

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

TRAVMATİK YAŞANTILARI OLAN KADINLARDA
SOSYAL DESTEK TÜRLERİ İLE DEPRESYON DÜZEYİ
VE ANTİDEPRESAN KULLANIMI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ebru ÖZKURT TOPCU
134102002

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul, 2015

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

**TRAVMATİK YAŞANTILARI OLAN KADINLARDA SOSYAL
DESTEK TÜRLERİ İLE DEPRESYON DÜZEYİ VE
ANTİDEPRESAN KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Ebru ÖZKURT TOPCU

134102002

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Nevzat TARHAN

İstanbul, 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102002
Öğrenci Adı Soyadı	: Ebru Özkurt Topcu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Nevzat TARHAN
Tezin Başlığı	: Traumatik Yaşantıları Olan Kadınlarda Sosyal Destek Törleri ile Depresyon Düzeyi ve Antidepresan Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 20.11.2015	Saati	: 10:00
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 BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input 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 BİRLİĞİ ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Nevzat Tarhan	
Üye	Prof. Dr. Sırrı Akbaba	
Üye	Doç. Dr. Seyyid Doğan	

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum; “Travmatik yaşantıları olan kadınlarda sosyal destek türleri ile depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

Adı SOYADI:

İmza:

TEŞEKKÜR / İTHAF

Psikoloji lisans eğitimimden itibaren katlanarak büyüyen meslek aşkımın, öğrenme heyecanı ve ilgimin hiç bitmemesini umut ederek başlamak isterim. Öncelikli olarak; kıymetli katkılarıyla ihtiyacım olduğu her an değerli vaktini ayıran ve bana destek veren, bilgileriyle ışık tutan tez danışmanım Prof. Dr. Nevzat TARHAN başta olmak üzere lisans ve yüksek lisansım boyunca emeklerini, engin tecrübe ve bilgilerini paylaşan tüm hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi ve minnetimi sunmayı bir borç bilirim. Henüz psikoloji bölümünün ilk yıllarındayken meslek bilinci, insana yardım edebilmenin değerini ve etik ilkelerini aşıl原因an Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE' ye teşekkürlerimi bir kez daha iletmek isterim. Öğretileri, düşünceleri ve zihnimde yarattığı farkındalıklar ile yaşamımda sayısız değişim ve pozitif etkilerin oluşmasına katkı sağlayan, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Murat Dokur'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırmanın uygulama bölümünde gönüllü olan katılımcılara ve kurumlara yardımları ve katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tez süreci keyifli olsa da zorlu dönemlerin kolaylaşması adına yorulmadan beni motive eden, akademik bilgi paylaşımlarıyla desteklerini esirgemeyen ve hayatıma renk katan sevgili arkadaş ve meslektaşlarımdan başta Hilal Arslan Yıldız olmak üzere, Ece Gürani Şanda, Çağla Seren Baydar ve Seda Kürkçüoğlu'na her zaman yanımda oldukları ve verdikleri emekleri için sonsuz teşekkür ediyorum.

Tez hazırlama sürecinde anlayışı ve her zaman destekleyici tutumundan dolayı eşim Yalçın Topcu' ya; varlıklarıyla hayatıma zenginlik katan, bu dönem boyunca stresimi azaltmak için daima yüzümü güldürmeye çalışan değerli kardeşlerim Mert ve Murat Özkurt' a çok teşekkür ediyorum.

Tüm yaşamım boyunca karşılık beklemeden sevgilerini veren, sonsuz emek ve desteklerini esirgemeyen, karşılaştığım her zorlukta beni güçlendiren, derin hayat tecrübelerini uzun sohbetlerle paylaşarak aktarma çabasında olan biricik anne ve babamın varlıklarına her gün şükrediyorum. Her cesaretim kırıldığında benim daha güçlü ayağa kalmamı ve devam etmemi sağlayan, bana olan inançlarını hiç kaybetmeyen, her durumda arkamda olduklarını hissettiren tutumları benim hayattaki güçlü duruşumun temelini oluşturmuştur. Benimle daima gurur duyan ve bunu hissettirerek içimde tükenmeyen bir motivasyon yaratan biricik anne ve babama teşekkürlerim için kelimelerin yetersiz kaldığını hissediyorum. Yaşamımda her zaman güzel izler bıraktıkları için minnettarım. Çok istediğim klinik psikoloji alanında uzmanlık yapma hedefimi gerçekleştirebilmem için de her türlü imkan ve desteği sağlayan annem Selma Özkurt ve babam Fikret Ziya Özkurt' a tezimi ithaf ediyorum.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezim, travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal destek türleri ile depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi başlıklı bir çalışmadır. Araştırma travmatik yaşantıları olan kadınlarda sosyal destek türlerine göre depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmanın örneklemini, travmatik yaşantısı bulunan kadınlar ile sınırlılık getirilerek oluşturulmuştur. Veri toplama sürecinde; gönüllü olarak araştırmaya katılan kadınlara travmatik yaşantıları belirlemeye, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ölçülmesine dair uygun ölçekler uygulanmıştır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan ve destek olan tüm katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

