımın kapsamı ve türüyle, bağlılıkla ilişkisi bulunduğu belirtilmiştir (Taşgın ve Çetin, 2006).

Ergenlik çağı depresyonu yaygınlık bakımından ele alındığında, çocuklarda %2 oranında, ergenlerde ise bu oranın %4-8 aralığında olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, çalışmalar ergenlik çağında depresyon görülen bireylerin yarısının erişkinlik dönemine ulaşmadan tanı aldığını ve major depresyonun takip eden beş yıl içerisinde yineleme ihtimalinin bulunduğunu belirtmektedir. Ergenlik çağının ilk bölümü olan 12-15 yaş arası püberte dönemde, erkek ergenlere kıyasla kızlarda depresyonun ortaya çıkma oranının 3 kat daha yüksek bulunduğu belirtilmektedir (Castro, 2013).

## **2. 2. Çocukluk Çağı Travması Kavramı**

### **2. 2. 1. Çocukluk Çağı Travması Tanımı ve Tarihi**

Ciddi stres yaşatan olaylar sonucunda ortaya çıkan ruhsal tepkilere dair kayıtlar çok eski dönemlerden bu yana karşımıza çıkmaktadır. Yaygın kabul bulmuş şekli ile travma, bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü veya yaşamdaki varlığını tehdit altına alan olaylar olarak tanımlanmaktadır (Pfefferbaum ve Allen, 1998; Akt: Yıldırım, 2010).

İçeri'ye göre travma; "Olayı başlatan sebepten ziyade stresör etkene verilen cevap ya da dışsal olayların içsel veya mental sonucudur" (Pfefferbaum ve Allen, 1998; Akt: Yıldırım, 2010).

Bireyin kontrol edemeyeceği kısa sürede uyarılara maruz kalmasına travma denir ve travmanın öncelikle, duyguların düzenlemesini olumsuz etkilemekle birlikte, örgütlenme ve algılama yetilerini, benlik işlevlerini, ruhsal dengeyi olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Odağ, 2001).

Travmatik olayların olağan dışı yönü ise, seyrek görülmesinden ziyade, diğer yaşam olaylarında kullanılan baş etme stratejilerini kullanım dışı bırakacak kadar kuvvetli olmalarıdır (Şar, 1997).

Çocukluk çağı dönemi travma ile baş etme gücünün pek bulunmamasından ötürü, travmatik bir yaşam olayı ile karşı karşıya kalmanın en güç olacağı dönemdir (Şar, 1997). Çocukluk çağındaki örselenmeler, nesne imgeleri ve kendilik algıları üzerinde olumsuz etkiler bırakırken, gelecek yaşamda karşılaşılabilecek olası benzer durumlara karşı sergilenecek tutum ve davranışların belirlenmesini de sağlayabilir (Yıldırım, 2010).

Çocuk istismarı ve ihmali, neredeyse insanlık tarihi kadar eski ve her toplumda görülebilen ancak gün yüzüne yeterince çıkartılmayan, sosyal ve tıbbi etkileşimleri olan bir problemdir (Bahar ve Ark, 2009).

Çocuk istismarı, her ne kadar insanoğlunun var olmaya başlamasından bu yana mevcut olsa da, bir problem olarak tanımlanması ve üzerinde çalışılmaya başlanması ne yazık ki, geçtiğimiz yüzyıla dayanmaktadır (Roche, 2005; Akt: Bilim, 2012).

İkinci dünya savaşının ortaya çıkmasıyla beraber, göçe zorlanmış, şiddete tanıklık etmiş, aile ve arkadaş çevresini kaybetmiş, yiyecek ve eğitim gibi temel haklarından mahrum kalmış çok sayıda çocuk ortaya çıkmıştır. Konu ile ilgili bilinen ilk psikolojik kayıt, savaşla birlikte ebeveynlerini yitiren ve toplama kamplarından kurtulmuş çocuklardaki ruhsal tepkilerin ele alınması üzerine yapılmıştır (Zorluoğlu ve ark. 2001).

Çocukların ihmal ve istismara karşı korunması gerekliliği konusunun ciddiyetle ele alınmaya başlanması 19. Yüzyıl sonlarına dayanmaktadır. Çocukların istismar ve negatif yaşam şartlarına karşı korunmasına yönelik hukuki düzenlemeler de böylelikle, Amerika ve İngiltere’de yapılmaya başlamıştır (Kozcu, 1989). Şüphesiz ki, her çocuğun sağlıklı ve şiddetten uzak bir yaşama dair hakkı saklıdır fakat buna rağmen, her sene milyonlarca çocuk cinsel ve fiziksel istismara maruz bırakılmakta veya tanık olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre, çocukluk çağında örselenme yaşantısına maruz kalan çocukların ruhsal ve fiziksel bağlamda, iyilik hallerine ve gelişimsel süreçlerine dair ciddi negatif etkilerin oluşması evrensel bir problemdir (2006).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF, 1986); çocuk istismarı ve ihmali, “Çocuğa yakın kişilerin yasaklanmış, veya önlenebilir bir hareketinden ya da hareketsizliğinden kaynaklanan zarar” olarak tanımlanmıştır.

Birleşmiş Milletler halklarınca benimsenen çocuk hakları sözleşmesine göre, zihinsel ve fiziksel olarak olgunluğa henüz ulaşmamış çocuklar özel olarak korunmaya ve bakıma ihtiyaç duyarlar. Bununla beraber, erken reşit olma durumu haricinde, her birey on sekiz yaşına kadar çocuk sayılmaktadır. Sözleşme gereğince, çocuğun ebeveynleri ve yasal velileri, bakımından sorumlu olan kişiler tarafından fiziksel, cinsel ve psikolojik gelişimine yönelik şiddet, incinme veya ihmal ve istismara maruz kalmalarının önüne geçilmesi adına devletin bütün yasal, yönetsel, toplumsal ve eğitime ilişkin önlemlerin alması gerekmektedir (1989).

Çocuk istismar ve ihmali dair fikir birliğinde bulunulmuş tek bir tanım olmamasına rağmen, tanımlamalar arasındaki fark küçük nüanslardan ibarettir (Ozer, 2014). Kültürel bazda ne tür yaklaşımların çocuk istismar ve ihmali olarak değerlendirilebileceği, çocuğa gösterilen değere, kültürel değer ve inançlara, disiplin etme şekillerinden cezalara ve çocuklara dair hangi davranışların kabul edilebilir veya edilemez olarak tanımlandığına bağlı olarak değişim gösterebilir (Zeytinoğlu, 1991). Bununla birlikte Kars’a göre, istismar ve ihmali oluşma koşullarına dair algı zamana ve kültürel değişimlere bağlı olarak değişimler göstermiştir. Bu bağlamda, geçmişte kültürel bakımdan desteklenmiş ve disiplin tesisine dair normal bir ebeveyn tavrı olarak tanımlanabilecek bir tutum, günümüzde istismar ya da ihmal olarak tanımlanabilir (1996).



Uluslararası Çocuk İstismar ve İhtimalini Önleme Topluluğu, 58 farklı ülkede düzenlenmiş olan çocuk istismarı tanımlarını gözden geçirerek, hangi davranışların istismar kabul edildiğine dair bazı ortak noktalar tespit etmiştir. 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün çocuk istismarını önleme konulu toplantısında tanımlandığı üzere, çocuğa karşı kötü muamele, çocuğun sağlığını, hayatta kalımını, gelişimini, itibarını (sorumluluk, güven, güç) olumsuz etkileyen veya olumsuz etkileme potansiyeli bulunan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranışlar, ticari ya da başka tür sömürüyü içeren tutumlar çocuk istismarı olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1999).

Helfer (1987), aile bireyleri arasındaki iletişim yoksunluğunun veya iletişimin tarzının, çocukların fiziksel ve ruhsal gelişiminde tahribat yaratabileceğini ve bu tahribatın çocuk istismarı olduğunu belirtirken, Avery ve First 'e göre (1989), çocukların maruz bırakıldığı her türlü negatif yaklaşım çocuk istismarıdır. Ludwig ise (1981), istismara dair kısa tanımların yetersiz olduğunu altını çizerek, istismar olgusunun birey, aile, toplum bazında ele alınması gereken sosyal bir fenomen olarak tanımlamıştır (Akt: Bilim, 2012).

Parker ve Collmer (1975) çocuk istismarının tanımını üç aşamada yapmıştır. Bu yaklaşıma göre birinci aşamada, istismar neden olduğu sonuçlar bazında tanımlanmıştır ancak bu yaklaşım fiziksel istismar için yeterli gözükse de, etkileri gözle görünmeyen ve uzun vadede etkileri oraya çıkan diğer türden istismarlar için açıklayıcı olmaktan uzak bir yöntemdir. İkinci bakış açısı istismarın tanımını, istismarcının niyetinin tanımlamaya dahil edilmesi gerektiğini belirtir.

Ancak niyet gözlemlenip değerlendirilmekten uzak bir olgu olduğu için, çok faydalı bulunmamaktadır. Bununla beraber istismar edilenin gördüğü zarar, istismarcının niyetinden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır ve korelasyon bazında bir değişim gözlenmez. Son kıstas ise, istismarın uygulandığı kültürden bağımsız olarak ele alınamayacağı ve kültürel bazda incelenmesi gerektiğidir (Akt: Bilim, 2012).

Taner ve Gökler (2004) 'e göre ise, anne-baba, bakıcı gibi bir yetişkinler tarafından çocuğu hedef alan, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce, çocuğun gelişimini engelleyici, hasar verici veya uygunsuz olarak nitelendirilen, kısıtlayıcı eylem ve eylemsizliklerin, hasar verici unsurların tümüdür ve bu tutum neticesinde çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal bazda zarar görmesi, güvenliklerinin ihlali olasıdır.

Çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili farklı tanımların bulunmasına rağmen, etkilerinin oluşturduğu zarara dair vurgu tüm tanımlamalarda ortaktır. Bu tür olumsuz yaşam olayları sonucunda çocuk duygusal, fiziksel, cinsel ve sosyal açıdan zarar görür (Gökler 2006; Yılmaz 2009).

Çocukluk çağı ihmal ve istismarı, erişkinlik dönemine değin karmaşık semptomatolojili bozukluklara yol açması nedeniyle, büyük bir anlam ve öneme sahiptir (Sadock ve ark. 2004; Akt: Yıldırım, 2010).

Kara ve arkadaşlarına (2004) göre, çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak dört kategoriye ayrılmaktadır. 2008 yılında Irmak tarafından yapılan bir çalışmaya göre ise; çocukların yaşamları boyu en az bir kez olmak kaydıyla en sık, duygusal istismara (%60), aile içi şiddete tanık olma (%55), fiziksel istismara (%48), ihmale (%17) ve de (%8) oranla cinsel istismara maruz kaldıklarını ortaya koymuştur. Erkek çocukların daha çok fiziksel, psikolojik istismar ve ihmale maruz kaldıkları gözlemlenirken, kız çocuklarının ise daha sık bir şekilde cinsel istismara maruz kaldıkları düşünülmektedir (Sinani, 2012).

### **2. 2. 2. Cinsel İstismar ve Etkileri**

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (NCCAN) 'nin tanımına göre, istismarda bulunan kimsenin ya da başka bir erişkinin cinsel uyarımını sağlama amacıyla, yetişkin ve çocuk arasında ilişki veya temas bulunması cinsel istismardır. Cinsel istismar istismarcının, istismar edilen üzerinde kontrol üstünlüğü, güç veya yaş farkının olması durumunda bir çocuk tarafından da gerçekleştirilebilir.

Psiko-sosyal ve cinsel anlamda henüz gelişimini tamamlamayan bir çocuk veya ergenlik dönemindeki kimsenin, erişkin bir birey tarafından zor kullanılarak, tehdit veya kandırma yöntemi ile cinsel uyarılma ya da doyum amacıyla kullanılması halinde ortaya çıkan durum çocukluk çağı cinsel istismardır (Aktepe, 2009; Kars, 1996; Polat, 2001).

Bununla birlikte istismar, kısa ve uzun dönemlerde psikolojik etkiler ortaya çıkaran, tüm sosyal sınıflar ve kültürler bazında görülmesi mümkün olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Bahali ve ark. 2010). Çocuğun genital organlarını cinsel uyarım amaçlı okşama, tecavüz, teşhircilik, çocuğu pornografi amaçlı kullanma istismar kapsamına dahildir. Çoğunlukla yaşanan cinsel istismar öykülerinin aile içi kaynaklı olması, çocuğun kan bağıının bulunduğu bireylerle ilişkili olması ihtimali dikkat çekicidir ve bu durumun tespiti oldukça zordur. Özellikle 3-5 yaş aralığındaki çocuklarda cinsel istismarin sıklıkla gözlemlendiği araştırmalarla belirlenmiştir (Aral 2001).

Finkelhor ve Brown 'a göre ise, 18 yaşına ulaşmamış bir çocuğun kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi tarafından, saklı bir şekilde zor kullanılarak yapılan her türlü cinsel faaliyet cinsel istismar olarak değerlendirilebilir (Akt: Topçu, 2009).

Bununla beraber, aynı gelişim dönem içerisinde bulunan çocukların karşılıklı genital organlarına bakma, elleme gibi hareketleri cinsel istismardan, zor kullanarak bir ilişkiye dönüşmediği takdirde ayrılmalıdır, bu bağlamda cinsel oyun ve istismar ayrımının yapılması gereklidir (Kara ve ark. 2004).

Çocukluk çağı itibariyle maruz kalınmış cinsel istismar kaynaklı travma, geniş ve etkili bir şekilde karmaşık duygu ve davranışların, sosyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olur. Pek çok nedenden ötürü bastırılmış, inkar edilmiş ve unutulması için gayret edilen çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları, yetişkinlik dönemi boyunca da bireyin, ruhsal, fiziksel ve sosyal gelişimini ve hayatını olumsuz yönde etkilemeyi sürdürür (Zara-Page 2004).

Çocukluk çağı cinsel istismarı, yapı bakımından ortaya çıkması en güç çocuk istismarı türü olarak ele alınabilir. Çocuğun, maruz kaldığı duruma dair bilgi vermemesi, durumun anlaşılabilmesni güç kılmaktadır. Buna rağmen cinsel istismar şüphesi; çocuğun bulunduğu gelişimsel döneme uygun olmayan cinsel tavırlar içerisinde bulunması, dış dünyaya karşı ilgi ve ilişkisi güçsüz, akademik performans düşüklüğü ve cinsel istismar öyküsü paylaşması gibi başka durumlarla ilişkilendirilemeyecek önemli davranış ve tutum değişiklikleri ile birlikte başlayabilir ve cinsel istismara dair özgün bulgular olan, genital kanama, cinsel yolla bulaşabilecek hastalıkların ortaya çıkması ve beklenmedik cinsel tavırların gözlenmesi olarak sıralanabilir (Kara ve ark, 2004). Ergenlik döneminde cinsel yolla bulaşan hastalık veya gebelik gibi durumlar, cinsel istismara dair özgün bulgular olarak şüphe uyandırabilecek olsa da, değişen yaşam koşullarının getirileri olabilecekleri de akla gelmelidir (Chen ve ark., 2010; Akt: Sinani, 2012).

Bununla beraber, cinsel istismarın sonucunda oluşabilecek utanç ve suçluluk benzeri duygular nedeniyle durum gizlenmekte, gerçeği yansıtan istatistiki verilerin ortaya çıkması güçleştirmektedir (İçeri, 2008).

Mevcut araştırmalar, cinsel istismarın en çok 3-5 yaş dönemi arasında görüldüğünü ve istismarcıların %90 çoğunlukla çocuk tarafından tanınan kişiler arasından ortaya çıktığını göstermiştir. Cinsel istismar sıklıkla karşılaşılan bir durum olmasına rağmen gizlenmesi nedeniyle, yalnızca vakaların %5-10'unun erişilebilir olduğu düşünülmektedir (Turhan ve ark, 2006). Ayrıca Öztürk (2007) 'e göre cinsel yolla istismar, aile mensubu bir kişi tarafından yapılır ise bu durum ensest, tanınmayan bir kişi tarafından gerçekleştirilir ise pedofili olarak tanımlanabilmektedir.

Cinsel istismar vakaları incelendiğinde bir takım sınıflandırmalar yapmak mümkündür. Bunlar temelde temas içeren ve içermeyen türler olarak ayrılabilir. Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik ve çocuk pornosu temas içermeyen türlere örnek olarak sayılabilir. Bununla beraber temas içeren türden cinsel istismarlar ise başlıca; cinsel dokunma, (oral, genital, anal) penetrasyon, çocuk fuhuşu ve cinsel amaçlı ticaret olarak nitelendirilebilir.

Cinsel istismar vakalarının ortaya çıkış öykülerinde failerin sıklıkla kullandıkları düşünülen bir takım motivasyonlar ise, çocuğa aşırı ilgi ve sevgi gösterme, kandırma ya da zorlama, şantaj, arkadaşlık, çocuğun zayıf yönlerinden veya bağımlı kişilik yapılanmalarından faydalanma olarak sıralanabilir (Gelles ve Conte, 1990; Akt: Özer, 2014).

Taner ve Gökler' e göre, cinsel istismar oldukça sık rastlanan ve genelde uzun yıllar süredir bir durumdur fakat buna rağmen, genellikle gizli kalmaktadır ve mevcut vakaların ancak %15'ine yakınının bildirildiği tahmin edilmekle beraber oranlar büyük farklılıklar içerebilmektedirler. (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39). Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir. Cinsel istismar her yaşta erkek ve kızda, ancak özellikle okul çağında ve ergenlik döneminde bulunan kızlarda daha sık görülebilmektedir (Bilir ve diğerleri 1991). Amerika'da 18 yaş ve altı çocuklar üzerinde cinsel istismar yaygınlığı 1.3/1000 olarak tespit edilirken, kız çocukların erkeklere göre daha fazla istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (Taner ve Gökler 2004), bir diğer çalışma ise çocukluk çağı istismar prevalansını ulusal bazda %10.14 olarak belirlemiştir (Perez ve ark. 2012). Ergenlik öncesi dönemdeki kız çocuklarının %25, erkek çocukların ise %15 oranla cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir. Bu oran ülkemizde %9-18 olarak tespit edilmiştir (Akt. Topbas, 2004).

Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kadınlarda öz-kıyım vakalarına rastlanmakla beraber; bu tutumun suçluluk ve utanç duyguları, olumsuz etkilenen kendilik algısı ve değersizlik hisleri, ihanete uğrama hissi gibi çocukluk çağındaki istismarlar sonucunda oluşabilecek yapılanmalar nezdinde ortaya çıktığı ve bu bağlamda kendilerine yönelik cezalandırıcı yaklaşımlarının ortaya çıktığı düşünülmektedir (Shapiro, 1987). Bununla beraber, çocukluk çağında cinsel istismar öyküsü bulunan yetişkin kadınların büyük çoğunluğunda, cinsel işlev bozuklukları ve cinsel karmaşa yaşadıkları, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ise depresyona maruz kaldıkları kanıtlanmıştır. Ayrıca anksiyete, çoklu kişilik bozukluğu ve cinsel işlev bozuklukları da cinsel istismara uğramış yetişkin kadın ve erkeklerde görülen olumsuz etkiler olarak belirlenmiştir (Beitchman ve ark. 1992).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda tekrarlayan, rahatsız edici düşünceler, olaya dair kabus, uykuya dalmada güçlük, öfke nöbetleri, konsantrasyonda güçlük, ergenlik dönemi öncesindeki çocuklarda ve ergenlerde olay anını tekrar yaşıyormuşçasına gelen hisler, olayla ilişkilendirilebilecek nesnelere dair yoğun kaygı, korku, olayla ilişkili yer, kişi, görüntü ve konuşmalara dair kaçınma, yineleyici oyunlar görülebilen bazı davranış kalıplarıdır. Bununla birlikte cinsel kimlik ve cinsel işlev bozuklukları ya da bunlara zıt olarak, yaşla bağımsız cinsel eylemlerde bulunma, cinsel içerikli oyunlar ve erişkin bireyleri cinsel yönde uyardırma yönelik tutum ve davranışlarda geliştirebilirler (Topbaş, 2004).

Cinsel istismar öyküsü bulunan çocukların yaklaşık olarak %50'sinde travma sonrası stress bozukluğu görülmekte iken bu duruma düşük benlik saygısı, etiketlenmiş olmaya dair kaygı, sigara-alkol ve madde kötüye kullanımı, depresyon ve intihar davranışlarının eşlik ettiği düşünülmektedir. Kişilik bozukluğuna rastlanılan kişilerde %70-80 oranında, çoğul kişilik bozukluğu tespit edilen kişilerde ise %85-95 oranında çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bulunduğu belirtilmekle birlikte, cinsel istismarda bulunan kişilerde ise %60-95 oranla cinsel istismar öyküsünün bulunduğu belirtilmiştir (Topbaş 2004).

Cinsel istismarın olası etkilerinden bir diğeri ise, kişiler arası ilişkilerin ve sosyal ilişkilerin sürdürülebilme becerisi bakımından etkilenmesidir, kişilerin ilişki kurmaktan kaçındığı ya da aşırı yakınlığa gereksinim duyup, çok fazla sayıda ve fazla beklentili, kontrol edici ilişki kurdukları, iki tip ilişkinin de sonuç olarak işlevsellikten uzak olduğu ve yalnızlıkla sonuçlandığı gözlenmektedir (Akt. Taner ve Gökler 2004).

2010 yılında 20 ülkede 55.299 katılımcı ile gerçekleştiren bir araştırma; çocukluk çağı istismarının intihar ile ilişkili düşünce, risk ve girişimleri arttırarak cinsel taciz öyküsünün intihar davranışı üzerinde yüksek etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir (Bruffaerts ve Ark, 2010).

Kendall-Tackett ve Marshall'a (1998) göre cinsel istismara maruz kalan kişilerde ergenlik döneminde gözlemlenebilecek etkiler; post-travmatik stress bozukluğu, bilişsel bozukluklar, duygusal distress ve bozulan benlik duygusu, kaçınma, kişilerarası zorluklar ve çeşitli sağlık problemleri olarak tanımlanmıştır.

Bununla beraber çocukluk çağında istismara uğramanın kişilerin yetişkinlik döneminde etkilemekte olduğu ve başlıca; depresyon, anksiyete, düşük benlik algısı, yalnızlık ve utanç duygusu, kompulsif bozukluklar ve impulsif tutum, madde bağımlılığı, ilişki problemleri, uyku bozuklukları, zarar verme isteği ve intihar girişimleri gibi semptomların oluşmasına sebep olduğu tespit edilmiş olup, borderline kişilik bozukluğuna sahip kişilerde çocukluk çağı cinsel istismarının varlığından söz edilebileceği belirtilmiştir (Akt. Siyez 2003, Kutchinsky 1999).

### **2. 2. 3. Fiziksel İstismar ve Etkileri**

Fiziksel istismar, semptomlarının varlığı nedeniyle nispeten daha kolay tespiti yapılan bir istismar türüdür. Literatürdeki ilk çalışmaların çoğunlukla fiziksel istismar üzerine olması ile birlikte bu çalışmaların cinsel istismarı fiziksel istismar kapsamında ele aldığı göze çarpmaktadır (Gökler, 2006). Genel bir kapsamda ele alındığı üzere, 0-18 yaş aralığında olan çocuk ya da ergenlerin kaza dışı yaralanması şeklinde tanımlanabilir (Polat, 2004).

Hamilelik esnasında, annenin alkol ve madde kullanması ya da çocuğun kasti şekilde öldürülmesi de, çocuk ölümlerine neden olması sebebiyle farklı fiziksel istismar türleri kapsamında ele alınmakta ve fiziksel istismarın yalnızca çocuğun doğumundan sonra ortaya çıkmadığı vurgulanmaktadır (Kozcu, 1991). Fiziksel istismar; küçük bir çimdiklemeden, ciddi yaralanmalarla sonuçlanacak derecede dayak atmaya varan bir süreç olabilmekte, ebeveynler, aile üyeleri veya çocuğa bakım vermekle yükümlü kimselerce gerçekleştirilebilir.

Fiziksel istismara dair pek çok farklı tanım mevcut olsa da tüm tanımların ortak sonucu; çocuğun sağlığının zarar gördüğü, vücudunda iz, yara ve lezyon oluşması gibi durumların ortaya çıkışını vurgulamasıdır (Polat, 2007). UNICEF 'in yaptığı tanımlamaya göre ise, çocuğun gelişimi ve işlevselliği üzerinde sürekli zarara yol açan, acı verici, kazara meydana gelmeyen yasaklanan şiddet hareketlerinin ortaya çıkmasıdır (Akt: Koşar, 1989).

Dünya Sağlık Örgütü fiziksel istismarı, çocuğun sağlıklı yaşamının ve hayatının devam etmesine, gelişimine ya da haysiyetine karşıt kasten yapılan fiziksel hasar vermiş ya da verebilecek kapsamda davranışlar olarak tanımlamıştır (Akt: Özer, 2014).

Pek çok araştırmacının ortak görüşüne göre ise istismar; 18 yaşını henüz aşmamış gençler veya çocukların, anne-baba veya bakımından sorumlu diğer kişilerce sağlıklarını tehdit edecek düzeyde fiziksel hasara maruz kalmaları, yaralanmaları ya da yaralanma riski altında olmalarıdır. Bu tip hasarlar; çeşitli nesne veya elle vurarak, iterek, sarsarak, yakarak ve ısrarak oluşturulabilmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

Lipman ve MacMillan (2001) 'e göre ise fiziksel istismarın tanımı fiziksel hasarın şekli ve sıklığı baz alınarak; büyüme ve çocukluk çağında bir yetişkin tarafından sıklıkla, tekmeleme-yumruklama, ısırma, bir nesne aracılığıyla vurma, pek sık olmamakla beraber boğma, yakma-kaynar su dökme ya da buna benzer herhangi fiziksel saldırıya uğramaktır (Akt; Yıldırım, 2010).

Bununla beraber fiziksel istismara dair uygulama biçimleri ele alınmıştır bu bağlamda; uygulanma şekline bağlı olarak fiziksel istismar, çocuğa bir alet kullanarak ya da bir alet kullanmadan saldırmak şeklinde sınıflandırılabilir.

Herhangi alet kullanılmadan gerçekleşen şekliyle fiziksel istismar anlaşıldığı üzere, bir cisim kullanmaksızın saldırmak iken (itip-kakma, yumruk-tokat veya tekme atma ve çimdikleme-sarsma gibi eylemler gözlenebilir), bir aletin aracılığında gerçekleşen türden saldırılarda ise ev eşyaları, giyim eşyaları, oyuncaklar gibi objelerin kullanılması söz konusu olmakla beraber, sigara veya kaynar su ile yakma gibi vakalara da sıklıkla rastlanılmaktadır (Polat, 2007).

Topbaş (2004) ise, istismarın derecesine bağlı olarak fiziksel istismar türlerini iki şekilde ele almıştır.



Buna göre, çocuğun ağızına biber sürme, sarsma, kulak veya saç çekme, çocuğun herhangi bölgesine hafif seviyede vurma gibi cezalandırmalar orta seviyede fiziksel istismar, şiddetli bir şekilde elle ya da ayakla vurma, yakma ya da boğma türünden cezalar ise şiddetli seviyede fiziksel istismar kapsamındadır (Runyan ve ark. 2002; Akt: Topbaş, 2004).

Fiziksel istismar sonrasında, şiddetin seviyesine bağlı olmakla beraber; doku hasarı, yank, kemik, eklem, beyin ve göz hastalıkları, iç organ hasarları, zehirlenme ve gelişim gerilikleri gibi sıkıntılar gözlenebilmektedir (Polat, 2001).

Bazı toplumlar dayığı bir disiplin aracı bağlamında kabul edip benimserken, pek çok toplum da dayığı her türlü koşul altında fiziksel istismar kapsamında ele almaktadır (Akyuz, 2000). Malesef ülkemizde ise, bazı atasözleri (dayak cennetten çıkmadır, kızını dövmeven dizini döver, öğretmenin vurduğu yerde gül biter, gibi.) disiplin amaçlı olarak çocuklara karşın fiziksel istismarın kültür ve gelenek bazında meşru görülüp, kabul edilebileceğini göstermektedir (Topbaş, 2004, Şimşek ve ark, 2004).

Çocuğa karşı fiziksel şiddete genellikle, otorite sağlama, öfke kaynaklı veya cezalandırma arzusu ile başvurulur. Bebeklerin kızgın ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından şiddetle sallanmaları ile, beyin kafatasının içinde ileri geri hareket edebilir ve beyin kanamalarının ortaya çıkmasına sebep olabilir. Komplike olmayan ağır travmalar haricindeki vakalarda, bir yaşın altında olan çocuklarda ağır kafa içi zedelenmelerinin %95'i ve tüm kafatası hasarlarının %64'ü fiziksel istismar kaynaklı ortaya çıkmaktadır (Kara ve Ark, 2004).

Araştırmalar fiziksel istismarın çoğunlukla bebekler ve okul öncesi çağdaki çocuklarda görüldüğünü tespit etmiştir. Bu durumun, çocukların savunmasız ve sıkıntılarını gerekli düzeyde belirtmeyecek olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Bilir ve diğerleri 1991).

Uluslararası düzeyde fiziksel istismarın yaylığını inceleyen bir çalışmaya göre yaygınlık düzeylerinin; Amerika Birleşik Devletleri ve Şili’de %4-85, Filipinlerde %21-%82, Mısır’da %26-%72, Hindistanda ise %36-%70 aralıklarında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (Runyan ve Ark, 2002). 1997 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışma ise, fiziksel istismar oranını %65.72 olarak tespit etmiştir (Aral, 1997; Akt: Aral, 2001).

Fiziksel istismarın maruz kalan çocuklar üzerinde ciddi etkiler bıraktığı bilinmektedir. Fiziksel istismar sonucunda tüm normal gelişim süreçleri duygusal-fiziksel anlamda olumsuz etkilenebilmekte ve bu durum sosyal yaşam ve eğitim hayatını da etkilemektedir. Bununla beraber fiziksel istismar, çocukların dünyayı, insanları algılayışını, benlik algılarını olumsuz yönde etkilemekte ve anksiyetenin, dürtü kontrolü eksikliğinin, yıkıcı davranışların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Veltkamp ve Miller, 1994; Akt: Tiftik, 2012).

Fiziksel istismar veya örselenmeye maruz kalan çocukların sosyal işlevsellikleri etkilendiğinden yakın ilişki kurmakta zorluk yaşarlar, özellikle yetişkinler ile temastan kaçınma, kendilerine dokunulması ve yaklaşılmasından ürkme gibi hareketler sergileyebilirler. Ayrıca kolay bir şekilde yalana başvurma, korku duyulacak durumlarda tepkisizlik, anne-babaya karşı korku duyma ve ağlamada güçlük gibi tepkiler görülebilirken, duygusal yoğunluğun azlığı, davranışlarda aşırı tavırlar, aşırı saldırganlık, aşırı içe dönüklük ve öfke-istismara yönelik tutumda dikkat çekmektedir (Bilir ve ark. 1991, Tıraşçı ve Gören 2007).

Fiziksel istismarın çocuklarda gelişim geriliğini tetiklediği, bilişsel yetileri ve akademik performansı negatif yönde etkilediği de araştırmalarca tespit edilmiştir (Güler ve ark. 2002, Taner ve Gökler 2004).

Bununla birlikte, okul ve aile bazında fiziksel istismara maruz kalan öğrencilerin, problem çözme becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Gündüz ve Gökçakan 2004). Çocukluk çağında fiziksel istismar yaşamış üniversite öğrencilerinde ise anksiyete ve depresyon yaşantıları olduğu ayrıca, sosyal ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir (Güner ve ark. 2010).

Fiziksel istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda sıklıkla; kaygı bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar görülmekte iken bunlara kişilik bozuklukları, riskli cinsel deneyimler ve madde kötüye kullanımı eşlik edebilmektedir (Aksoy ve Ögel 2003). Ağır fiziksel istismar içeren vakalarda ise travma sonrası stres bozukluğu görülebilmekte ve bununla beraber, saldırganlık ve suça ilişkin davranışlar da sıklıkla rastlanılan diğer problemlerin başında gelmektedir (Akt. Taner ve Gökler 2004).

Mommen, Kolko ve Pilkonis (2002) tarafından yapılan ve aile içinde fiziksel istismarın sonuçlarının incelendiği bir çalışma, fiziksel istismara maruz kalan çocukların Beck Depresyon Envanteri skorlarının, fiziksel istismara maruz kalmayan çocukların skorlarına karşı anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir (Akt: Tiftik, 2012).

#### **2. 2. 4. Duygusal istismar ve Etkileri**

Duygusal istismar sıklıkla rastlanılan bir istismar türü olsa da, hukuki açıdan kanıtı dayandırılması, fark edilebilirliği ve tanımlanması zor bir istismar türüdür (Taner ve Gökler, 2004). Duygusal istismara dair tanımlamalar diğer türden istismarlara göre bir takım farklılıklar içerebilir, buna örnek olarak; aşırı koruyucu davranış tiplerinin bebeklik döneminde normal sayılması mümkünken, ergenlik evresinde bu tip bir yaklaşım duygusal istismar olarak tanımlanabilir. Bu nedenle ayırım ve anlaşılma bakımından zor ve karmaşık bir istismar türüdür (Polat, 2001).

Duygusal istismar çocukların nitelik, yeterlilik ve isteklerinin devamlı olarak kötülenmesi, sosyal ilişkilerden uzaklaştırılması, sosyal bağlamda ağır zararlar görmesi, terk edilme üzerinden tehdit edilmesi, topluma uygun olmayacak bir düzeyde bakıma tabi tutulması ve yetiştirilmesi, çocuğun yaş ve gücüne dair makul olmayan beklentilerde olunmasıdır (Topbaş, 2004).

Bununla beraber Polat (2001), çocukların bakım verenler tarafından olumsuz etkileşim yaratacak davranış ve tutumlara maruz kalmaları ve gereksinimi duyulan ilginin, sevginin yoksunluğu olmak üzere temel iki nedene istinaden ortaya çıkan psikolojik hasara bağlı olarak, duygusal istismarın temelini oluşturduğunu belirtmektedir.

Çocukta duygusal istismar ebeveyn ve ebeveynler dışında bakım verenler, akrabalar, öğretmenler gibi yakında bulunan ve çocuğun yaşamına dair söz sahibi olabilecek yetişkinlerce gerçekleştirilebilir (Bahar ve Ark, 2009).

Duygusal istismar bakım veren ve çocuk arasındaki tek bir olay nezdinde ortaya çıkmaktan daha çok, bakım veren ve çocuk arasındaki ilişkinin psikolojik sağlığa ve gelişime zarar vermesi veya verme riskine haiz yapısı itibariyle oluşmaktadır (Glaser, 2002).

UNICEF'e göre duygusal istismar; "Çocuğun nitelik, kapasite ve isteklerinin sürekli kötülenerek, sosyal ilişkilerinden uzun süreli yoksun bırakılması, insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır hasarlar verme ya da terk edilme ile tehdit edilmesi veya çocuğun yaş ya da gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşebilecek çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi" olarak tanımlanmıştır (Akt; Turhan ve ark, 2006).

1995 yılında Amerikan Çocuk İstismarı Birliği tarafından; ebeveynlerin tekrarlayan reddetme, korkutma, sömürme-ayartma, duygusal tepki vermeme, izole etme, ruhsal-sağlık ve eğitim alanlarında ihmal gibi 6 örselenme şekli tanımlanmış ve bu durumların çocuklarda kendilerini değersiz, sevilmeyen, istenmeyen, tehlikede ya da diğer bireyerin taleplerini karşılama koşuluyla değerli algılamala gibi sorunlara neden olduğu tanımlanmıştır (ASPAC, 1995).

Tüm istismar türlerinde olduğu gibi, duygusal istismarda kültürel bağlamda; çocukları disipline etmek için kullanılan yöntemler bakımından değişiklik gösterebilir. Bağırma dünyada pek çok kültürde kabul edilebilen bir yaklaşım iken, isim takma ve küfür içeren sözlerin sarfedilmesi kültürden kültüre değişim gösterebilir (Runyan ve ark, 2002; WHO, 2006; Akt: Bilim, 2012).

Ülkemizdeki aile tipleri göz önünde bulundurulduğunda, ataerkil, otoriter, aşırı koruyucu ve kısıtlayıcı ve kontrol bakımından güçlü bir yapı olduğu görülmektedir bununla beraber çocukların aktif, sorgulayıcı türden davranışları kabul görmeyip cezaya tabi tutulabilirken, pasif ve boyun eğen, uysal, kurallara sıkı sıkıya bağlı davranışlar ödüllendirilmektedir (Erkman, 1989).

Yalnız bırakma, terk etme, korkutma, tehdit, bağırma, küfür, aşağılama, küçük düşürme, önemsememe, kardeşler arası eşitsizlik oluşturma, değer göstermeme, duygusal gereksinimlerden yoksun bırakma, çocuğun yaşamı üzerinde aşırı beklenti, aşırı koruyuculuk, baskı ve aşırı otorite kullanımı sıklıkla görülen istismar biçimleri olmakla beraber, bağırma en sık rastlanılan türdür (Bahar ve ark, 2009).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan 3. Ulusal İnsidans Çalışması, duygusal istismarı üç farklı boyutta ele almıştır. Bunlar çocuğun hareketlerini kısıtlama amacıyla bağlayarak veya kapalı bir yerde tutmak suretiyle hapsetmek, sözel veya duygusal saldırıda bulunmak, diğer istismar türleri kapsamında ele alınmasa da ceza veya sömürü içeren fiziksel, cinsel saldırı girişimleri, ceza amaçlı olarak ihtiyaçlarının giderilmemesi gibi konuları kapsar (Sedlak ve Broadhurst, 1996; Akt: Bilim, 2012).