(Özkurt Topcu, Ebru, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

Travmatik Yaşantıları Olan Kadınlarda Sosyal Destek Türleri ile Depresyon Düzeyi ve Antidepresan Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma; travmatik yaşantıları olan kadınlarda sosyal destek türleri ile depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla planlanıp hazırlanmıştır. Bu araştırma; tedavi sürecinin planlanmasında çok boyutlu bir perspektifin iyileşme sürecine nasıl bir katkıda bulunduğu ortaya konulması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada veri toplama araçlarıyla travmatik yaşantıları olduğunu beyan eden gönüllü 150 katılımcı örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada, Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Travmatik Yaşantı Listesi, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre; travmatik yaşantıları olan kadınlarda sosyal desteğin varlığı depresyon düzeylerini azaltmaktayken antidepresan kullanımı bakımından bir etkisi bulunmamıştır. Aile desteği, arkadaş ve özel birinin desteği ayrı ayrı incelendiğinde depresyon düzeyleri ile ters yönde bir ilişki içinde oldukları; bununla beraber depresyon düzeyi daha yüksek olanlarda sosyal desteğin varlığı daha önemli hale geldiği saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasında; duygusal ihmalin dışındaki tüm alt alanlar ile depresyon düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Araştırmanın diğer önemli bulguları ise; antidepresan kullananların kullanmayanlara göre, alt gelir düzeyi olanların yüksek gelir düzeyi olanlara göre ve çalışmayanların çalışanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgularda son olarak; çocukluk çağı travma ölçeklerinden elde edilen puan arttıkça depresyon düzeyinin arttığı, travmatik yaşantılardan fiziksel saldırı yaşamış olanlarda depresyon düzeyinin yüksek olduğu elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, Antidepresan, Çocukluk Çağı Travmaları, Kadın, Majör Depresyon, Sosyal Destek, Travma

ABSTRACT

(Ozkurt Topcu, Ebru, Master Degree, Istanbul, 2015)

The examination about the relationship between depression level and use of antidepressant according to social support in women with traumatic experiences

This work has been prepared in order to reveal the relationship of traumatic experiences according to social support type level of depression and antidepressant use in women who have traumatic experiences. This research carries the weight with a planning treatment process in terms of how to reveal that there is a contribution to the healing process.

150 participants who have declared with data collection tools that they live the trauma, has constituted the sample. In this study, Demographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, Traumatic Experiences List, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory was used.

According to findings obtained in the study, the presence of social support increasing the depression levels, the women who have traumatic experiences at the same time there is no affect of using antidepressant. When family support, friends and supporting of someone special are examined separately in an inverse relation with the level of depression however those with higher levels of depression the presence of social support are becoming more important. Between childhood trauma and depression; it was found that there is a negative relationship between all sub-domains except emotional neglect and depression levels. Another important finding of the study is; compared with those who are using antidepressants and who are not using antidepressants, according to the people who are in the lower income and high-income the level of depression is higher. Finally, as the childhood trauma score obtained from depression increases, the depression increases. In which the traumatic events experienced physical attacks is increasing depression levels.

Keywords: Anxiety, Antidepressant, Childhood Traumas, Major Depression, Social Support, Trauma, Woman

İÇİNDEKİLER

Tez Onay	i
Yemin Metni	ii
Teşekkür / İthaf	iii
Önsöz	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	vii
Tablolar Listesi	xi
Kısaltmalar ve Simgeler	xii
BİRİNCİ BÖLÜM – GİRİŞ	1
1.1. Travma	1
1.1.2. Travma Türleri	2
1.1.3. Travmatik Yaşantı Sonrası Süreç ve Ortaya Çıkan Tepkiler	4
1.1.4. Psikolojik Travmaya Neden Olan Yaşantıların Sınıflandırılması	5
1.1.5. Çocukluk Çağı Travmaları	11
1.1.5.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyona Etkisi	15
1.1.5.2. Travma Sonrası Çocuğa Yaklaşım Tarzının Önemi	16
1.1.6. Yetişkinlerde Travma	17
1.1.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Örselenme Sonrası Gerginlik) Tanı Kriterleri	18
1.1.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisi ve İyileşme Süreci	21
1.1.8.1. Travma Sonrası Gelişim Kavramı	25

1.1.9. Travmanın Aktarım Biçimleri	27
1.1.10. Travma ve Bağlanma	28
1.2. Var Olan ve Algılanan Sosyal Destek	30
1.2.1. Aile Desteği	33
1.2.2. Evlilik ve Eş İlişkisi	34
1.2.3. Sosyal Çevre Desteği	35
1.3. Majör Depresyon	36
1.3.1. Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri	38
1.3.2. Depresyonun Alt Türleri	39
1.3.3. Depresyon Bozuklukları	40
1.3.4. Depresyona Neden Olan Etkenler	43
1.3.5. Depresyon Tedavisinde Yaklaşımlar	46
1.3.6. Cinsiyete Göre Depresyonun Görülme Sıklığı	48
1.3.6.1. Kadınlarda Depresyon	49
1.3.7. Depresyon ve İntihar	50
1.4. Anksiyete (Kaygı)	52
1.4.1 Anksiyetenin Biyolojik Yönü	54
1.4.2. Anksiyetenin Psikososyal Nedenleri	55
1.4.3. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları	55
1.4.4. Depresyon ile Anksiyetenin (Komorbid) Eşzamanlılığı	57
1.4.5. Anksiyetenin Görülme Sıklığı	58
1.5. Antidepresanlar	58
1.5.1. Antidepresanların Sınıflandırılması	59
1.5.2. Antidepresanların Endikasyonları	59

1.6. Antidepresanların Etken Düzenegi ve Yan Etkileri	60
1.7. Problem ve Alt Problemler	62
1.8. Hipotez	62
1.9. Önem	63
1.10. Varsayımlar	64
1.11. Kapsam ve Sınırlılıklar	64
İKİNCİ BÖLÜM - ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	66
2.1. Araştırmanın Modeli	66
2.2. Evren ve Örneklem	66
2.3. Veri Toplama Araçları	66
2.3.1. Demografik Bilgi Formu	67
2.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	67
2.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	68
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	68
2.3.5. Travmatik Yaşantılar Listesi (TYL)	69
2.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	69
2.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	70
2.5. Verilerin Analizi	71
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM – BULGULAR	72
3.1. Örneklemin Demografik Özellikleri	72
3.2. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Sosyal Destek Türleri İle Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi	74
3.2.1. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Aile Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi	75
3.2.2. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Arkadaş Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi	75

3.2.3. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Özel Birinin Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi	76
3.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	76
3.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	78
3.3.2. Sosyal Desteğin Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon Düzeyi ile İlişkinin İncelenmesi	78
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM – TARTIŞMA VE YORUM	80
BEŞİNCİ BÖLÜM – ÖNERİLER	85
KAYNAKÇA	87
EKLER	91
EK. I: Araştırmaya Katılım Onay Formu	91
EK. II: Demografik Bilgi Formu	92
EK. III: Beck Depresyon Envanteri	94
EK. IV: Beck Anksiyete Envanteri	96
EK. V: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	97
EK. VI: Travmatik Yaşantılar Listesi	99
EK. VII: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	100
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLolar LİSTESİ

Tablo I: Örneklemin Demografik Özelliklerinin Yüzdelerle Dağılımı	73
Tablo II: Travmatik Yaşantısı Olan Kadınların Sosyal Desteğine Göre Depresyon Düzeylerinin ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi	74
Tablo III: Travmatik Yaşantısı Olan Kadınların Aile Desteğine Göre Depresyon Düzeylerinin ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi	75
Tablo IV: Travmatik Yaşantısı Olan Kadınların Arkadaş Desteğine Göre Depresyon Düzeylerinin ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi	75
Tablo V: Travmatik Yaşantısı Olan Kadınların Özel Birinin Desteğine Göre Depresyon Düzeylerinin ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi	76
Tablo VI: Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyi ve Sosyal Destek Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	77
Tablo VII: Çocukluk Çağı Travmalarının Alt Alanları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki Korelasyon Analizi	78
Tablo VIII: Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi	79
Tablo IX: Sosyal Desteğin Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	79

KISALTMALAR VE SİMGELER

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçekleri

EMDR: Eye Movement Desensitization Reprocessing

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TYL: Travmatik Yaşantılar Listesi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. TRAVMA

Travmanın sözcük anlamı; bir dokunun ya da organın var olan şeklini bozucu ve dıştan gelen bir etki sonucu meydana gelen yaradır. Travma, bireyin kişiliği ve ruhsal bütünlüğü açısından olağandışı ve felaket düzeyinde olan bir olay sonrasında kişide kalıcı olan az veya çok etkisiyle bozukluk veya rahatsızlık yaratan bir durumdur (Budak, 2005).

Fischer ve Riedesser'a göre (1999) travma; “Özel bir duruma bağlı tehdit edici faktörler ile kişinin baş etme yeteneği arasındaki tutarsızlığın yarattığı; çaresizlik ve başkalarının ve olayların merhametine kalmış olma duygularının eşlik ettiği, buna bağlı olarak kendine ve dünyaya dair algıda kalıcı şok yaratan kritik deneyim” şeklindedir (Akt: Ruppert, 2011: 95).