Duygusal yönden istismara uğramış çocuklarda, beslenme ve uyku düzensizlikleri, saldırganlık, olağan dışı korkular, histeri, obsesyon-kompulsiyon, fobiler, pasiflik ve boyun eğme gibi davranışlar ve ısırma, sallanma, parmak emme gibi hareketler sıklıkla görülebilmektedir (Bilim, 2012). Bununla beraber uyumsuz davranışlar, bağımlı kişilik ve değersizlik duyguları, aile ilişkilerini sonlandırmaya yönelik eğilimler de çoğunlukla rastlanılan davranış türleridir (Kara ve Ark, 2004).

Ülkemizde yapılan araştırmalar duygusal istismar oranının %78 ile, diğer türden istismar türlerine kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Turhan ve Ark, 2006). En az bir psikiyatrik tanı almış 183 katılımcı ile yapılan bir araştırmada ise duygusal istismar öyküsü %81.6 oranında bulunmuştur (Özel ve ark, 2011).

Duygusal istismar tek başına görülebilen bir istismar türü olmakla beraber, cinsel ve fiziksel istismarla birlikte de görülebilir ya da fiziksel veya cinsel istismarın zararları azalsa da etkileri devam edebilir, araştırmalar fiziksel istismar vakalarının %90 oranında duygusal istismarın da bulunduğunu göstermiştir (Taner ve Gökler, 2004).

## 2. 2. 5. İhmal ve Etkileri

Çocuk ihmali de tüm istismar türleri kadar ağır ve zararlı etkileri olan bir kavramdır. Çocuklarda psikolojik, fiziksel ve psiko-sosyal gelişim bakımından kalıcı ve ciddi zararlar bırakması mümkündür (Özer, 2014). Bununla beraber çocuk ihmalinde sıkça karşılaşılan manzara çocuğa ilişkin kötü muameledir, diğer istismar türlerine kıyasla daha sık rastlanmasına rağmen, ölüm veya şiddetli yaralanma gibi ciddi sonuçlar doğurmadığı müddetçe göz ardı edilme ihtimali yüksektir (Kara ve ark, 2004). Çocuk ihmali; istismar türleri gibi fiziksel, cinsel veya duygusal bağlamda ortaya çıkabilirken; eğitim, denetim ve sağlık gibi alanlarda da sıklıkla gözlemlenebilir (Horwath,2007). Fakat istismarın aktif, ihmalin ise kıyasla daha pasif bir durum olması, ihmal ve istismarı ayıran önemli bir farklılıktır (Kara ve ark, 2004).

Kısaca ihmal çocuğun temel ihtiyaç, bakım ve korunmadan yoksun bırakılması olarak da tanımlanabilir. Kötü niyet ya da eğitimsizlik kaynaklı olmasına bakılmaksızın fiziksel, duygusal ya da eğitim ile ilgili gerekliliklerin göz ardı edilmesi sonucu ortaya çıkar, çocuğun okula gitmesinin engellenmesi üzerine devamsızlık durumunun oluşması, eğitim bakımından ihmale örnek olarak verilebilir (Polat, 2007).

Psikiyatrik tanı almış hastalar üzerinde yapılan bir çalışma ise duygusal ihmal oranını %81.6, olarak saptamıştır (Örsel ve ark. 2011).

Altıntaş (2008) 'ın yaptığı çalışmada ise ihmalin diğer istismar türlerine nazaran fazla bulunduğu (%75), ayrıca örneklem grubunun %70'inde öz kıyım davranışlarına rastlandığı belirtilmiştir. Çalışmalar ihmalin diğer istismar türlerine nazaran en çok bildirilen (16.5) ruhsal travma olduğunu, sıklık bakımından ise duygusal (15.9), fiziksel (13.5), ensest dahil olmak üzere cinsel (10.7) istismarın ihmali takip ettiğini göstermektedir (Zoroğlu ve ark. 2001).

Amerika’da yasal kurumlara bildirilen olguların neredeyse yarısının ihmal içeren öykülerinin olması konunun ciddiyetini ve yaygınlığını ortaya koymaktadır bununla beraber, araştırmacılar çocuk istismarına bağlı ölümlerin %50 oranla ihmale olduğunu öngörmektedirler (Polat, 2007).

Bahar ve arkadaşları (2009) ise, ihmali üç alt sınıfta incelemişlerdir. Bunlar duygusal, tıbbi-fiziksel ve eğitim olarak belirlenmiştir. Bu modele göre duygusal paylaşımın olmaması veya kısıtlanması durumunda duygusal ihmal, çocuğun gelişimini ve sağlığını olumsuz etkileyecek şekilde bakımının yapılmaması ve gecikmesi durumunda tıbbi-fiziksel ihmal, çocuğun yetenek ve becerilerine nazaran uygun eğitim alternatiflerinden uzak bırakılması veya desteklenmemesi durumunda ise eğitim bakımından ihmal gerçekleşmektedir. Kurum ve kuruluşların sorumlulukları kapsamında oluşan durumlar ise sosyal ihmal olarak nitelendirilmektedir.

Gebelik döneminde alkol-madde ve sigara kullanımı veya fiziksel sağlığa gerekli özenin gösterilmemesi ihmalin doğumdan önce başlamasıyla sonuçlanabilir. Bununla beraber; çocuk bakımı ile ilgili ciddi sıkıntılar, ebeveynlerin psikopatolojileri, evsizlik ve yoksulluk, doğum öncesi ve sonrasında gerekli bakımın verilmemesi gibi faktörler ihmalin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Hildyard ve Wolfe, 2002).

Çocuk ihmali bebeklik döneminden itibaren ortaya çıkabilir ve gelişimin duraklaması, güvensiz bağlanma, kişilerarası problemler, motivasyonel düşüklük ve saldırganlık içeren tutumların gelişmesiyle sonuçlanabilmektedir (Dursunkaya, 2007). İhmale uğrayan çocuklarda sıklıkla, yetersiz beslenme ve temizlik ile ilgili sıkıntılar göze çarpmaktadır bununla birlikte, bebeklik dönemlerinde donukluk, çevreye duyarsızlık ve hareketsizlik dikkat çekerken, öz uyarım amaçlı parmak emdikleri gözlenmiştir (Bilir ve ark, 1991). Bununla beraber ihmale maruz kalan çocukların sözel uyarıların azlığına bağlı olarak konuşmada gerilik ve beslenme düzeylerindeki yetersizliğe bağlı olarak fiziksel gelişim bakımından da olumsuz etkilendikleri gözlenmiştir (Polat, 2001).

Bunlara ek olarak ihmale uğrayan çocuklarda, depresif semptomlar ve davranış bozuklukları, öğrenme güçlüğü, madde bağımlılığı, öz kırım ve saldırganlık, öz saygıda ve benlik algısında düşüklük gibi etkilerde görülmektedir (Güler ve ark. 2002)

Yanık ve Özmen (2002) 'in yaptıkları ayaktan tedavi alan psikiyatrik hastaların katıldığı bir çalışma çocukluk çağı travmaları bakımından en çok ihmalin bildirildiğini göstermiştir

İhmale ve istismara uğrayan çocukların dışavurum davranışlarını inceleyen bir çalışmaya göre ise; ihmale uğrayan çocukların daha içe kapanık oldukları ve dışavurum davranışlarının ergenlik döneminde daha belirgin olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir. Fiziksel istismarın eşlik ettiği ihmal vakalarında ise dışavurum, yalnızca ihmal bildirilen vakalara oranla daha azdır (Altıntaş, 2008).

Ülkemizde ihmal ve istismar, birden fazla türü ile birlikte görülmektedir. Bu duruma örnek olarak, sıklıkla istismara maruz kalan çocuklarda ihmalin hem duygusal anlamda hem de diğer türlerde ortaya çıktığı görülebilmektedir (Ünal 2008).



### 3. RUMİNASYON

Literatür incelendiğinde ruminasyona dair farklı yaklaşımların bulunduğu görülmektedir. Ruminasyon özellikle depresif duyguların gelişimi ve olası ısrarlı devamlılıklarının araştırılması bakımından üzerinde önemle durulan bir kavramdır (Smith ve Alloy, 2009). Karatepe (2010) 'ye göre son yıllarda gündeme gelen şekliyle ruminasyon, duygudurum ve kaygı bozuklukları ile ilişkisi bakımından bilişsel süreçler dahilinde ele alınmaktadır. Ruminatif eğilimi bulunan kişilerin; harekete geçmektense, hissedilen olumsuz duygu durumu ve bu duruma ilişkin muhtemel sebep ve sonuçları tekrar edici bir biçimde düşündükleri belirtilmektedir (Nolen- Hoeksema ve Morrow, 1991).

Genel itibariyle ruminasyon bireylerin üzgün veya depresif olmalarıyla beraber ortaya çıkan bir süreç olarak değerlendirilmesine rağmen, çalışmalar ruminasyonun içinde bulunulan durumdan ziyade, sosyal destek ve kişisel özellikler gibi konularla da ilişkisi bulunabileceğini göstermiştir (Nolen-Hoeksama & Davis, 1999).

Alloy ve arkadaşları (2000) 'ne göre ise rumanisyon depresif duygu durumun başlamasından önce ortaya çıkıp; bireylerin stresli yaşam olayları nezdinde verdikleri tepki olarak ele alınmış ve strese tepki olarak ruminasyon kavramı ortaya çıkmıştır. Bu model, stresli yaşam olaylarının ardından bazı olumsuz çıkarımlarda bulunulması sonucunda olumsuz bilişlerin veya düşüncelerin sıklıkla tekrar edilmesidir.

Nolen-Hoeksama (1998) ise ruminasyonu, bireylerin stres içerikli yaşantılarına dair devamlı tekrar eden ve mevcut durumun problem çözme yolları kullanılmaksızın anlamlandırılmasına yönelik düşünme biçimleri olarak ele almıştır.

Calhoun ve arkadaşları (2000) 'na göre ruminasyon, travmatik olaylar ile alakalı tekrar eden, problemin çözümü ve beklenti odaklı hatırlatıcı düşünme şekli olarak tanımlanmıştır.

Calhoun ve Tedeschi (2006) ruminasyonun iki farklı biçimde ortaya çıkabileceğine değinmişlerdir. Bunlar tekrarlı bir şekilde olumsuz ve istenmeyen düşünceleri içeren zorlayıcı ruminasyon ve travmatik olaylar ile mücadele amaçlı olduğu varsayılan amaca yönelik tekrar eden planlı ruminasyondur.

Travma sonrası stres bozukluğu bulunan kişilerde de, travmatik olaya dair, rahatsızlık verici ruminasyonların bulunduğu bildirilmiştir (Micheal ve ark. 2007). Travmaik yaşantıya yönelik inançlar ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide belirleyici etkenin ruminasyon olduğu düşünülmektedir (Bennet & Wells, 2010). Travma sonrası stres bozukluğu tanısının alınmasında etkin faktörlerin belirlenmesi adına yapılan çalışmalar travma veya travmanın etkilerine dair ruminasyonun, TSSB 'nun ortaya çıkmasına sebep olan faktörler arasında yer aldığını belirlemişlerdir (Ehlers ve Clark, 2000). Bununla birlikte, Ehring ve arkadaşları (2009) 'nın yaptığı bir araştırmaya göre ise ruminasyon, TSSB 'nun sürdürülmesine yol açabilmektedir.

Ruminasyon kavramına diğer yazarlara nazaran farklı bir bakışı açısı getiren Martin ve Tesser (1996) ise; ruminasyonun tekrar eden tüm düşünceleri kapsayan genel bir kavram olduğunu belirtmektedirler. Buna göre, ruminatif düşüncede olağan bir konuyu takiben döngüsel tekrar eden bilinçli düşünceler mevcut olup, bu düşüncelerin diğer düşüncelerden farkı ise çevresel taleplerin yokluğunda dahi varlıklarını sürdürebiliyor olmalarıdır. Buna göre; ruminasyonlar, tetikleyici dışsal uyaranlara bağlı olarak ortaya çıkmazlar. Fakat bu durum ruminasyonların yalnızca içsel kaynaklarca ortaya çıkarıldığı anlamını taşımamaktadır. Bireyin düşünceleri ile ilişkili uyaranlarla karşılaşması tek başına ruminasyonun oluşması bakımından bir şart olmasa da, bu uyaranlar ruminasyonların sürdürülmesi bakımından etkili olabilmektedir.

Ruminasyona yönelik kuramlar incelendiğinde ise, kapsamlı bir kuram olan tepki biçimleri kuramı karşımıza çıkmaktadır. Buna göre ruminasyon, depresif duygu duruma yönelik işlevsellikten yoksun tepkilerdir.

Bu kurama göre; kişilerin yaşadıkları olumsuzlukları değerlendirmeleri esnasında, olumsuz düşünceler depresif duygu durum ile birlikte daha aktif bir hal alarak olumsuz düşüncelerin çoğalmasına, olumlu davranışların ve problem çözme becerilerinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu ruminasyon döngüsü sosyal desteğin kaybını ortaya çıkarırken, sosyal desteğin kaybı ise olumsuz duygu durumun artmasını sağlamaktadır (Nolen-Hoeksama, 1991).

Leahy (2002) 'nin duygusal şemalar teorisine göre; ruminasyonun duygularla ilişkisine vurgu yapılmaktadır. Bu teoriye göre bireyin ruminatif eğilimlerinin olması, yaşanan olumsuz duyguların kabul edilmediğine dair bir kanıttır ve ruminatif düşünce çoğaldıkça, kişiler duygularını açığa çıkarmakta güçlük duymaktadırlar. Bu teoriye ilişkin araştırmalar; negatif duyguların daha uzun deneyimlenmesi ile kişilerin duygularına dair kontrolü kaybetme hisleri duymaları arasında bir ilişki bulunduğunu düşündürmektedir.

Ruminasyonun, öze odaklı dikkat ve negatif otomatik düşünceler gibi diğer bilişsel sürece yönelik kavramlarla benzerlikler gösterdiği düşünülse de, bu süreçler içerikleri bakımından birbirlerinden ayrılmaktadır (Papageorgiou ve Wells, 2001; 2004). Negatif otomatik düşünceler, kişinin zihninde ani şekilde ortaya çıkan, temsili kelimeler veya cümleler içeren kısa sürede etkileyici düşünceler olarak tanımlanabilirken ruminatif düşünceler, kişiye yönelik tekrar edici ve döngüsel bir süreç olarak nitelendirilebilir.

Bununla beraber ruminasyonlar sıklıkla, olumsuz düşüncelere tepki bazında ortaya çıkabilmektedir. Kişi ruminasyon esnasında, kendi duygularına, benliğine, davranışlarına ve mevcut duruma yönelik olası başa çıkma teknikleri ve hayat olaylarına ilişkin negatif çıkarımlar üzerinde durmaktadır. Fakat ruminatif düşünceler yalnızca kişinin kendisine dair içeriklerle kısıtlı olmayabilir (Papageorgiou ve Wells, 2004). Bununla beraber Martin ve Tesser (1996) 'e göre ruminatif düşünceler bireylerin; geçmiş, gelecek veya mevcut durumuna istinaden, kendileri ve başkaları ile ilgili veya daha değişik konuları içerecek şekilde, sonlanmış ve hatta sonlanmamış konularla ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir.

Conway ve arkadaşları (2000) ise, ruminasyonu üzüntü ile ilişkilendirmişlerdir. Bu teoriye göre olumsuz bir özellik olan ruminasyon, bireyin an itibari ile yaşadığı üzüntü ve bu durumu çevreleyen koşullara ilişkin tekrar eden düşüncelerdir. Bununla beraber bu düşünceler zihne izinsizce giren, amaca yönelik olmayan ve çözüm için plan alternatifleri sunmayan, olumsuz duyguların getirisi veya geçmiş olumsuz tecrübeler ile ilgilidirler ve ruminasyon gerçekleşirken sosyal anlamda paylaşılması söz konusu değildir.

Watkins (2008) 'e göre ise tekrar eden düşünceler olarak tanımlanan ruminasyonların olumlu yönleri de mevcuttur ve bu durum, negatif veya travma odaklı konuların üstesinden gelinmesine ortam hazırlayabilmektedir. Fakat mevcut araştırmalar gözden geçirildiğinde, ruminatif süreçlerin çoğunlukla negatif duygu ve düşüncelerle ve psikolojik problemlerle ilişkisi göze çarpmaktadır. (Akt; Thomsen,2006).

Yaşam olaylarının olumsuz veya üzüntü veren içerikleri ile ilişkili ruminatif düşünceler depresif duygulara, adaletsizlik ile ilgili tekrar eden düşünceler öfkeye, muhtemel zararlara dair ruminasyon endişe ve korku duyulmasına neden olabilirken, affetmemeye ilişkin içeriklerin eşlik ettiği ruminatif düşünceler ise zarar verdiği inanan kişinin affedilmemesi durumu ile sonuçlanabilmektedir (Worthington, 2006).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3. 1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma modeli, iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığı ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan ilişkisel tarama modelidir (Karasar, 2006).

#### 3. 2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada 5 adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Pozitif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği (PBRŞ), Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği (NBRS) 'dir. Ölçeklerle birlikte Çalışmaya Katılma Formu ile katılımcıların isteğe bağlı olarak isimlerini belirttikleri, araştırma konusunun yer aldığı ve paylaştıkları verilerin ve sonuçlarının araştırmacı tarafından kullanım iznine onay verdiklerini beyan etmeleri amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur, onayları alındıktan sonra diğer ölçekler katılımcıya verilmiştir. Veri toplama araçları ek olarak çalışma sonunda örneklendirilmiştir.

##### 3. 2. 1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 28 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanma; fiziksel ve duygusal ihmal olmak üzere beş travma kategorisini değerlendirmektedir. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluk döneminde yaşanan duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içermektedir. Ayrıca, aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri, (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık biçimindedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir.

Duygusal istismar 3,8,14,18,25. sorularla, fiziksel istismar 9,11,12,15,17. sorularla, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26. sorularla, duygusal ihmal 5,7,13,19,28. sorularla, cinsel istismar 20,21,23,24,27. sorularla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan için kesme puanı 35 olabileceği belirlenmiştir. Alt alanlardan cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde olsa da pozitif yanıt verildiğinde istismarın var olduğu değerlendirilmelidir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Ek olarak sunulmuştur (Şar ve ark. 2012).

### **3. 2. 2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

1961 yılında Beck tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Ölçek, 21 belirti kategorisini içerir. Bunlar; duygu durumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсуzлuk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin engellenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybıdır. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Kişiden, o gün dâhil olmak üzere geçirdiği son hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçmesi istenir.

Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin kırılma noktası 17 olarak belirlenmiştir; bu puan ve üstünde puan alanlarda klinik depresyon olduğu belirtilmekte puan arttıkça depresyonun şiddeti ve ciddiyeti artmaktadır. Araştırmada, 0-9 depresyon yok, 10-16 hafif derece, 17-29 orta derece, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Ek olarak tezde yer verilmiştir (Tegin, 1980; Hisli, 1989; Savaşır ve Şahin, 1997; Kılınç ve Torun, 2011).

### **3. 2. 3. Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği (RUMİ-Olumsuz)**

Papageorgiou ve Wells tarafından 2001 yılında geliştirilen ve ruminasyonla ilgili dezavantajlara odaklanan olumsuz inanışları değerlendiren 13 maddelik bir ölçektir. İki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlardan biri ruminasyonun kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 8 maddeyi (RUMİ-Olumsuz1); diğeri ise ruminasyonun olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 5 maddeyi (RUMİ- Olumsuz2) içermektedir. Katılımcılar her bir maddeye ne derece katıldıklarını “1: katılmıyorum” ile “4: tamamen katılıyorum” arasında değişen 4’lü Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirir. Yılmaz ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan kapsamlı psikometrik değerlendirmeler ülkemizde klinik ve klinik olmayan gruplarla yürütülecek araştırmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

### **3. 2. 4. Pozitif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeği (Rumi-Olumlu)**

Papageorgiou ve Wells tarafından 2001 yılında geliştirilen bu ölçek, ruminasyon yapmanın faydalarına ilişkin olumlu üstbilişsel inanışları değerlendiren 9 maddelik bir ölçektir. Katılımcılar her bir maddeye ne derece katıldıklarını “1: katılmıyorum” ile “4: tamamen katılıyorum” arasında değişen 4’lü Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirir. Yılmaz ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan kapsamlı psikometrik değerlendirmeler ülkemizde klinik ve klinik olmayan gruplarla yürütülecek araştırmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

### **3. 2. 5. Demografik Bilgi Formu**

Kişisel bilgiler hakkında veri toplamak amacıyla araştırmaya katılan katılımcıların her birine uygulanan, sosyo-demografik verilere ulaşmak amacıyla 8 sorudan oluşan, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Ek olarak form eklenmiştir.

### 3. 3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact testi, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmış olup, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.



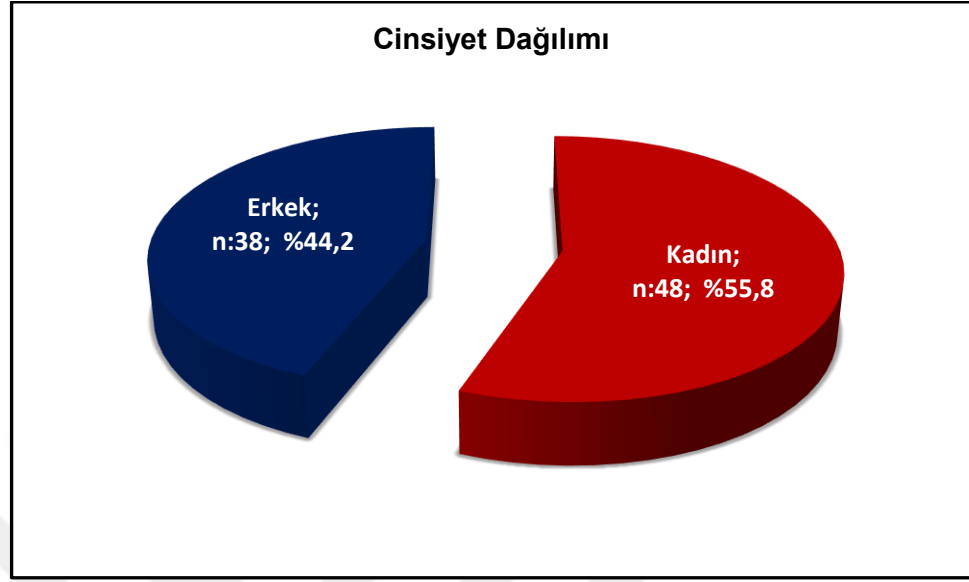
## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışma %55.8'i (n=48) kadın, %44.2'si (n=38) erkek olmak üzere toplam 86 olgu ile yapılmıştır.

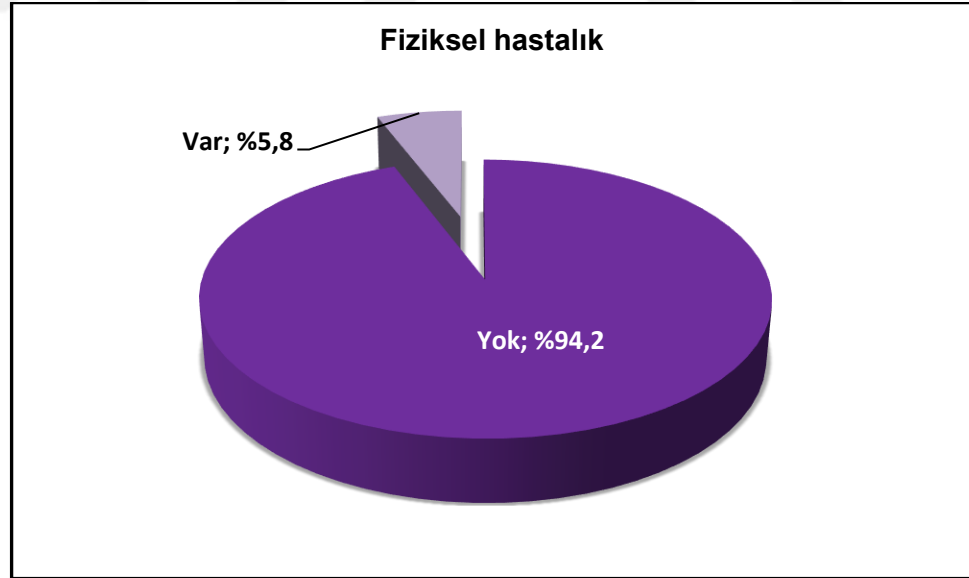
**Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı**

		n (%)
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	48 (55,8)
	<b>Erkek</b>	38 (44,2)
<b>Fiziksel hastalık</b>	<b>Yok</b>	81 (94,2)
	<b>Var</b>	5 (5,8)
<b>Aile tipi</b>	<b>Çekirdek aile</b>	65 (75,6)
	<b>Geniş aile</b>	19 (22,1)
	<b>Diğer</b>	2 (2,3)
<b>Bakım veren</b>	<b>Anne</b>	10 (11,6)
	<b>Anne-baba</b>	75 (87,2)
	<b>Diğer</b>	1 (1,2)
<b>Annenin sağ olma durumu</b>	<b>Evet</b>	85 (98,8)
	<b>Hayır</b>	1 (1,2)
<b>Babanın sağ olma durumu</b>	<b>Evet</b>	82 (95,3)
	<b>Hayır</b>	4 (4,7)
<b>Yakınlarda psikiyatrik hastalık</b>	<b>Yok</b>	80 (93)
	<b>Var</b>	6 (7)



*Şekil 1: Cinsiyet dağılımı*

Olguların %5.8'inde (n=5) fiziksel hastalık görülürken, %94.2'sinde (n=81) görülmemektedir.



*Şekil 2: Fiziksel hastalık görülme oranları dağılımı*

Çalışmaya katılanların %75.6'sının (n=65) aile tipi çekirdek aile iken, %22.1'inin (n=19) geniş aile ve %2.3'nün (n=2) diğeridir.

Olguların %11.6'sına (n=10) annesi, %87.2'sine (n=75) anne ve babası, %1.2'sine (n=1) ise diğer kişiler bakım vermektedir.

Olguların %98.8'inin (n=85) annesi sağ iken, %1.2'sinin (n=1) sağ değildir; %95.3'ünün (n=82) babası sağ iken, %4.72sinin (n=4) sağ değildir.

Çalışmaya katılan olguların %7.0'inin (n=6) yakınlarında psikiyatrik hastalık görülürken, %93.0'ünde (n=80) görülmemektedir.



*Şekil 3: Yakınlarda psikiyatrik hastalık görülme oranları dağılımı*

**Tablo 2: Tanımlayıcı Özelliklerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

		<b>Çalışma (n=44)</b>	<b>Kontrol (n=42)</b>	<b>Test Değeri</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	25 (56,8)	23 (54,8)	$\chi^2$ : 0,037
	<b>Erkek</b>	19 (43,2)	19 (45,2)	<sup>a</sup> <b>p: 0,848</b>
<b>Fiziksel hastalık</b>	<b>Yok</b>	39 (88,6)	42 (100)	$\chi^2$ : 5,067
	<b>Var</b>	5 (11,4)	0 (0)	<sup>b</sup> <b>p: 0,056</b>
<b>Aile tipi</b>	<b>Çekirdek aile</b>	29 (65,9)	36 (85,7)	$\chi^2$ : 8,747
	<b>Geniş aile</b>	15 (34,1)	4 (9,5)	<sup>c</sup> <b>p: 0,006**</b>
	<b>Diğer</b>	0 (0)	2 (4,8)	
<b>Bakım veren</b>	<b>Anne</b>	4 (9,1)	6 (14,3)	$\chi^2$ : 1,424
	<b>Anne-baba</b>	39 (88,6)	36 (85,7)	<sup>c</sup> <b>p: 0,522</b>
	<b>Diğer</b>	1 (2,3)	0 (0)	
<b>Annenin sağ olma durumu</b>	<b>Evet</b>	43 (97,7)	42 (100)	$\chi^2$ : 0,966
	<b>Hayır</b>	1 (2,3)	0 (0)	<sup>b</sup> <b>p: 1,000</b>
<b>Babanın sağ olma durumu</b>	<b>Evet</b>	44 (100)	38 (90,5)	$\chi^2$ : 4,395
	<b>Hayır</b>	0 (0)	4 (9,5)	<sup>b</sup> <b>p: 0,053</b>
<b>Yakınlarda psikiyatrik hastalık</b>	<b>Yok</b>	38 (86,4)	42 (100)	$\chi^2$ : 6,157
	<b>Var</b>	6 (13,6)	0 (0)	<sup>b</sup> <b>p: 0,026*</b>

<sup>a</sup>Pearson Ki-kare Test  
\*p<0,05

<sup>b</sup>Fisher's Exact Test  
\*\*p<0,01

<sup>c</sup>Fisher-Freeman-Halton Test

Gruplara göre çalışmaya katılan olguların cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Gruplara göre olgularda fiziksel hastalık görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, çalışma grubu olgularda fiziksel hastalık görülme oranının daha yüksek olması dikkat çekici düzeydedir (p>0.05).

Gruplara göre olguların aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.006; p<0.01). Çalışma grubu olguların ailelerinin geniş aile olma oranı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olgulara bakım verenlerin, anne ve babaların sağ olma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Gruplara göre olguların yakınlarında psikiyatrik hastalık görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.026$ ;  $p<0.05$ ). Çalışma grubu olguların yakınlarında psikiyatrik hastalık görülme oranı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

**Tablo 3: Ölçek Puanlarının Dağılımı**

	<b>Min-Mak (Medyan)</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Çocukluk çağı travmaları ölçeği</b>		
Toplam	25-61 (31)	33,00±7,97
Duygusal (emosyonel) istismar	5-17 (5)	6,69±2,66
Fiziksel ihmal	4-13 (5)	6,50±2,00
Duygusal (emosyonel) ihmal	4-24 (8)	9,24±4,38
Cinsel istismar	4-11 (5)	5,35±1,24
Fiziksel istismar	4-12 (5)	5,33±1,31
<b>Beck depresyon ölçeği</b>		
Normal	0-45 (11)	12,15±9,70
Hafif	38 (%44,2)	
Orta	25 (%29,1)	
İleri	16 (%18,6)	
	7 (%8,1)	
<b>Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği</b>		
	12-36 (26)	25,45±6,76
<b>Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği</b>		
	12-52 (27,5)	28,19±8,29
Olumsuz 1	6-24 (14)	13,81±4,39
Olumsuz 2	6-28 (14)	14,49±4,86
<b>M-inkar</b>		
0	0-3 (1)	1,06±1,01
1	33 (%38,4)	
2	23 (%26,7)	
3	22 (%25,6)	
	8 (%9,3)	

Olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları 25 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama  $33.00\pm7.97$ 'dir. Duygusal (emosyonel) istismar alt boyutu 5 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalama  $6.69\pm2.66$  iken,

Fiziksel ihmal alt boyutu 4 ile 13 arasında değişmekte olup, ortalama  $6.50 \pm 2.00$ , Duygusal (emosyonel) ihmal alt boyutu 4 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama  $9.24 \pm 4.38$ , Cinsel istismar alt boyutu 4 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama  $5.35 \pm 1.24$  ve Fiziksel istismar alt boyutu 4 ile 12 arasında değişmekte olup, ortalama  $5.33 \pm 1.31$ 'dir.

Olguların beck depresyon ölçeği puanları 0 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama  $12.15 \pm 9.70$ 'dir; %44.2'si (n=38) normal, %29.1'i (n=25) hafif, %18.6'sı (n=16) orta ve %8.1'i (n=7) ileri düzeydedir.

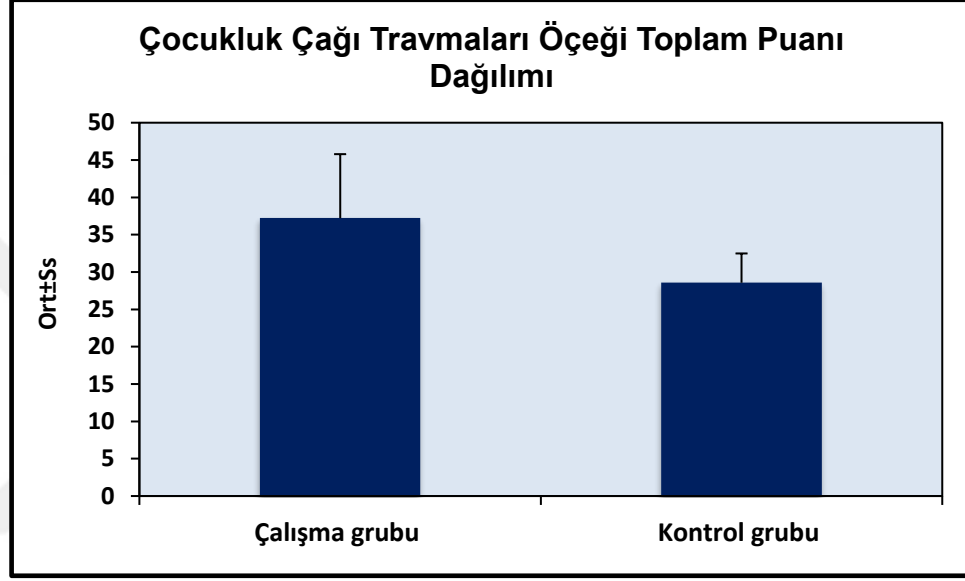
Olguların Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanları 12 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama  $25.45 \pm 6.76$ 'dir. Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanı 12 ile 52 arasında değişmekte olup, ortalama  $28.19 \pm 8.29$ ; olumsuz 1 alt boyutu puanları 6 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama  $13.81 \pm 4.39$  ve olumsuz 2 alt boyutu puanları 6 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama  $14.49 \pm 4.86$ 'dir.

Olguların M-inkar puanları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama  $1.06 \pm 1.01$ 'dir.

**Tablo 4: Gruplara Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

Çocukluk çağı travmaları ölçeği		Çalışma grubu (n=44)	Kontrol grubu (n=42)	Test Değeri; p
<b>Toplam</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-61 (36)	25-39 (27,5)	Z:-5,636
	<i>Ort±Ss</i>	37,23±8,56	28,57±3,92	<b>p: 0,001**</b>
<b>Duygusal (emosyonel) istismar</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-24 (12)	4-15 (6)	Z:-4,811
	<i>Ort±Ss</i>	11,36±4,71	7,02±2,59	<b>p: 0,001**</b>
<b>Fiziksel ihmal</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-13 (6)	4-11 (5)	Z:-2,338
	<i>Ort±Ss</i>	7,00±2,20	5,98±1,65	<b>p: 0,019*</b>
<b>Duygusal (emosyonel) ihmal</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-17 (7)	5-11 (5)	Z:-4,575
	<i>Ort±Ss</i>	7,89±3,12	5,43±1,13	<b>p: 0,001**</b>
<b>Cinsel istismar</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	4-11 (5)	4-8 (5)	Z:-0,990
	<i>Ort±Ss</i>	5,57±1,62	5,12±0,59	<b>p: 0,322</b>
<b>Fiziksel istismar</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	4-12 (5)	4-9 (5)	Z:-2,502
	<i>Ort±Ss</i>	5,61±1,66	5,02±0,72	<b>p: 0,012*</b>
<i>Mann Whitney U Test</i>		<b>**p&lt;0,01</b>	<b>*p&lt;0,05</b>	

Gruplara göre olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ); çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.



*Şekil 4: Gruplara göre çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanlarının dağılımı*

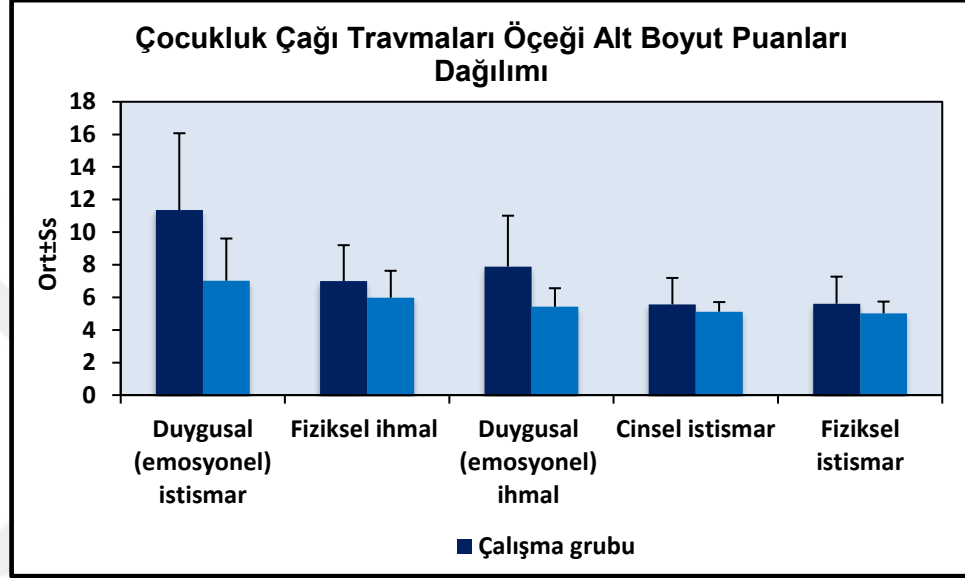
Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Duygusal (emosyonel) istismar puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Fiziksel ihmal puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.019$ ;  $p<0.05$ ).