Travmatik olayın ne olduğundan çok kişinin yaşamındaki dengesini; kontrol mekanizmasını, güven duygusunu, ilişkisel bağ kurma sistemini dağıtan bir etki yaratması kişiyi travmatize etmektedir. Travmatik olay sonuçları itibariyle kişinin yaşamında fiziksel veya sosyal açıdan yıkıcı bir kayba neden olmaktadır (Ruppert, 2011).

Budak'a göre (2005) travma tanımı; bir canlı üzerinde bedenen ve ruhen belirgin ve önemli yaralanma etkileri bırakan yaşantılar psikolojik travmalardır.

Travma kavramı; tecavüz, taciz, şiddet gibi olayların yanı sıra kişisel olaylar da algılamaya ve başa çıkma becerilerine göre kişilerde travmatik etki yaratan deneyimleri de içermektedir (Levine ve Kline, 2014).

Yaşanılan olayların insan üzerinde psikolojik travma etkisi oluşup oluşmamasına yatkınlık oluşturan bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar travmatik olay, kişisel ve çevresel özellikler olarak gruplandırılmaktadır.

Bayraktar'ın psikolojik travma yatkınlığının faktörlerinin sınıflandırmasına göre;

1. Travmatik olay: A. Travmatik olayı doğrudan yaşamak.
B. Travmatik olayın şiddeti, yaşamı tehdit etmesi, fiziksel yaralanma ve kayıpların yoğunluğu.
C. Travmatik olayın süreğen olması. D. Travmatik olayın nedeni, insan eliyle yapılan olaylar daha etkileyici olmaktadır. E. Travma sırasında yaşanan belirtilerin niteliği, şiddeti ve travmaya karşı verilen öznel tepki. F. Travmatize olmuş bir toplum içinde yaşamak. G. Akut veya süreğen ikincil streslere maruz kalma. H. Basın yayın aracılığıyla travmatik görüntülere maruz kalma.
2. Kişisel özellikler: A. Kadın, bekar, dul ya da boşanmış olmak. B. Çocukluk ve yaşlılık.
C. Yoksulluk, düşük eğitim ve sosyo-ekonomik düzey. D. Genetik yatkınlık ve kuşaklar arası aktarım. E. Kişilerin kendisinde veya ailesinde, geçmişte ya da halen var olan psikolojik ve psikiyatrik sorunlar.
3. Çevresel özellikler: A. Tıbbi, psikolojik ve sosyal yardım kuruluşlarından yeterince yararlanamama. B. Sosyal kaynakların ve desteğin yetersizliği. C. Yaşanılan ülkenin ekonomik durumu. D. Ülke içinde göç edilen bir bölgede ya da başka bir ülkede göçmen olarak yaşamak (s. 37-38).

1.1.2. Travma Türleri

Bireyin beklenmedik bir anda başına gelen durumlar kişide şok etkisi yaratmaktadır. İnsanın kendini savunmak amacıyla yaşadığı yoğun duygulanım, direnme yeteneğinin ve düşünme yetkinliğinin ortadan kalkması durumu şok, büyük sarsıntı olarak tanımlanmaktadır. Gelişimsel Krizler (Doğal): ergenlik dönemi, okuldan mezun olmak, iş değiştirmek, evlenmek, çocuk sahibi olmak, emekli olmak gibi durumlardır. Durumsal Krizler: ayrılmak ve boşanmak, iş kaybı, uzun dönem işsizlik, trafik kazası geçirmek, ciddi bir hastalık yaşamak, ameliyat olmak, sakat kalmak, ani ölümler, bulaşıcı hastalıklar, ekonomik kriz gibi yaşantılardır. Kompleks Krizler = Travmalar: aile içi şiddet, taciz veya tecavüze uğramak, işkenceye maruz kalmak, savaş, terör ve doğal afetler olmak üzere belirlenmektedir (Zara, 2011).

Travma türleri doğal ve yapay olarak başına gelenler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Doğal yoldan bireyin başına gelen olaylar; deprem, sel gibi tüm doğal afetler ve ölümcül hastalık, ölüm gibi; yapay olan travmalar insan tarafından yapılarak oluşturulan; taciz, tecavüz, mobbing gibi travmalar istemeden insan tarafından oluşmuş olan trafik kazaları, iş kazaları gibi kazalardır (Bayraktar, 2012; Ferenczi, 2014).

Tedeschi ve Calhoun'a göre, psikolojik travmalar, ani ve beklenmedik bir anda ve şekilde meydana gelen bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü bozan, yaşamını tehdit eden; kişinin üzerinde şok, çaresizlik ve aşırı korku duygularını yaşatması; canlının organizmasında değişimlere neden olan fizyolojik veya psikolojik şiddet ve bütünlüğe zarar verici etki ve tepkiler bütünüdür. Travmatik olayların sonrasında olumsuz olay başına gelen her insan yüksek oranda hemen hemen aynı tepkisel davranışları sergilemektedirler, yaşanan olayın yanı sıra verdikleri tepkiler de ortak yönleri olmaktadır. Her olayın yarattığı etki kişiden kişiye değişmektedir, bazı insanlarda travmatik yaşantıların etkisi uzun sürmekte bazen hafta, ay hatta yıl sürebilmektedir.