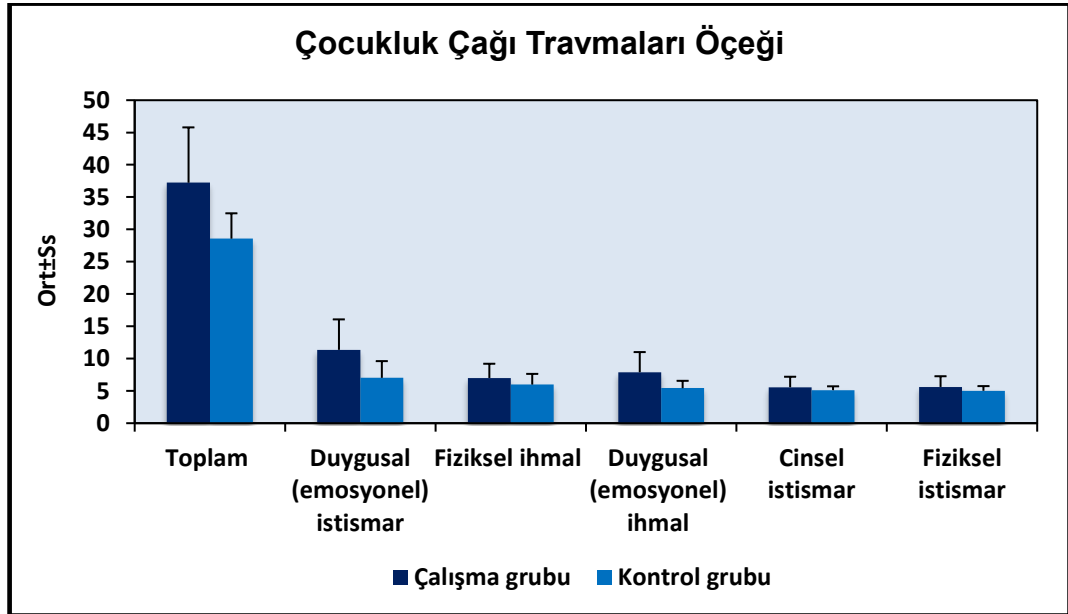
Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Duygusal (emosyonel) ihmal puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

Olguların çocukluk çağı travma ölçeği Cinsel istismar puanları, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0.322$ ;  $p>0.05$ ).

Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Fiziksel istismar puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.012$ ;  $p<0.05$ ).



Şekil 5: Gruplara göre çocukluk çağı travma ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı



Şekil 6: Gruplara göre çocukluk çağı travma ölçeği puanlarının dağılımı

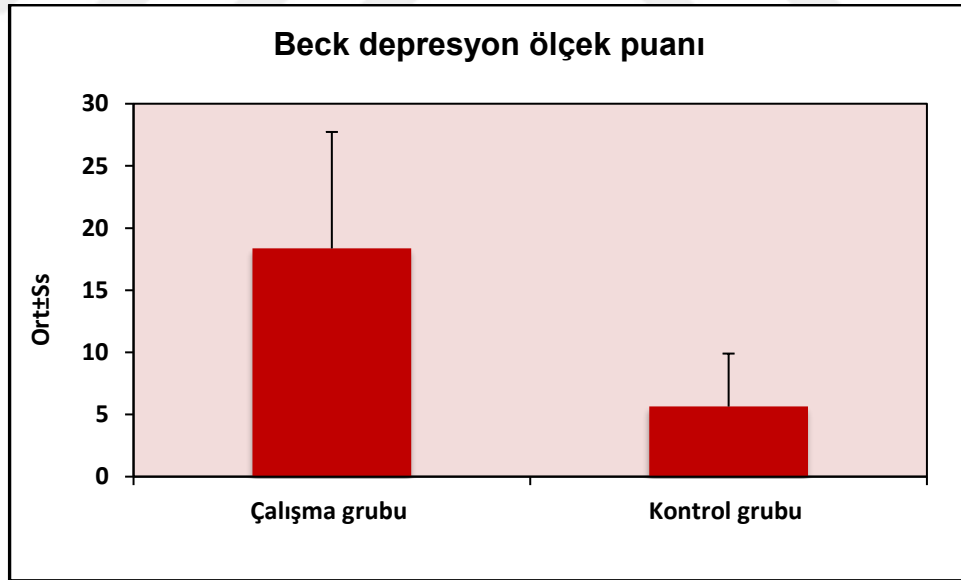


**Tablo 5: Gruplara Göre Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

Beck depresyon ölçeği		Çalışma grubu (n=44)	Kontrol grubu (n=42)	Test Değeri; p
<b>Beck depresyon puanı</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-45 (16)	0-14 (5)	Z:-6,840
	<i>Ort±Ss</i>	18,36±9,37	5,64±4,26	<b>p: 0,001**</b>
	<b>Normal</b>	4 (9,1)	34 (81)	
	<b>Hafif</b>	17 (38,6)	8 (19)	
	<b>Orta</b>	16 (36,4)	0 (0)	
	<b>İleri</b>	7 (15,9)	0 (0)	

*Mann Whitney U Test* \*\*p<0,01

Gruplara göre olguların beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.001; p<0.01); çalışma grubu olguların beck depresyon puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

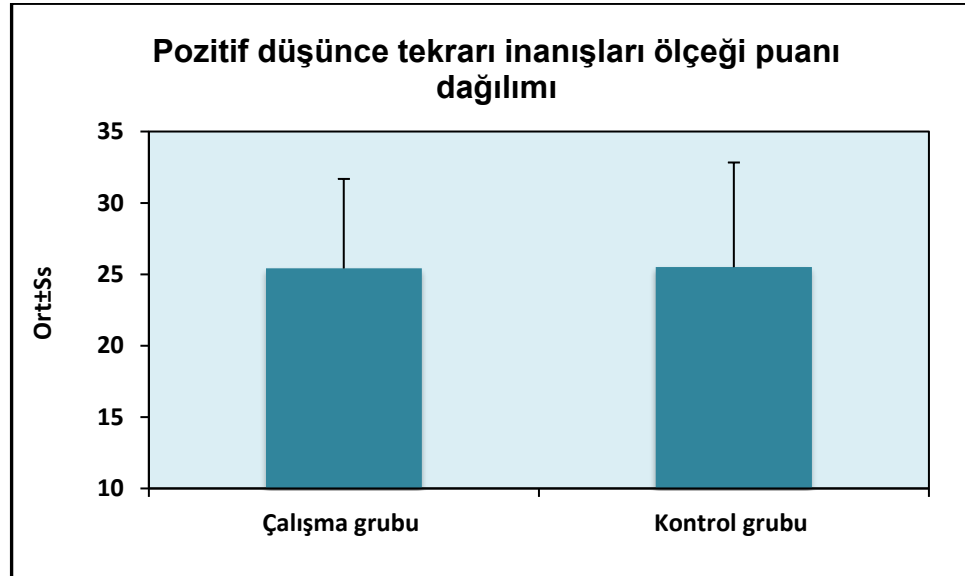


**Şekil 7: Gruplara göre beck depresyon ölçeği puanının dağılımı**

**Tablo 6: Gruplara Göre Pozitif ve Negatif Düşünce Tekrarı İnanışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

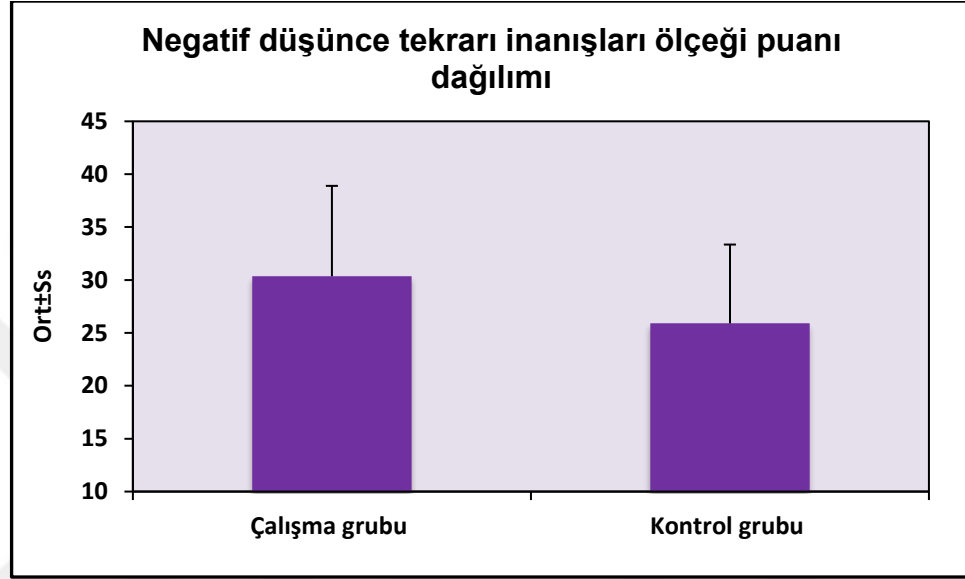
		<b>Çalışma grubu (n=44)</b>	<b>Kontrol grubu (n=42)</b>	<b>Test Değeri; p</b>
<b>Pozitif düşünce tekrarı inancıları ölçeği</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	13-36 (26)	12-36 (27,5)	t:-0,062
	<i>Ort±Ss</i>	25,41±6,27	25,50±7,33	<b>p: 0,951</b>
<b>Negatif düşünce tekrarı inancıları ölçeği</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	12-52 (29)	13-43 (25)	t:-2,576
	<i>Ort±Ss</i>	30,36±8,54	25,90±7,45	<b>p: 0,012*</b>
<b>Olumsuz 1</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6-24 (15)	6-23 (12,5)	t:2,831
	<i>Ort±Ss</i>	15,07±4,44	12,50±3,97	<b>p: 0,006**</b>
<b>Olumsuz 2</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6-28 (15)	7-25 (12,5)	t:2,058
	<i>Ort±Ss</i>	15,52±5,00	13,40±4,52	<b>p: 0,043*</b>
<i>Student t Test</i>	<i>*p&lt;0,05</i>	<i>**p&lt;0,01</i>		

Gruplara göre olguların pozitif düşünce tekrarı inancıları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.951; p>0.05).



**Şekil 8: Gruplara göre pozitif düşünce tekrarı inancıları ölçeği puanının dağılımı**

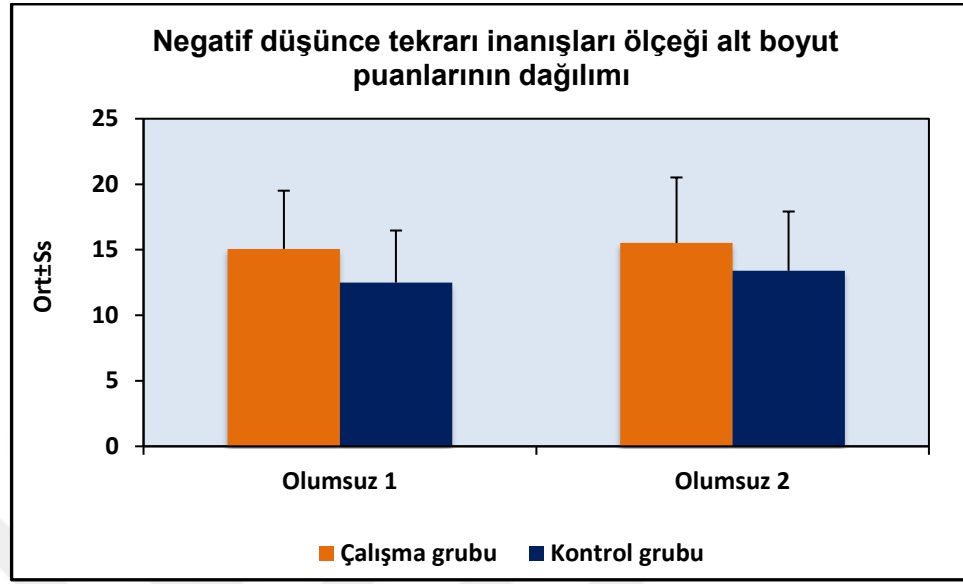
Gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.012$ ;  $p<0.05$ ); çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.



*Şekil 9: Gruplara göre negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanının dağılımı*

Gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği olumsuz 1 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.006$ ;  $p<0.01$ ); çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları olumsuz 1 puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği olumsuz 2 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.043$ ;  $p<0.05$ ); çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları olumsuz 2 puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.



**Şekil 10: Gruplara göre negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı**

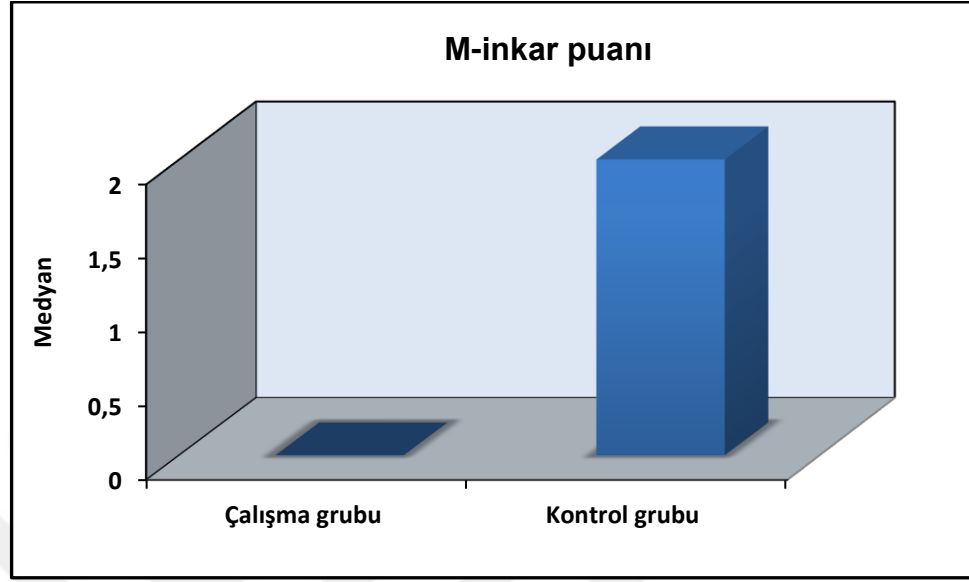
**Tablo 7: Gruplara Göre M-İnkâr Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

M-inkar ölçeği		Çalışma grubu (n=44)	Kontrol grubu (n=42)	Test Değeri; <i>p</i>
<b>M-inkar puanı</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-3 (0)	0-3 (2)	Z:-4,695
	<i>Ort±Ss</i>	0,57±0,82	1,57±0,94	<i>p: 0,001**</i>
	<b>0</b>	27 (61,4)	6 (14,3)	
	<b>1</b>	10 (22,7)	13 (31)	
	<b>2</b>	6 (13,6)	16 (38,1)	
	<b>3</b>	1 (2,3)	7 (16,7)	

*Mann Whitney U Test*

*\*\*p<0,01*

Gruplara göre olguların M-inkar ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ); çalışma grubu olguların M-inkar puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür.



*Şekil 11: Gruplara göre M-İnkarı ölçeği puanının dağılımı*

**Tablo 8: Ölçek Puanlarının İlişkisi**

	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Çocukluk çağı travmaları ölçeği- Beck depresyon ölçeği ilişkisi</b>		
Toplam – Beck depresyon	0,333	<b>0,002**</b>
Duygusal (emosyonel) istismar – Beck depresyon	0,472	<b>0,001**</b>
Fiziksel ihmal – Beck depresyon	0,052	<b>0,634</b>
Duygusal (emosyonel) ihmal – Beck depresyon	0,221	<b>0,041*</b>
Cinsel istismar – Beck depresyon	-0,003	<b>0,976</b>
Fiziksel istismar – Beck depresyon	0,229	<b>0,034*</b>
<b>Çocukluk çağı travmaları ölçeği- Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi</b>		
Toplam – Pozitif düşünce tekrarı inanışları	-0,201	<b>0,064</b>
Duygusal (emosyonel) istismar – Pozitif düşünce tekrarı inanışları	0,061	<b>0,577</b>
Fiziksel ihmal – Pozitif düşünce tekrarı inanışları	-0,122	<b>0,264</b>
Duygusal (emosyonel) ihmal – Pozitif düşünce tekrarı inanışları	-0,205	<b>0,059</b>
Cinsel istismar – Pozitif düşünce tekrarı inanışları	-0,101	<b>0,355</b>
Fiziksel istismar – Pozitif düşünce tekrarı inanışları	0,073	<b>0,504</b>
<b>Çocukluk çağı travmaları ölçeği- Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi</b>		
Toplam – Negatif düşünce tekrarı inanışları	0,145	<b>0,181</b>
Duygusal (emosyonel) istismar – Negatif düşünce tekrarı inanışları	0,322	<b>0,002**</b>
Fiziksel ihmal – Negatif düşünce tekrarı inanışları	0,023	<b>0,836</b>
Duygusal (emosyonel) ihmal – Negatif düşünce tekrarı inanışları	0,072	<b>0,510</b>
Cinsel istismar – Negatif düşünce tekrarı inanışları	-0,167	<b>0,124</b>
Fiziksel istismar – Negatif düşünce tekrarı inanışları	-0,041	<b>0,709</b>
<b>Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği -Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi</b>	<b>0,357</b>	<b>0,001**</b>
<b>Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği - Beck depresyon ölçeği ilişkisi</b>	<b>0,294</b>	<b>0,006**</b>
<b>Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği - Beck depresyon ölçeği ilişkisi</b>	<b>0,463</b>	<b>0,001**</b>

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*p<0,05

\*\*p<0,01

### *Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ilişkisi*

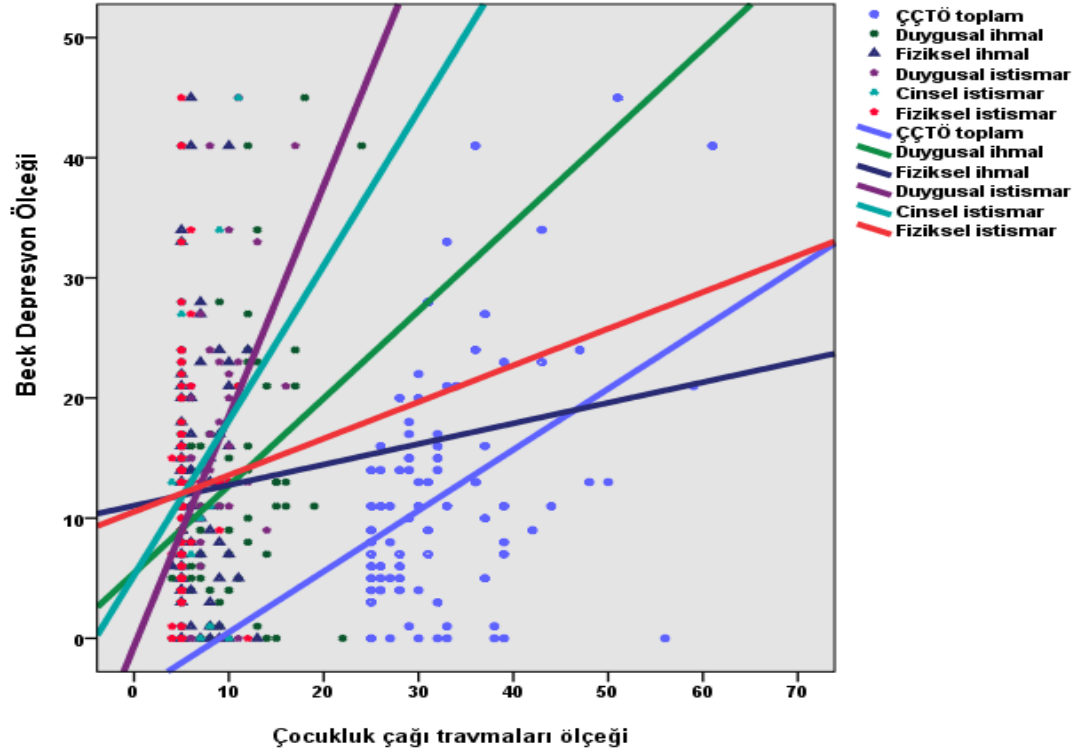
Olguların Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı arttıkça, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.333; p: 0.002;  $p<0.01$ ).

Olguların Duygusal (emosyonel) istismar puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Duygusal (emosyonel) istismar puanı arttıkça, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.472; p: 0.001;  $p<0.01$ ).

Olguların Duygusal (emosyonel) ihmal puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Duygusal (emosyonel) ihmal puanı arttıkça, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.221; p: 0.041;  $p<0.05$ ).

Olguların Fiziksel istismar puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Fiziksel istismar puanı arttıkça, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.229; p: 0.034;  $p<0.05$ ).

Olguların Fiziksel ihmal ve Cinsel istismar puanı ile Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



*Şekil 12: Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ilişkisi*

***Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi***

Olguların Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, Duygusal (emosyonel) istismar, Fiziksel ihmal, Duygusal (emosyonel) ihmal, Cinsel istismar ve Fiziksel istismar puanları ile Pozitif düşünce tekrarı inanışları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

***Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi***

Olguların Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, Duygusal (emosyonel) ihmal, Fiziksel ihmal, Cinsel istismar ve Fiziksel istismar puanları ile Negatif düşünce tekrarı inanışları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



Olguların Duygusal (emosyonel) istismar puanı ile Negatif düşünce tekrarı inanışları puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.322; p: 0.002;  $p<0.01$ ).

***Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ile Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi***

Olguların Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ile Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ilişkisi puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.357; p: 0.001;  $p<0.01$ ).

***Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ilişkisi***

Olguların Pozitif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.294; p: 0.006;  $p<0.01$ ).

***Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ilişkisi***

Olguların Negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.463; p: 0.001;  $p<0.01$ ).

## SONUÇ VE TARTIŞMA

### SONUÇLAR

Çalışmaya 48 kadın, 38 erkek katılımcı ile; çalışma grubunda 44, kontrol grubunda 42 olmak üzere toplam 86 olgu ile yapılmıştır.

Gruplara göre çalışmaya katılan olguların cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Gruplara göre olgularda fiziksel hastalık görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, çalışma grubu olgularda fiziksel hastalık görülme oranının daha yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Gruplara göre olguların aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubu olguların ailelerinin geniş aile olma oranı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olgulara bakım verenlerin, anne ve babaların sağ olma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Gruplara göre olguların yakınlarında psikiyatrik hastalık görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma grubu olguların yakınlarında psikiyatrik hastalık görülme oranı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Duygusal (emosyonel) istismar puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Fiziksel ihmal puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Duygusal (emosyonel) ihmal puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Olguların çocukluk çağı travma ölçeği Cinsel istismar puanları, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir

Çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği Fiziksel istismar puanlarının, kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Gruplara göre olguların beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların beck depresyon puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği RUMİ-olumsuz 1 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları RUMİ-olumsuz 1 (Ruminasyonun kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren alt ölçek) puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği RUMİ-olumsuz 2 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları RUMİ-olumsuz 2 (Ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren) puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların CTQ travma inkar ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların travma inkar puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde dūřüktür.

Olguların ocukluk ağı travmaları ölçeği toplam puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (ocukluk ağı travmaları ölçeği toplam puanı arttıķa, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır;

Olguların Duygusal (emosyonel) istismar puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Duygusal (emosyonel) istismar puanı arttıķa, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Olguların Duygusal (emosyonel) ihmal puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Duygusal (emosyonel) ihmal puanı arttıķa, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Olguların Fiziksel istismar puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Fiziksel istismar puanı arttıķa, Beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Bireylerin çocukluk çağları süresince pek çok travmatik deneyim ile karşı karşıya gelmeleri mümkündür. Travmaya maruz kalmaya ilişkin olarak, bazı kişilerde TSSB, depresyon, anksiyete veya çeşitli davranış sorunları gibi belirtiler görülürken, bazı kişiler de travmadan etkilenmemiş bir tablo sergileyebilirler (Honor,2010). Bu bağlamda; gruplara göre olguların beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların beck depresyon puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. Çocukların travmaya karşı sergileyecekleri davranışların oluşumunda kişisel farklılıkların rolü mevcut olup, bu davranışların kişiye özgü olduğu söylenebilir (Akt; Kaler ve Freman, 1994; Glaser, 2000). Bakım, ilgi ve sevgi ihtiyacının yoğun şekilde duyulduğu bir dönem olarak çocukluk çağında tecrübe edilen negatif yaşam olayları; ihmal ve istismara maruz bırakılan bireylerin gerek çocukluk, gerekse yetişkinlik çağlarında duygusal, psikolojik ve hatta fizyolojik bir takım problemler yaşamalarına ortam hazırlamaktadır (Bilim, 2012).

Çalışma sonuçları da bu bilgiyle örtüşür niteliktedir; gruplara göre olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. Yıllardır yapılan pek çok farklı bakış açısı üzerinden yapılan araştırmalar, çocukluk döneminde karşılaşılan kötü muamelenin, yetişkinlik yıllarınca süregiden sonuçları olduğunu göstermiştir (Akt; Choen ve ark, 2010; Sinani, 2012).

Widom ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir araştırma çocukluk ve ergenlik çağında; cinsel ve fiziksel istismar öyküsü bulunan bireylerin, yetişkinliklerinde de değerlendirilmesini içeren bu araştırmada, major depresyon oranını istismara uğramayan gruba oranla yüksek bulmuştur. Buna göre; çocukluk çağında maruz kalınan travmatik olaylar sonucunda oluşan çaresizlik duyguları, yetişkinlik döneminde de sürdürülebilmektedir ve bu bağlamda yaşanan korku, güvensizlik ve karamsarlık etkisiyle kronik stres belirtileri, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemler ortaya çıkabilmektedir (Dursunkaya, 2007).

Çocukluk çağı ihmalı hangi şekilde yaşanır yaşınsın, meydana gelen olumsuz etkilerin yetişkinlik döneminde psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Bilim, 2012). Durmuşoğlu ve arkadaşları (2006) 'nın 579 üniversite öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre ise; çocukluk çağı istismarının, öz-benlik saygısı, depresyon ve ilişkisel saplantılı düşünmeye yönelik etkilerini ele almış ve çocukluk çağı istismarı yaşantıları ile ilişkisel öz-benlik saygısı arasında negatif, depresyon ve çocukluk çağı istismarı yaşantıları arasında ise pozitif bir korelasyon bulunduğunu tespit etmiştir. İhmal ve istismara maruz kalan çocukların büyük bir kısmının yirmili yaşlarda depresyon tanı kriterlerini karşıladıkları, çalışmalarca belirtilmektedir (Widom, 2007). Depresyon ortaya çıkma oranında ise istismarın şiddetinin belirleyici olduğu ve çoğunlukla fiziksel, cinsel istismarla ve ihmalle birlikte ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Andrews, 2004).

Bununla birlikte; depresyon tanı ölçütleri alan ve almayan iki gruba yapılan bir araştırmaya göre, katılımcılarında depresyonun ilk epizodunun ve tekrar eden major depresyonun olduğu grubun, kontrol grubuna göre çocukluk çağı ihmal ve istismarı bakımından; duygusal ve cinsel ihmal, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere daha yüksek puanlara sahip olduğu sonucuna varmıştır. Bu bağlamda çocukluk çağı travmatik yaşantıları depresyonun ortaya çıkışında önemli bir risk faktörü olmakla beraber, tekrarlayan veya tedavi edilmesinde güçlük çekilen depresyon vakalarında da önemli bir etken olarak göze çarpmaktadır (Bülbül ve ark, 2013; Tan, 2014). Yapılan bir diğer çalışma ise; örneklem grubu üzerinde uzun süreli takip çalışmaları kapsamında, cinsel istismara maruz kalan çocukların cinsel istismar öyküsü bulunmayan çocuklara göre depresyon seviyelerini daha yoğun olarak tespit etmiştir. Çocukluk çağı travmaları ve örselenmelerinin, bireylerin ergenlik ve yetişkinlik dönemlerindeki depresyon seviyelerini arttırmakta olduğu sonucuna varmıştır (Bostancı ve ark, 2006).

Çalışmalara göre; ebeveynden yoksun kalmak, parçalanmış aile yapısı, ebeveynlerin boşanmış olması veya çocuklarla duygusal ilişki kuramamaları gibi etkenler ihmal ve istismarın ortaya çıkması ile ilişkilidir (Bulut, 1996; Polat, 2001; Örsel ve ark, 2011). Bu bilgiye istinaden çalışma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda ise; gruplara göre olguların aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışma grubu olguların ailelerinin geniş aile olma oranı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. Gruplara göre olgulara bakım verenlerin, anne ve babaların sağ olma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Geniş aileye mensup olmanın ise çocukluk çağı travması yaşamak bakımından risk faktörleri arasında olduğu belirtilmektedir (Horton ve Cruise, 2001). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında ise; verilerin bu bilgiyi doğrular nitelikte olduğu görülmekte olup, çalışma grubu ve kontrol grubu aile yapıları bakımından anlamlı farklılık mevcuttur. Bununla beraber, ihmal ve istismar her aile tipinde görülme olasılığına sahiptir. Güler ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışma; çekirdek aile yapısına mensup annelerin çocuklarına daha çok fiziksel istismar ve ihmal içeren tutum sergilediklerini göstermiş olsa da, istatistiki fark anlamlı olarak ortaya çıkmamıştır.

Wolfe ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışma, çocukluk çağı istismarının ergenler üzerinde yaratabileceği psikolojik problemleri incelemiş ve çocukluk çağı istismarına maruz kalmış kızların; çocukluk çağı istismarı öyküsü bulunmayan kızlara göre, öfke, depresyon, anksiyete ve TSSB bakımından daha yüksek riske sahip olduklarını bununla beraber erkeklerin; kızlara göre daha fazla risk altında olduklarını tespit etmiştir. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışma ise; çocukluk çağı travmaları ve depresif belirtiler arasında pozitif bir korelasyon bulunduğunu ortaya koymuştur (Bostancı ve ark, 2006). Çalışma cinsiyet bakımından olgularda bir ayırım ya da karşılaştırma yapmamakla beraber, gruplara göre çalışmaya katılan olguların cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Taner ve Gökler (2004) 'in yaptığı araştırmada ise istismarın görülme yaygınlığı kadınlar için %12-17 oranında iken, erkek katılımcılarda bu oranın %5-8 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber Bostancı ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışma cinsiyetler ve istismar arasındaki ilişki üzerinde anlamlı bir fark tespit edememiştir. Zeren (2012) 'in yaptığı çalışma erkeklerde fiziksel, kızlarda duygusal istismar oranını yüksek bulsa da, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Çocukluk çağı travmalarının incelendiği diğer bir çalışmada, duygusal ihmal puanları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunurken, diğer ihmal türlerine ilişkin kategorilerde kadın katılımcıların puanları erkeklere kıyasla daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Güler, 2014). Bununla beraber Ayaz (2012) 'nin yaptığı çalışmada ise, cinsel istismar oranı kadınlarda, fiziksel istismar oranı ise erkeklerde daha yüksek oranda bulunmuştur. Kadın üniversite öğrencileri üzerinde yurtdışında yapılan bir araştırma ise, katılımcıların %17'sinin çocukluk çağında herhangi bir türden istismara ilişkin yaşantıları olduğunu belirlemiştir (Akt; Kulak, 2006; Messman ve ark, 2004).

Çocukluk çağı travmalarına neden olarak, ebeveynlerde suça ve intihara yönelik girişimlerin bulunması ve ebeveynlerin psikiyatrik bozukluklarının olması da gösterilmiştir (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004). Çalışma sonuçları benzer nitelikte olup, çalışma grubu ve kontrol grubu arasında yakınlarda psiyatrik bozukluk bulunması açısından anlamlı fark bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Bununla beraber, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluklar olmasının çocukların fiziksel ve zihinsel yetersizliklere sahip olmasını ve çocukluk çağı istismar ve ihmal oranını arttırabileceği belirtilmektedir. (Horton ve Cruise, 2001; Taner ve Gökler, 2004). Güler (2014) tarafından şizofreni hastaları üzerinde yapılan çocukluk çağı travmaları konulu bir çalışmaya göre, annesinde herhangi psikiyatrik rahatsızlık olan şizofreni hastalarının fiziksel, cinsel istismar puanları yüksek bulunurken; babasında herhangi psikiyatrik rahatsızlık bulunan şizofreni hastalarında ise cinsel istismar puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Kronik bir hastalığa sahip olmanın ise çocukluk çağı travmalarına dair bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Akt; Küpeli ve ark. 2003; Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). Çalışma içi olgularda ise fiziksel hastalık görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, çalışma grubu olgularda fiziksel hastalık görülme oranının daha yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.



Çocukluk çağı travmaları alt kategorileri ele alındığında ise, ihmal ve duygusal istismarın depresyon ile olan ilişkisini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Hornor, 2011; Spertus ve ark. 2003; Wright ve ark. 2009). Buna göre devamlı olarak yok saymaya, aşağılanmaya, reddedilmeye ve küçümsemeye bağlı oluşan ihmal ve duygusal istismar öyküleri, benliğin olumsuz inanışları içselleştirmesi ile olumsuz etkilerin uzun süreli olarak ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Wright, 2009). Bununla birlikte çocukluk çağında aile ve diğer yakınlar kaynaklı ortaya çıkan cinsel istismar, fiziksel ihmal ve istismar öyküleri, yetişkinlik çağında bireylerin içe kapanık olmasına ve böylelikle yaşanan travmanın etkisi ile kişinin korku halinde olmasına ve bu bağlamda depresyonun ortaya çıkmasına ortam hazırlamaktadır (Hornor, 2011).

Zoroğlu ve arkadaşları (2001) 'nın lisede öğrenim gören ergenler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; çocukluk çağı travmaları alt türleri bakımından en yüksek oranda (%16.5) ihmalin, takiben (%15.8) duygusal, (%13.5) fiziksel, (%10.7) cinsel istismarın görüldüğünü belirtmişlerdir.

Bu oranlar üzerinde ihmalin diğer türden istismarı kapsayıcılığı ve buna ek olarak istismar türlerine nazaran gözle görülür etkilerinin olmaması nedeniyle ayırt edilmee bakımından zorluğunun etkin olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki bilgiler çalışmadan elde edilen veriler ile kıyaslandığında ise çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmak üzere sırasıyla; duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar yer almaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışma ise olgularda fiziksel ve cinsel istismardan daha yüksek oranda duygusal istismarın bildirildiğini göstermiştir (Zoroğlu ve ark, 2012). Literatürdeki bu bilgi ise olgulardan elde edilen sonuçlarla örtüşür niteliktedir. Bununla beraber, ülkemizde fiziksel istismarın daha sık rastlanıldığı izlenimini veren çalışmalarda mevcuttur.

Bilir ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan ve fiziksel şiddetin çocuklarda davranış bozukluklarına etkilerini inceledikleri anne olan kadınların olgu örneklemini oluşturduğu çalışmada; fiziksel istismar oranı daha yüksek bulunmuştur.

Cinsel istismar; beraberinde ortaya çıkabilen utanç ve suçluluk gibi duygular sebebiyle sıklıkla gizlenebilmektedir ve bu yüzden istatistiki verilerin gerçeği yansıtması kısıtlanmaktadır (İçeri, 2008). Çalışmadaki veriler göz önünde bulundurulduğunda ise, olguların çocukluk çağı travma ölçeği cinsel istismar puanları, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ve bu bilgi cinsel istismarın gizlenme ihtimaline dayalı olarak düşündürücüdür.

Travmatik yaşantıların etkileri bireylerin algı ve açıklama şekillerini olumsuz yönde etkilemekte ve bu durum kişileri yeni açıklamalar aramaya itmektedir. Bu durumun ortaya çıkış şekillerinden birisi ise, travmatik olayların ardından görülen ruminasyonlardır. Bununla beraber, girici tarzda olarak nitelendirilen ruminasyon türü uyumlu bir savunma mekanizması olarak görülmemektedir (Watkins, 2008).