Bir yaşantının psikolojik travma olarak ele alınması için üç unsur bulunmaktadır. Bunlar; 1. Olayın ani ve beklenmedik olması, 2. Kontrol edebilirliğinin az olması, 3. Olayın sıradışı olması, 4. Olayın kalıcı ve süreğen sorunlar yaratma derecesi, 5. Olaya dair başkalarını suçlamanın var oluşu (Akt: Bayraktar, 2012: 34).

Yaşam boyunca her insan acı verici, üzücü olaylar ile karşılaşabilmekte; sonrasında doğal olan olumsuz duyguları yaşamakta ve açığa çıkarmaktadır. Bu durumda travmatik olan, yaşanan deneyim sonlanmasına rağmen etkisinin sonlanmaması, uzun süre olumsuz etkilerinin kalıcı olarak devam etmesidir, bireyin hissettiği acının uzun süre boyunca devam etmesi beyinde oluşan bağlantılardan ötürü zihnin etkilenmesinin sonucudur (Herman, 2007).

Travmalar etki ettikleri sistemlere ve yara alan organlara göre fiziksel, psikolojik ve kombine travmalar şeklinde sistematikleştirilerek sınıflandırılmaktadır. Fiziksel travmalar: kafa travmaları, vücuttaki kırıklıklar ve kopmalar, organ travması, yumuşak doku travması gibi durumları kapsamaktadır. Psikolojik travma; akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu depresyon, kaygı bozuklukları gibi hastalıkları içermektedir ve kombine travmalar da ise hem fizyolojik hem psikolojik travmaların

birlikte yaşanması durumudur. Travmatik belirtiler yalnızca kişinin kendi başına gelen durumlar sonrasında meydana gelmez; bir yakının başına gelen olay sonucunda da görülebilmektedir. Kişi aynı zamanda ciddi tıbbi bir hastalığa yakalanmak veya bedensel bir organında sakatlık veya bir uzvunu yitirmiş olmak ta kişide travmatik etki yaratabilmektedir. Bir yakının başına gelen kaza, saldırı veya ölümü de kişide travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin yaşanmasına neden olabilmektedir. Bireylerde şok etkisi yaratan diğer olayların içerisinde; boşanma, iş yaşamında itibar kaybı veya işten çıkarılma, iflas etme, büyük miktarda para kaybı gibi durumlar da sayılmaktadır. Travmaya uğramış bireylerde yıllar boyu süren olayla ilgili tekrarlayan rüyalar, travma öncesi yaşantı seyrine tekrar geri dönememe, çevredeki unsurlardan olayı hatırlatıcı etken oluşması gibi durumların belirlediği tabloda travmaya saplanıp kalındığı saptanmaktadır (Oltmanns vd., 2003; Butcher vd., 2013; Geçtan, 2013; Shapiro, 2015).

1.1.3. Travmatik Yaşantı Sonrası Süreç ve Ortaya Çıkan Tepkiler

Travma anında kişide biyolojik sistem aracılığıyla vücuttaki değişimler ile kendisini korumaya alarak “Savaş veya Kaç Tepkisi” ortaya çıkarma eğilimindedir. Vücuttaki ısı artışı, hormonal değişimler bu tepkiyi oluşturmada yetersiz kaldığında duyu-motor sisteminde uyarılma ve duyu akışı durmakta kişide felç veya donma belirtileri şok olma etkisi meydana gelmektedir. Travmaların sonrasında mutlak ortaya çıkan sonuç, tepki kaygı olmaktadır. Travmada verilen tepkilerin zamanlamasına göre peri-travmatik tepkiler ve post-travmatik tepkiler vardır. Travmatik olaya anında verilen duygusal tepkiler peri travmatik, sonrasında ortaya çıkan tepkiler ise post-travmatik olarak sınıflandırılmaktadır (Ruppert, 2011; Ferenczi, 2014).

Travma sonrasında sadece ruhsal yaralanma değil fiziksel hasarlar da meydana gelebilmektedir. İnsanın hem zihinsel hem bedensel problemler olabilmektedir; ruhu hasar gören kişi bedensel olarak ta mide, kalp gibi önemli organlar ile ilgili hastalıklar da görülebilmektedir. Travmatik yaşantı sonrasında oluşabilen, tetiklenen psikolojik bozukluklardan bazıları; füğ, amnezi, depresonalizasyon gibi disosiyatif bozukluklar; panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları, depresyon, somatizasyon bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, uyku bozuklukları,

yeme bozuklukları, cinsel bozukluklar, şizofreni ve psikotik bozukluklar ve kişilik bozukluklarıdır (Bayraktar, 2012).

Travmatik deneyimin ardından ilk belirtilerin yoğun şekilde yaşandığı süreç akut dönem olarak ifade edilmektedir. Travma sonrası ertelenmiş tepkiler; maruz kalınan uzun süren travmatik olaylarla baş ederek hayatlarına devam etmiş kişilerin olayın üstünden zaman geçtikten sonra görece daha basit stresli yaşantılar karşısında aşırı tepkiler vermeleri, daha önceki travmanın ertelenmiş tepkileri olarak ortaya çıkmaktadır (Butcher vd., 2013). Kronik travma tepkisi; travmatik olayın ardından ortaya çıkan belirtilerin uzun yıllar tedavilere rağmen iyileşmemesidir. Travma sonrasında sosyal çevreden destek görmemek veya uygunsuz tepki almak kronikleşen travmatik belirtilerin nedeni olabilmektedir.

Travmatik yaşantı ile ilgili duyumlar (koku, dokunma gibi), hisler, görüntüler bilinçaltında kayıtlı halde bulunmakta ve kişi yaşamı içerisinde bu kayıtlara hatırlatıcı bir unsur veya olayla karşılaştığında ilk travma ile birleşerek bir tepki konmasına sebep olmaktadır. Travmatize olmuş kişilerde tedavi görmelerine rağmen kişi tamamen iyileşme göstermemektedir; travmatik deneyimin korku, kaygı, genelleme ile yerleşmiş belirli nesnelere kaçınma davranışı, depresif ruh hali, geçmişe yönelik bellek yitimi gibi etkiler kişilerin hayatlarında varlığını sürdürmektedir (Ruppert, 2011; Ferenczi, 2014).

1.1.4. Psikolojik Travmaya Neden Olan Yaşantıların Sınıflandırılması

Travmatik olaylar doğal afetler ve insan tarafından gerçekleştirilen olmak üzere iki ayrı grupta sınıflandırılır sistematik olarak detaylandırılmaktadır. Bu sınıflandırma Bayraktar'a göre (2012),

- I. Doğal Afetler (Felaketler)
- II. İnsanlar tarafından oluşturulan travmatik olaylar
- A. Bireysel Travmatik Olaylar
1. Yıldırma (Mobbing)
2. İşkence
3. Eziyet
4. Şiddet

5. Çocuklara Uygulanan Şiddet
6. Okul Çağı Çocuklarında Şiddet
7. Gençlik Şiddeti
8. Kadın ve Şiddet
9. Aile İçi Şiddet
10. Cinsel Saldırı
11. Tecavüz
12. Çocuk İstismarı, İhmali ve Ensest İlişki
13. İntihar
14. Boşanma ve Sonuçları
- B. Toplumsal Travmatik Olaylar.
 1. Kolektif Şiddet
 2. Göçler
 3. Terör
 4. Savaşlar
- III. Hastalıklar
 - 1.Ölümcül Hastalıklar
 2. Organ Nakli
 3. Doğuştan ya da Sonradan Oluşan Bozukluklar
 4. Tıbbi ve Cerrahi Girişimler ve Sonuçları
- IV. Kazalar (s. 81-82).

Travma türlerinde insan kastı travmalar ve doğası gereği daha az kişisel olan travmalar olarak iki grupta incelenebilir. İnsan kastı travmalar; çocuk istismarları, fiziksel şiddet, çocuklar üzerinde gücü kötüye kullanma (dövmek, kötü muamelede bulunmak), taciz, tecavüz, silahla tehdit etme, yaralanma olarak kategorize edilebilmektedir; insana kastedildiğinden fazlaca kişisel algılanan travmalardır. Tamamen kişisel sayılmayan doğal oluşumu içinde travmatik olanlar ise; ani kazalar; ev veya işyerlerinde oluşan patlamalar, makinaların arızasından kaynaklı oluşan kazalar, trafik kazaları ve doğal afet, sel, deprem gibi sınıflandırma yapılmaktadır. Kişiler üzerinde insan kastı travmalar kişilerin üzerinde doğal yapısı gereği travmatik olan olaylara göre daha uzun süreli ve yoğun etkiye sahiptir (Bayraktar, 2012).

Travmatik olayların sonrasında her bireyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) görülmemektedir; olayın ardından şok etkisi ve duruma dair akut belirtiler açığa

çıkarmıştır. Travma sonrasında kişi duygularını bastırma eğilimi gösterdiğinde TSSB geliştirmesi çok daha yüksek olasılıktır; psikoterapi sürecinde olayı açığa çıkartıp, duyguları özellikle de öfke duyguları dışı vuruldukça iyileşme göstergeleri belirlemektedir. TSSB ortaya çıkan klinik belirtiler üç grupta sınıflandırılmaktadır:

- 1- Travmatik olayın zamanı belirsiz halde tekrar tekrar zihinde canlanması veya olayla ilgili benzer tekrarlayıcı rüyaların görülmesi
- 2- Travmayı anımsatan veya ilişkili uyaranlardan kaçınma davranışı göstermesi
- 3- Aşırı uyarılma ve duyarlılık hali; bir sese, gürültüye aşırı tepki göstermesi (Butcher vd., 2013).