Klinik depresyon ele alındığında, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ruminatif düşünceleri tetiklediği ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasını sağladığı, bu ilişkiye ruminasyon düzeyinin aracılık ettiği söylenmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Olayların hemen akabinde ortaya çıkan ruminasyon, travma sonrası büyüme gibi bir kavramla ilişkili olarak kabul edilebilirken, geçen uzun sürenin ardından bu düşüncelerin zorlayıcı şekilde devamlılığı sıkıntı düzeyinin yüksekliğine ilişkin bir işaret olabilmektedir (Tedeschi ve Mcmillan, 2000; Akt: Taku ve ark. 2009). Ortaya çıkışları itibariyle otomatikleşen ruminatif düşünceler, etkin bir işleme süreci mevcut ise ortaya çıkış anlarındaki amaç ve varsayımların aksine yeni duruma ilişkin açıklamaların elde edilmesine olanak sağlar (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Çalışmamızda konuya ilişkin direkt bir ölçüm olmamasına rağmen, kontrol grubunda ÇÇTÖ puanları yüksek fakat depresyon tanı kriterlerini karşılamayan katılımcılara dair sosyal desteğin varlığını ve travma sonrası gelişme kavramlarını düşündürmektedir. Yapılan bazı çalışmalar, geçmişe yönelik tutumları olumlu olan bireylerin çevrelerindeki sosyal ağlardan daha yüksek oranda faydalandıklarını göstermektedir (Holman ve Zimbardo, 2009; Akt: Aldao ve ark, 2010). Öte yandan, sosyal desteğin psikolojik anlamda iyi olma haline katkıları düşünüldüğünde, kişilerin geçmişe dönük olumsuz değerlendirmelere ilişkin tekrar eden düşünceleri olması da, mevcut sosyal destekten yeterince faydalanamayıp psikolojik iyi olma hallerini olumsuz yönde etkileyebilir (Cole ve McPherson, 1993; Akt: Herman-Stahl ve Peterson, 1999). Bu bağlamda çalışma sonuçlarına göre; depresyon skorları gruplara göre olguların negatif düşünce tekrarı inanışları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; çalışma grubu olguların negatif düşünce tekrarı inanışları puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Bununla birlikte, Janoff-Bulman (1992) 'e göre travmatik yaşantıların; bireylerin kendilik değerlerine dair içsel temsillerini olumsuz yönde etkilediği ve bu negatif içsel temsillerin sıklıkla psikolojik sorunların oluşumuna işaret ettiği belirtilmektedir. Çalışma sonuçlarına bakıldığı zaman ise, olguların çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ile Beck depresyon puanları arasında pozitif yönlü (çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı arttıkça, beck depresyon puanları da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yılmaz (2016) tarafından yapılan, depresyonun üstbilişsel modelini analiz etme amacıyla yaptığı ve 305 öğrencinin katıldığı bir araştırmada, katılımcıların ruminasyonlarının, ruminasyona ilişkin olumlu ve ruminasyonun kontrol edilemez oluşuna yönelik olumsuz inanışlarına ve ruminasyonun sosyal ve kişilerarası sonuçlarına ilişkin inanışlarının, depresif belirti düzeylerinin ve bilişsel güvensizlik düzeylerinin incelediği araştırmanın sonuçlarına göre; ruminasyona dair olumlu inanışlar ve olumsuz inanışlar depresyonun belirtilerinin yordanması açısından önem taşımaktadır.

Bununla beraber katılımcıların, ruminasyonun kontrol edilemezliğine ve sosyal, kişilerarası sonuçlarına dair sonuçlarına ilişkin ruminasyon ile depresif belirtiler ilişkisine kısmen aracılık ettiği ve bahsi geçen sürecin bilişsel güvensizliklerdeki değişimi de anlamlılık bakımından açıklamakta olduğu belirtilmektedir. Elde edilen sonuçlar, depresyonun üstbilişsel modeline dair temel bileşenlerin kültürümüzde de hakim olduğunu destekler niteliktedir. Bununla birlikte yapılan çalışma, mevcut çalışma ile negatif ve pozitif düşünce tekrarı inanışları ve depresyon ilişkisini öğrenciler üzerinde yordaması bakımından, ve bu bağlamda kullanılan aynı ölçeklerin bulunması bakımından benzerlik göstermektedir. Mevcut çalışmanın, çalışma grubunun klinik içeriğine ve buna ek olarak çocukluk çağı travmalarını a ele almasına karşılık, tamamen klinik olmayan ve çocukluk çağı travması bakımından herhangi bir inceleme yapmayan bir çalışma olsa da, depresyonun üstbilişsel modelinin ele alındığı bu çalışma sonuç yöntem ve materyal bakımından mevcut çalışma içeriği ve sonuçlarını destekleyici niteliktedir.

Klinik olmayan bir ortamda 207 katılımcı ile yapılan ve çocukluk çağı travması, yetişkinlik dönemi depresyon ve kaygı bozukluğu ilişkisinde ruminasyonun rolünün araştırıldığı bir çalışmaya göre, çocukluk çağı travma yaşantısı bulunan kişilerde ruminasyonun depresyon ve anksiyete semptomlarının ortaya çıkışında kritik bir rolü olduğu ortaya konmuştur. Katılımcılar arasında, kadınların erkeklere oranla mevcut ilişkiye istinaden daha yüksek oranda anlamlı farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Kim ve ark, 2017). Çalışma çocukluk çağı travması, yetişkinlik dönemi depresyonu, kaygı ve depresyon ilişkisini yordaması bakımından önem göstermekle beraber, mevcut çalışmadan farklı olarak çocukluk çağı travması, kaygı ve depresyon ilişkisini yetişkinler üzerinde, daha geniş fakat klinik olmayan bir örnekleme farklı materyaller kullanarak ele almıştır. Bu farkların mevcudiyetine rağmen, sonuçlar öğelerin ilişkisine dikkat çekmektedir ve klinik olan, olmayan grupların karşılıklı incelenmesi amacını güden nispeten küçük örneklemler ve klinik çalışma grubu içeren mevcut çalışma ile benzer bulguların elde edilmesiyle sonuçlanmıştır.

Depresyonun gelişimini ve sürdürülmesini açıklamak için birçok psikolojik model geliştirilmiştir. En yaygın olarak değerlendirilen model, depresyonun bilişsel modelidir. Bu eksende yapılan bir araştırma; üst bilişsel inançların, fonksiyonel olmayan tutumları ve depresif belirtilerin değişkenliğini açıklayıp açıklayamayacağını araştırmıştır; 715 öğrenci ile yapılan bu araştırmanın sonuçlarına göre, pozitif metakognitif inançlar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye tamamen ruminasyonun aracılık ettiğini, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz metakognitif inançların ise kısmen ruminasyon aracılığı ile depresif belirtilerin oluşmasına etki ettiğini göstermiştir. Sonuçlar, pozitif ve negatif metakognitif inançların depresif belirtilerin sürdürülmesinde ayrılmaz bir rol oynadığını göstermektedir (Huntley ve Fisher, 2016). Çalışma pozitif ve negatif metakognitif inançlar ve ruminasyon ilişkisini depresif belirtiler açısından öğrenciler üzerinde incelenmesini amaçlamıştır, mevcut çalışma ile ruminasyonun, pozitif ve negatif metakognitif inanışların ve depresif belirtilerin öğrenci bazlı bir örneklem üzerinde incelenmesi bakımından benzerlik, klinik içerik barındırmaması bakımından ise farklılıklar içermektedir. Buna rağmen; sonuç bazlı olarak ele alındığında, pozitif ve negatif metakognitif inanışların depresif belirtiler üzerindeki rolünü vurgulayan bulgular elde edilmesi, mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Ehlers ve Clark (1999) 'ın bilişsel modelde travmayı ele aldıkları modele göre, bireyler travmatik yaşantıları, devam eden ciddi tehditler olarak algılayabilirler ve bu bağlamda TSSB ortaya çıkabilir. Çalışmamızda katılımcıların TSSB belirtilerine dair ölçme ve değerlendirme yapılmamakla birlikte, katılımcıların yüksek orandaki ÇÇTÖ skorları düşündürücüdür. Micheal ve arkadaşları (2007) 'na göre, ruminatif düşüncelerin sadece zorlayıcı hatıralara baş etme amaçlı olmadığı, bu yaşantılara istinaden tetikleyici ve canlı tutucu özellikleri olduğunda belirtilmektedir. Katılımcıların ruminatif alışkanlıkları ve ÇÇTÖ skorları incelendiğinde ise, olguların çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, duygusal (emosyonel) ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar puanları ile negatif düşünce tekrarı inanışları ve pozitif düşünce tekrarı inanışları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Olguların duygusal (emosyonel) istismar puanı ile negatif düşünce tekrarı inanışları puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun yanında, literatürdeki çalışmalar incelendiğinde yüksek orandaki ruminatif düşüncelerin yüksek TSSB düzeyleri ile ilişkili olduğu yönündeki bilgiler göze çarpmaktadır (Taku ve ark. 2008).

Travma sonrası gelişim modeline göre, travmatik yaşantılar kişilerin mevcut şemalarında bir takım önemli değişikliklerin oluşmasına sebep olabilir. Teoriye göre, şemalarda oluşan değişim şiddet bakımından yoğunlaştıkça bireylerde travma sonrası gelişim düzeyinin artması beklenmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2004).

Travma sonrası gelişim faktörünün incelendiği çalışmalara göre, kadınların erkeklere oranla daha büyük bir oranda travma sonrası gelişim gösterdiği görülmektedir (Elçi 2004; Dirik 2006; inley ve Joseph, 2004; Tedeschi ve Calhoun, 1996). Fakat, travma sonrası gelişimin cinsiyet bakımından farklılık göstermeksizin ortaya çıktığını öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (Ho ve ark, 2011).

Öte yandan konu ile ilişkili olarak yapılan çalışmalar; travma sonrası gelişim kavramının sosyal destek ile ilişkili olduğunu, sosyal desteğin artması ile travma sonrası gelişim oranlarının da arttığını ortaya koymaktadırlar (Bostock ve ark, 2009; Dirik ve Karancı, 2008; Yorulmaz ve ark. 2010).

Bireylerin incinme düzeyleride herhangi stres etken karşısında ortaya çıkabilecek tepkiler ile alakalı belirleyici bir faktör olabilmektedir. İncinme düzeyi nispeten yüksek bir birey; zorluk içeren yaşam olaylarına ilişkin stres belirtileri gösterirken, incinme düzeyinin düşük olması durumunda benzer tepkilerin ortaya çıkması mümkün olmayabilir. Buna göre, birbiri üzerine maruz kalınan stres faktörlerinin varlığı incinme düzeyi yüksek bireylerde travma benzeri tepkilerin gözlenmesine sebep olabilmektedir (Aker,2000).

Geçmiş yaşantılara istinaden yapılan değerlendirmelerde göz önünde bulundurulması gereken önemli noktalardan birinin, bu tecrübelerin uzun süre önce olması ve unutulması için yoğun çaba sarfedilmiş istismar öykülerine ait anların çarpıtılmış ve bozulmuş olma ihtimalidir (Allen, 2008).

Ergenlik çağı depresyonu sıklığındaki bu artış; toplum nezdindeki etiketleme ve profesyonellerin mevcudiyetinin artışı, depresyonun anlaşılmasına yönelik çalışmaların kapsamlı hale gelmesi ve bir takım sosyokültürel etkenlere bağlı artan tedavi arayışındaki yüksek oran ile ilişkilendirilebilmekle beraber; oranların sıklığındaki yükseklik gerçek bir artıştan ya da başlangıç yaşının erkene kayışından ziyade, belirtilen etkenlerin etkisini de ortaya koyabilmektedir (Tamar ve Özbaran, 2004).



## KAYNAKÇA

Aker, T. (2006), 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3): 204-212

Akdemir, D., Çetin, F. Ç. (2008). Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 15(1).

Aktepe E. (2009), Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.; 1: 95-119.

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

Akıskal HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 1559-75

Albayrak, E. Ö., Ceylan, M. E. (2004), Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler; Düşünen Adam, 17(1):27-33

Altıntaş, I. (2008). Dissosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S. ve Lapkin, J. B. (2000). The Temple- Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime History of Axis I Psychopathology in Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression. Journal of Abnormal Psychology, 109 (3), 403-418.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85



Aral, G. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi, 151: 36-39.

American Professional Society On The Abuse Of Children (APSAC), (1995). Guidelines For The Psychosocial Evaluation Of Suspected Psychological Maltreatment In Children And Adolescents. Chicago: Author.

Aral, N. (1997). Fiziksel İstismar ve Çocuk. Tekışık Veb Ofset Tesisleri, Ankara

Bahar, G., Sabaş, H.A., ve Bahar, A, (2009). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12), 51-65

Batur, S. (1998). Karışık Anksiyete–Depresyon Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikoloji Yazıları, 1 (1), 61-71.

Beck, A.T. (1997) Cogniüve models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarlerly: 1:5-37.

Beck A.T .1961, “An inventory for measuring depression”. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.

Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D., Cassavia, E. (1992), A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, Volume 16, Issue 1, 101–

Bennet, H., Wells A. (2010), "Metacognition, Memory Disorganization and Rumination in Posttraumatic Stress Symptoms", Journal of Anxiety Disorders, 24, ss. 318-325.

Bilim, G, (2012). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişilerarası Tarz Ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Bilir, İ., Arı, M., Dönmez, N.B., Güneysu, S., (1991). 4-12 Yaşları Arasındaki 16.100 Çocukta Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme, Esin Konanç Ve Diğerleri (Der.) Çocuk Gıstismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, (45-53), Ankara: Gözde Repo Ofset

Bilim G. (2012), Çocukluk çağı örselenme yaşantıları: Duygu düzenleme, kişilerarası tarz ve genel psikolojik sağlık açısından bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı.

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989). T.C Resmi Gazete, 22184, 27 Ocak 1995

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.T., Hwang, I., et al. (2010), Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Br J Psychiatry, 197:20

Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O., Alpak, G. (2013). Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14, 93-9.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R.G., McMillan, J. (2000), "A Correlational Test of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Religion and Cognitive Processing", Journal of Traumatic Stress, 13(3), ss. 521- 527.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2006), "Handbook of Posttraumatic Growth", L. G. Tedeschi, & R. G. Tedeschi; The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework, ss. 3-23. NJ Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Chen, Y., Jiang, Y. and Mao, Y.J., 2009, " Association between obesity and depression in Canadians", Womens Health, 18:1687-1692.

Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L. ve Blake, C. K. (2000). On Assessing Individual Differences in Rumination on Sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75 (3), 404-425.

DSM-5, 2013, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Dubovsky, S.L., Davies, R., Dubovsky, A.N. (2004), Mood Disorders. Essential of Clinical Psychiatry, RA Hales, SC Yudofsky (Ed), İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, (2), s.243-337.

Dursunkaya, D, (2007), Duygusal Örselenme Ve İhmal; Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi İçinde (478-487). *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler*, 3 (3).

Ehlers, A., Clark, D. M. (2000), "A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder"; *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), ss. 319-345.

Ehring, T., Fuchs, N., Klasener, I. (2009), "The Effects of Experimentally Induced Rumination Versus Distraction on Analogue Posttraumatic Stress Symptoms"; *Behavior Therapy*, 40, ss. 403-413.

Erkman, F. (1989), Çocukların Duygusal Ezimi. Çocuk İstismarı Ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1: Ulusal Kongresi, (163-169), Ankara: Gözde Repo Ofset

Eryüksel, G. N., Akün, E. (2003), Depresyonu olan ergenler ile Ana- Babalarının Aile ilişkilerinin Ve Bilişsel Çarpıtmalarının İncelenmesi: *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (51), 59-73.

Eskin, M. (2000). Ergen Ruh Sağlığı Sorunları Ve İntihar Davranışlarıyla İlişkileri" *Klinik Psikiyatri*: 3, 228-234.

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

Friedeman, M.J. (2000), Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas City: Compact Clinicals.

Goodwin, R.D., Jacobi, F., Bittner A ve ark. (2007) Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Ed), Çeviri Editörü T Oral, İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, s.33-54.

Gökler, I. (2002), Çocuk İstismarı ve İhmali: Erken Dönem Stresin Nörobiyolojik Gelişime Etkisi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9: 47-57

Gökler, R. (2006). Eğitimde Çocuk İstismarı Ve İhmaline Genel Bir Bakış: Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3, 47-76.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002), Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal Ve Fiziksel İstismar: İhmal Davranışı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 24, 128-134

Güler, N., Uzun, S., Boztaş Z., Aydoğan, S. (2002), Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar: İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler; Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (3):128-134.

Gündüz, B., Gökçakan, Z. (2004), Fiziksel İstismar Açısından Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi: Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13, 29-40.

Güner, S., Güner, S., Şahan, M.H. (2010), Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; stismar. Van Tıp Dergisi, 17 (3): 108-113.

Gürpınar, D. A., Erol, L. M. (2007), Depresyon ve Nöroplastisite, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 17:100-110.

Glaser, D. (2002), Emotional Abuse And Neglect (Psychological Maltreatment): A Conceptual Framework. Child Abuse & Neglect, 26, 697–714.

Glaser, D. (2000), Child Abuse And Neglect And The Brain: A Review. Journal Of Child Psychology And Psychiatry; 41(1), 97-116.

Hildyard, K.L., Wolfe, A.D. (2002), Child Neglect: Developmental Issues And Outcomes. Child Abuse & Neglect, 26, 679–695

Hisli, N. (1989), Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği: Türk Psikoloji Dergisi; 7: 3-13

Hisli, N. (1988), Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma: Türk Psikoloji Dergisi; 6: 118-261

Hornor, G. (2011), Emotional Maltreatment. Journal of Pediatric Health Care, 26 (6), 436-442.

Hornor, G. (2010), Child Sexual Abuse: Consequences And Implications: Journal Of Pediatric Health Care, 24(6), 358-364.

Horwarth, J. (2007), Child Neglect: Identification And Assessment. New York, Palgrave.

Huntley, D., Fisher, P. L. (2016), Examining The Role of Positive And Negative Metacognitive Beliefs in Depression: Scandinavian Journal Of Psychology, DOI: 10.1111/sjop.12306.

Işık, E. (2003), Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1. Baskı, Görsel Sanatlar Matbaacılık: 150-153

İşeri, E. (2008), Cinsel İstismar; Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.1.Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 470-477

Kaler, S.R., Freeman, B.J. (1994), Analysis Of Environmental Deprivation: Cognitive And Social Development In Romanian Orphans. Journal Of Child Psychology And Psychiatry, 35(4), 769- 781.

Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004), Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 47: 140-51.

Karasar, N. (2009), Araştırmalarda Rapor Hazırlama, Ankara: Nobel Yayınevi

Karatepe, H. T. (2013), "Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması; Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 23 (3), ss. 231-241.

Kars, Ö. (1994), Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenleri ve okul başarısına etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kars, Ö., (1996) Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları: Bizim Büro Basımevi, Ankara.

Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., (2007), Prevalence of depressive symptoms; ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students: Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2):137-146.

Kendall-Tackett, K., Marshall, R. (1998), Sexual Victimization of Children, Incest and Child Sexual Abuse, Chapter 3, 47-63.

Kim, J. S., Min, J. J., Jung, W., Hahn, S. W., Lee, S. H. (2017), Rumination as a Mediator Between Childhood Trauma and Adulthood Depression/Anxiety in Non-clinical Participants, Clinical And Health Psychology: Journal Frontiers.

Kılınç, S., & Torun, F. (2011). Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi, 86 (1), 39-47.

Koşar, N. (1989), Sosyal Hizmetlerde Aile Ve Çocuk Refahı Alanı, Ankara: Yargıçoğlu Matbaası.

Kozcu, İ. (1989). Çocuk İstismarı Ve İhmali. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, 63.

Kutchinsky, L. "Socialization Goals and Mother Child Interaction: Strategies for Long Term and Comparance: *Developmental Psychology*, 20(6): 1061-1073, 1981.

Leahy, R. L. (2002), A Model of Emotional Schemas; *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.