Her ülkedeki toplumsal duruma bağlı olarak travmatik olaylardan etkilenme ve etkilerinin şiddeti değişkenlik göstermektedir. Örneğin; doğal afetlerin, kazaların, taciz, tecavüz vakalarının sıklıkla rastlandığı, yaşandığı, yayın organları aracılığıyla bilinen ve duyulma oranı yüksek olan ülkelerde benzer olayı yaşayan kişinin etkilenme ve travmatik olayın etkisini atlatabilmesi ülkesinde az rastlanan kişiye göre daha rahat iyileşme görülmektedir.

Doğal afetler; deprem, sel, kasırga, kuraklık, heyelan gibi olayları kapsamakta, genelde insanların önleyemediği durumlardır. Anlık ve ciddi etkileri olabileceği gibi uzun süreli olan ve zamanla etkilerinin görüldüğü afetler de bulunmaktadır. Doğal afetlerin hem bireysel hem de toplumsal etkileri belirir; bireysel olarak verdiği kayıplar ve zararlar olduğu gibi toplumsal olarak tüm ülkeyi etkileyebilecek fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan izler bırakabilmektedir. Bireyler doğal afetlerin ne zaman oluşacağını bilemedikleri için belirsizlik durumu nedeniyle özellikle afet sonrasında toplumsal uyumu zorlaştırmaktadır.

İnsan kaynaklı oluşan bireysel travmalar; mobbing, işkence, eziyet, şiddet, tecavüz, boşanma olarak belirtilmektedir.

Mobbing; iş yerinde psikolojik baskı, huzursuzluk verme, yıpratma, taciz, zulm etme, aşağılama, dışlama, zorluk çıkarmayı kapsayan psikolojik şiddet, iş yeri travması anlamına gelmektedir. Son dönemde birçok işyerinde çalışan insanların yaşadığı önemli bir sorunu haline gelmiştir; bazı insanlar mobbinge maruz kaldıklarının farkında

olmazlar, bazıları bu durumu ifade etmekten çekinmektedir bazıları da bu duruma farklı kişisel sebeplerden katlanmak zorunda kalmaktadır. İş hayatı bireylerin yaşamlarında zaman olarak büyük çoğunluğu kapsamakta olduğu için iş yerindeki mobbing kişinin tüm kişisel ve sosyal yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Mobbinge direkt maruz kalanların psikolojik olarak olumsuz etkiledikleri görülmekte iken mobbingi uygulayanın da psikolojik sorunları olduğundan dolayı iki grupta psikolojik etken altındadır. Yalnızca psikolojik etkiler değil; fiziksel, ekonomik, sosyal etkiler söz konusu olmaktadır. Mobbing yarattığı etkiler nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirtilerine benzer belirtiler yaşatmaktadır. Sıkıntı, huzursuzluk, mutsuzluk, ağlama krizleri, unutkanlık, uyku problemleri, ani öfke patlamaları gibi. Mağdurun en büyük değişimi kendi benlik saygısı üzerine olmaktadır; sürekli karşılaştığı aşağılanma, dışlanma ve kötü muamele sonucunda kişinin başa çıkma becerileri kaybolmakta ve iş yerindeki sosyal çevrelerindeki statü ve itibar kaybı yaşadıklarını düşünmektedirler. Kendilerini suçlama ve eksik görme eğilimi artmaktadır bu durum kendilerine güvensizlikleri nedeniyle işlerinde aksamalara ve hata yapmalarını arttırmaktadır. Sıklık, tekrarlanıyor olması, süresi ve şiddetine bağlı olarak kişiden kişiye dayanma gücü farklılık gösterse de depresyonu tetiklemektedir. İlk etkiler psikolojik olarak; unutkanlık, uyku bozuklukları, öfke, ağlama, sıkıntı hali iken bir sonraki aşamada bu sıkıntılara fizyolojik bulantı, mide rahatsızlıkları, kalp çarpıntısı, yüksek tansiyon görülmekte son aşamada ise davranışsal olarak işe gitmekten kaçınmak için bahane üretme, işe geç kalma ve işyerindeki sorumluluklarda aksaklıklar ortaya çıkmaktadır (Gürhan, 2013).

İşkence; insanlık dışı zalimce kamu personeli veya yetkili bir kişi tarafından veya onayıyla uygulanan bir cezalandırma yöntemidir; bilgi almak, itiraf ettirmek, sindirmek, yıldırım veya ayrımcılık nedeniyle fiziksel veya duygusal uygulanan ızdırıp verici eylemdir. İşkence gören bireylerin çaresizlik duygularını çok fazla hissettikleri ve sonrasında bilişsel, duygusal ve davranışsal bütünlükte bozulmalar ve kişilik bölünmeleri yaşamaları psikolojik etkilerdendir.