Lipman, E.L., MacMillan, H.L., Boyle, M.H. (2001), Childhood abuse and pyschiatric disorders among single and married mothers: *Am J Psychiatry*; 158: 73-77

Martin, L., Tesser, A. (1996). Some Ruminative Thoughts. In R. S. Wyer (Eds.), *Ruminative Thoughts; Advances in Social Cognition: Hillsdale: Erlbaum*, 9, (p. 1-47).

Micheal, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., Ehlers, A.(2007), "Rumination in Posttraumatic Stress Disorder", *Depression and Anxiety*, 24, ss. 307- 317.

National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). *Child Maltreatment 2008*. U.S.Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.

Nolen-Hoeksama, S. (1998), "The Other End of the Continuum: The Costs of Rumination", *Psychological Inquiry*, 9 (3), ss. 216-219.

Nolen-Hoeksama, S., Christopher, D.G. (1999), " 'Thanks for Sharing that' Ruminators and their Social Support Networks", *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, ss. 801-814.

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan-Kahiloğulları, A., Akgün-Aktaş E. (2011), Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi: Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12: 130-136.

Özer, G. (2014), Ebeveynlerin Çocuk Cinsel İstismarına Dair Bilinçleri, Endişeleri Ve Aldıkları Önlemler; İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul.

Öztürk, S. (2007), Çocuklarda Duygusal İstismar: Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ

Papageorgiou, C., Wells, A. (2001), Positive Beliefs About Depressive Rumination: Development and Preliminary Validation of a Self-Report Scale. Behavior Therapy, 32, 13-26.

Papageorgiou, C., Wells, A. (2004), Nature, Functions, and Beliefs About Depressive Rumination. In C. Papageorgiou ve A. Wells (Eds.), Depressive Rumination: Nature, Theory, Treatment (p. 1-20). Chichester, UK: Wiley.

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., Blanco, C. (2012), Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. Comprehensive Psychiatry, 54 (1): 16-27.

Polat, O. (2001), Çocuk Ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları

Polat, O. (2004), Klinik Adli Tıp, Ankara: Seçkin Yayıncılık 1.Baskı.

Polat, O. (2007), Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımlar I, Ankara: Seçkin Yayıncılık 1. Baskı

Rihmer, Z., Angst, J. (2005), Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, (7) s 447-59.



Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., Ramiro, L. (2002), Child abuse and neglect by parents and other caregivers: World report on violence and health; WHO, Geneva.

Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005), Klinik psikiyatri; 4. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi.

Şar, V. (1997), Kötüye Kullanım Ve İhmalle İlişkili Sorunlar: Temel Psikiyatri, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 823-834.

Şar, V., Akyüz, G., Kuğu, N., Öztürk, E., Ertem-Vehid, H. (2006), Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma: J Clin Psychiatry, 67(10): 1583-90.

Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği: Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 1-18.

Savaşır, I., Şahin, N. H. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, No: 9, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Sertöz, Ö. Ö., Mete, H. E. (2004), Bedensel Hastalıklarda Depresyon: Klinik Psikiyatri; 2:63-69.

Shapiro, S. (1987), Self-mutilation and self-blame in incest victims: American Journal of Psychotherapy, 46-53.

Smith, J. M. ve Alloy, L. B. (2009). A Roadmap To Rumination: A Review of the Definition, Assessment, and Conceptualization of This Multifaceted Construct. Clinical Psychology Review, 29 (2), 116-128.

Şimşek, F., Ulukol, B., Bingöler, B. (2004), Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakışı: Adli Bilimler Dergisi, 3(1): 47-52.

Sinani, G. (2012), Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Ve Ağrı Yakınması Olan Kişilerde Çocukluk Çağı Travmasının Varlığı; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı: Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Siyez, D. M. (2003). Duygusal İstismara Maruz Kalan Ve Kalmayan Ergenlerin Benlik Algıları İle Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Siyez, D.M. (2003), Duygusal İstismara Maruz Kalan ve Kalmayan Ergenlerin Benlik Algıları ile Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması; Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Sungur, M. Z. (2007), CBT2007 eğitim notları 5: Kognitif terapide depresyon ve antisipasyon; Kognitif görüş bağlamında depresyon ve antisipasyon.

Sungur, M. Z. Depresyonun kognitif teorisi. Depresyon Monografaları Serisi 199 3:123-134.

Suzuki, E., Yagi, G., Nakaki, T., Kanba, S., Asai, M. (2001), Elevated plasma nitrate levels in depressive states: J Affect Disord, 63: 221-224, 2001.

Şenol, S. (2005), Çocukluk ve Ergenlik döneminde Depresyon; Depresyon, Ankara: Bilimsel Tıp yayın evi, 75-111.

Tamar, M. Özbaran, B. (2004), Çocuk ve Ergenlerde Depresyon: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Çocuk ve Ergenlerde Depresyon: Klinik Psikiyatri; 2:84-92.

Taner, Y., Gökler, B. (2004), Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri, Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 82-86.

Taşgın, E., Çuhadaroğlu, Ç. F. (2006), Ergenlerde Majör Depresyon; Risk Etkenleri, koruyucu etkenler ve Dayanıklılık. Çocuk ve Gençler Ruh Sağlığı Dergisi: 13(2).

Tegin, B. (1980), Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Thomsen, D. K. (2006). The Association Between Rumination and Negative Affect: A Review. *Cognition & Emotion*, 20 (8), 1216-1235.

Tıraşçı, Y., Gören, S. (2007), Çocuk İstismarı Ve İhmali: *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (1): 70-74.

Tiftik, N. (2012), Adam Öldürme Eylemi Nedeniyle Hüküm Giymiş Kadınlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarına Maruz Kalma, Adil Dünya İnancı Ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Topbaş, M, (2004), İnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk İstismarı: *TSK Koruyucu Bülteni*, 3,(4), 76-80.

Topçu, S. (2009), Cinsel İstismar, Ankara: Phoenix Yayınevi, 1. Baskı

Toros, F. (2003), Çocukluk Çağı ve Ergenlik Dönemi Depresyonlarında Risk etmenleri: *T Klin Psikiyatri*, 3, 75 – 79.

Turhan, E., Sangün, Ö., Nandı, T., (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı Ve Önlenmesi: *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15: 153- 157

Türkoğlu, A. S. (2013), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi: Depresif Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlarla İlişkisi.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (1986). *Statistics on Children in UNICEF Assisted Countries*.

Ünal, S., Özcan, E. (2000), Depresyonda hazırlayıcı ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler: Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1):41-48.

Ünal, F. (2008), Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali: TSA / Yıl: 12, S:1.

Üstün, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S. (2004), Global burden of depressive disorder in the year 2000. Br J Psychiatry, 184: 386-392.

Watkins, E. R. (2008), Constructive and Unconstructive Repetitive Thought: Psychological Bulletin, 134 (2), 163-206.

Williams, D.R., Neighbors, H.W. (2007), Duygudurum Bozuklukları Üzerine Sosyal Bakış Açıları: Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi; Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, s. 145-158.

World Health Organization. (1999), Report Of The Consultation On Child Abuse Prevention, 29–31 March, Geneva. Geneva, World Health Organization.

World Health Statistics. (2007), Part 1: Ten statistical highlights in global public health. 7. Mental illness: depression worsens the health of people with chronic illness. p.16.

World Health Organization. (2006), Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.

Worthington, E. L. (2006). Forgiveness and Reconciliation: Theory and Application. New York, NY: Routledge.

Yalvaç, H. D. (2012) Depresyonun Epidemiyolojisi; Türkiye Klinikleri: J Psychiatry-Special Topics 2012;5(2).

Yanık, M., Özmen, M. (2002), Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım/ İhmal Yaşantıları İle İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme Ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişki: Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 140- 146.

Yıldırım, F. (2010), Majör Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Dürtüsellik, Öfke Ve İntihar Davranışı İle İlişkisi; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi: Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yılmaz, A. (2009), Çocuk İstismarı Ve İhmali: Risk Faktörleri Ve Çocukların Psiko-Sosyal Gelişimi Üzerindeki Etkileri. *Civilacademy Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1).

Yılmaz, A. E. (2016), Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde İncelenmesi: *Türk Psikiyatri Dergisi*;27(2):100-9.

Yılmaz, A.E., Sungur, M.Z., Konkan, R., Şenormancı, Ö. (2015), Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçeklerinin Klinik ve Klinik Olmayan Türk Örneklemlerindeki Psikometrik Özellikleri: *Türk Psikiyatri Dergisi*; 26(4):268-78

Yılmaz, A.E., Sungur, M.Z., Konkan, R., Şenormancı, Ö. (2014). Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçeklerinin Klinik ve Klinik Olmayan Türk Örneklemlerindeki Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25.

Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, M.A., Geçendoğan, B., Özveren, Ö. (2009), Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki: *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 10:55-61.

Zara-Page A. (2004), Çocuk Cinsel İstismarı: Cinsel İstismara Neden Olan Etkenler ve Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7 (13):103- 113.

Zeren, C., Yengi, E., Çelikel, A., Arık, A., Arslan, M. (2012), Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı İstismarı Sıklığı: *Dicle Tıp Dergisi*; 39 (4): 536-541

Zeytinoğlu, S. (1991), Sağlık, Sosyal Hizmet ve Hukuk Alanlarında Çalışanların Türkiye'de Çocuk İstismarı Ve İhmali Sorunu İle İlgili Görüşleri: *Çocuk İstismarı ve İhmali* (147-161). Ankara: Gözde Repro Ofset.

Zeytinoğlu, S. (1999), “Sağlık, Sosyal, Hizmet, Hukuk ve Eğitim Alanlarında alışanların Türkiye’de ocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Görüşleri”; ocuk İstismarı ve İhmali: Ankara, Pelin Ofset.

Zoroğlu, S.S., Tzn, ., şar, V., ztrk, M., Ercal-Kora, M., Alyanak B. (2001), ocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları: Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2(2):69-78.





## ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı - Soyadı: ..... Tarih: ..... / ..... / 20 .....

Protokol No: ..... Yaş: .....

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	KİMİ ZAMAN	ÇIK TALARAK	ÇOK ÇIK
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.					
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da şaldirganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duyusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

Referans: Şar V., Öztürk E., İkikardeş E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(4)

Değerlendiren Psikolog  
Kaşe / İmza

NP.FR.678

Revizyon No: 1 (26.10.2015)





**NP Hastanesi**  
**İSTANBUL**

## BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Adı ve Soyadı: ..... Protokol No: ..... Tarih: ..... / ..... /20.....

Cinsiyeti: ..... Yaşı: .....

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. 0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.  
1) Gelecekte karamsarım.  
2) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.  
3) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1) Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.  
2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1) Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.  
2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.  
1) Cezalandırılabilirim gibi seziyorum.  
2) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0) Kendimden hoşnudum.  
1) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.  
2) Kendime çok kızıyorum.  
3) Kendimden nefret ediyorum.
8. 0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.  
2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.  
2) Kendimi öldürmek isterdim.  
3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0) İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.  
1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
3) Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.

NP.FR.108

Revizyon No: 6 (04.10.2016)

"Devamı için arka yüze bakınız" →



1 / 2

EK-2



11. 0) Şimdi her zaman olduğundan daha sınırlı değilim.
  - 1) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
  - 2) Şimdi hep sınırlıyım.
  - 3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. 0) Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
  - 1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  - 2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
  - 3) Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. 0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
  - 1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  - 2) Karar verirken eskisine göre güçlük çekiyorum.
  - 3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
  - 1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  - 2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
  - 3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
  - 1) Bir şeyi yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  - 2) Bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  - 3) Hiç bir şey yapamıyorum.
16. 0) Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.
  - 1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  - 2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
  - 3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
17. 0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
  - 1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  - 2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
  - 3) Kendimi hiç bir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0) İştahım her zamanki gibi.
  - 1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
  - 2) İştahım çok azaldı.
  - 3) Artık hiç iştahım yok.
19. 0) Son zamanlarda kilo vermedim.
  - 1) İki kilodan fazla kilo verdim.
  - 2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
  - 3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. 0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
  - 1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
  - 2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
  - 3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünmüyorum.
21. 0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişime fark etmedim.
  - 1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  - 2) Cinsel konularla şimdi daha az ilgiliyim.
  - 3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Teşekkürler.

DEĞERLENDİREN (Kaşe-İmza): .....

Uyarlayan Buket Teğin: Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış Doktora tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 1980.  
NPISTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cd. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50  
NPFENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneryolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30  
NPETİLER POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İST. Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19  
NPALTUNIZADE POLİKLİNİĞİ: Altunizade Mah. Mahir İz Cd. No: 23 34674 Üsküdar / İST. Tel: 0216 400 22 55 - Faks: 0216 651 55 10

2 / 2

### NEGATİF DÜŞÜNCE TEKRARI İNANISLARI ÖLÇEĞİ (NBRS)

*Costas Papageorgiou & Adrian Wells*

Bu test, düşünce tekrarı ile ilgili negative inançlarınızı ölçmektedir. Aşağıda bu inançlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen herbirini dikkatlice okuyarak "genel olarak" ne kadarına katıldığınıza karar verin. Lütfen size uygun cevabı yuvarlak içine alarak her bir soruyu yanıtlayın.

	<i>Katılmıyorum</i>	<i>Kısmen Katılıyorum</i>	<i>Oldukça Katılıyorum</i>	<i>Tamamen Katılıyorum</i>
1. Zihnimin düşünceler ile meşgul olması beni fiziksel olarak hasta eder	1	2	3	4
2. Zihnim birşey ile meşgul iken başka hiçbirşey yapamam	1	2	3	4
3. Zihnimin yoğun olarak birşey ile meşgul olması kontrolden çıktığımı gösterir	1	2	3	4
4. İnsanlar zihnimin kendimle ilgili ne kadar meşgul olduğunu bilseler beni tuhaf karşılarlar	1	2	3	4
5. Eğer zihnim sürekli birşey ile meşgul olursa bu, insanlar ile ilişkilerimi olumsuz etkiler	1	2	3	4
6. Problemler hakkında zihnimin meşgul olması benim kontrolüm dışında	1	2	3	4
7. Depresyonum hakkında tekrar tekrar düşünmek kendimi öldürmeme sebep olabilir	1	2	3	4
8. Zihnimin sürekli düşünceler ile meşgul olması, beni başarısızlık ve kayba götürür	1	2	3	4
9. Zihnimin birşey ile meşgul olmaması konusunda kendimi durduramıyorum	1	2	3	4
10. Zihnimin sürekli birşey ile meşgul olması kötü bir durumda olduğumu gösterir	1	2	3	4
11. Geçmişte olan kötü şeyleri düşünmemek imkansızdır	1	2	3	4
12. Sadece zayıf insanlar zihinlerini sürekli birşey ile meşgul ederler	1	2	3	4
13. Zihnimin sürekli bir şey ile meşgul olması bana zarar verir	1	2	3	4

NP.FR.592 Revizyon No: 0 ( 17.03.2012 )

### POZİTİF DÜŞÜNCE TEKRARI İNANIŞLARI ÖLÇEĞİ (PBRs)

*Costas Papageorgiou & Adrian Wells*

Bu test, düşünce tekrarı ile ilgili pozitif inançlarınızı ölçmektedir. Aşağıda bu inançlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen herbirini dikkatlice okuyarak "genel olarak" ne kadarına katıldığınıza karar verin. Lütfen size uygun cevabı yuvarlak içine alarak her bir soruyu yanıtlayın.

	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Depresif duygularımı anlamak için problemlerim hakkında tekrar tekrar düşünmeliyim.	1	2	3	4
2. Önlem alabilmek için geçmişteki kötü şeyler ile ilgili düşünmeye ihtiyacım var.	1	2	3	4
3. Depresyonun sebeplerini bulabilmem için problemlerim hakkında düşünmeye ihtiyacım var	1	2	3	4
4. Problemlerim hakkında yoğun olarak düşünmek önemli noktalara odaklanabilmemi sağlar	1	2	3	4
5. Geçmiş hakkında düşünmek beni gelecek ile ilgili hata ve kayıplardan korur	1	2	3	4
6. Depresyonuma açıklık getirebilmek için problemlerim ile ilgili tekrar tekrar düşünmeye ihtiyacım var	1	2	3	4
7. Duygularım hakkında düşünmek depresyonumu tetikleyen şeylerin farkına varmamı sağlar	1	2	3	4
8. Depresyonum hakkında düşünmek geçmiş hata ve kayıpları anlamamı sağlar	1	2	3	4
9. Geçmiş hakkında düşünmek işlerin nasıl daha iyi hale getirilebileceğini anlamama yardım eder	1	2	3	4

NP.FR.591 Revizyon No: 1 ( 10.04.2012 )

**Sosyodemografik veri formu**

**Lütfen cevaplama esnasında en az bir adet seçeneği işaretleyiniz.  
Cevap vermek istemediğiniz soruyu boş bırakabilirsiniz.**

1. Yaşınız?

.....

2. Cinsiyet

a) Erkek

b) Kadın

3. Kronik bir fiziksel hastalığınız var mı?

a) Evet ise lütfen belirtiniz.....

b) Hayır

4. Çocukluk çağında yetiştiğiniz aile tipi hangisidir?

a) Çekirdek aile (Anne-baba-kardeşler)

b) Geniş aile (Anne-baba-kardeşler-akrabalar)

c) Yuva (Sosyal kurumlar)

d) Diğer (Parçalanmış aile vb.)

5. Çocukluk çağınızda kim tarafından yetiştirildiniz?

a) Anne-baba

b) Anne

c) Baba

d) Bakıcı

e) Diğer.....

6. Çocukluk çağınızda anneniz sağ mıydı?

a) Evet

b) Hayır

7. Çocukluk çağınızda babanız sağ mıydı?

a) Evet

b) Hayır

8. Birinci derece yakınlarınızda herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık var mı?

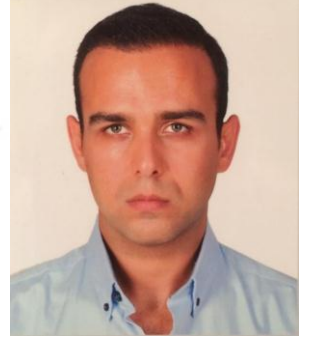
a) Evet

b) Hayır



## Özgeçmiş

### Selman Uğurlu



**Ad Soyad** : Selman Uğurlu  
**Ünvan** : Psikolog

Antalya'da dünyaya geldi. İlk ve orta öğrenimini Alanya'da tamamladı. 2010 yılında girdiği, Doğu Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji (İngilizce) bölümünü, 2014 yılının Şubat ayında bitirdi. Halen, 2015 yılında Üsküdar Üniversitesinde başladığı Klinik psikoloji yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. 2016 yılında Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur tarafından verilen Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimine ve de 2017 yılında gönüllü olarak başladığı, Üsküdar Üniversitesi Psikolojik danışmanlık birimindeki asistan psikologluk görevine devam etmektedir. Yabancı dili İngilizce'dir.