Eziyet; insana yakışmayan biçimde uygulanan kamu personeli veya yetkili kişiler tarafından uygulanmayan ciddi acı veren fiziksel veya psikolojik baskı, aşağılayıcı, şiddet içeren, zorlayıcı davranışlardır. Çocuğunu veya eşini dövmek, yemek vermeyerek aç bırakma, vücuda sigara basmak, saatlerce odaya kapatmak, korku ve

tehdit etmek gibi davranışlar eziyet kapsamında ele alınmaktadır. Ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların bu tür davranış eğilimlerini arttırdığı saptanmıştır. Ebeveynler problemleri nedeniyle yaşadıkları ruh hallerindeki öfke, huzursuzluk, kaygı gibi duyguları giderdiklerini düşünerek çocuklarına dayak atarak rahatlama yolunu seçmektedirler.

Şiddet; bir davranışın etki düzeyini, sertliğini ifade eden bir ifadedir. Şiddete yönelen kişiler sorunları konuşarak, karşı tarafa anlatarak ikna etme yolunu değil dayak gibi zorbalık yolunu seçmektedirler. Şiddeti uygulayan bireyler saldırganlık dürtülerini kontrol edemezsek, şiddet gören mağdur acı, mutsuzluk, huzursuzluk, özgüven kaybı gibi psikolojik problemler yaşamaktadır. Ekonomik, psikolojik, siyasal, sosyal yaşam ve genetik yapı gibi kişisel problemlerin şiddet eğilimli olup olmamasında etkili olmaktadır. Kişisel nedenler arasında genetik yapının yanı sıra çevresel koşullar önem taşımaktadır; sosyal çevreden öğrenme yoluyla şiddet öğrenilmektedir. Babasından dayak yiyerek büyüyen bir çocuk ebeveyn olduğunda çocuğunu dövmekte, sosyal ortamda problemlerini şiddete başvurarak çözmekte olacaktır. İntihar olgusu da insanın kendisine yönelttiği şiddet olarak algılanmaktadır. Kişinin kendisine bilinçli, istemli şekilde zarar vermesi nedeniyle şiddet türleri arasında yer almaktadır (Zara, 2011). Ergenlik döneminde akran zorbalığı, psikolojik baskıyla ergenlerin birbirlerini kötü davranışlara, istemedikleri çeşitli durumlara zorlamalarıdır. Gençlik dönemlerinde yaşıtların birbirlerine fiziksel şiddet gösterdikleri, sıkça kavgalara, gruplaşarak kaba kuvvet uygulamaya yönelimleri olduğu görülmektedir.

Aile içinde üyelerin birbirlerine uyguladıkları şiddet çok fazladır; adamın eşine, annenin çocuğa, ağabeyin kardeşine gösterdiği özellikle fiziksel şiddet oranı oldukça yüksektir. Eşlerin birbirlerinin sosyal hayatlarını kısıtlamaları, istenmeyen zamanlarda ve şekilde zorlanan cinsel yaşantılar, ekonomik gücün kadının elinden alınması gibi davranışlarla şiddet uygulanmaktadır. Fiziksel şiddetin yanında psikolojik, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet türleri de ailelerde yoğun şekilde yaşanmaktadır.

Cinsel saldırı; maruz kalan mağdurun bireysel sorunu olmakla birlikte toplumsal bir sorun olarak ele alınmaktadır. Mağdurun bilişsel, duygusal ve davranışsal yapıların tümünde bozulmalara yol açtığı gibi toplumsal olarak kaygı ve güvensizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Başkasının vücuduna acı veren, sağlığını veya

algılama yeteneğini bozucu etken yaralanmaları içeren çok ciddi ve ağır etkiler bırakan bir psikolojik travmadır.

Tecavüz; kişinin istemediği halde cinsel ilişkiye zorlanmasıdır. Bu durumun erken yaşlarda başa gelmesi ve mağdurun tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmesi travmatik etkiyi çok daha ağır hale dönüştürmektedir. Toplumsal bakış açısı olarak ataerkil toplumlarda tecavüz oranı yükselmektedir; kadına bir mal gözüyle değersizleştirerek bakıldığında erkek tecavüz olgusunu olumsuz bir durum olarak algılamamaktadır. Bu durumlarda kadın toplumda mağdur olmasına rağmen yaşanan olayı ifade etmekten kaçınmakta, suçluluk ve utanç duygularıyla mutsuzluk ve bunalım yaşamaya itilmektedir.

Boşanma ve sonuçları; farklı aile yapısı ve düzenlerinden gelen iki bireyin yeni bir aile kurmaya çalışmaları zorlayıcı bir düzendir. Evliliğin ilk yıllarında düzen ve yeni yapıyı oluştururken çatışmalar olağandır; ancak boşanma da evlilik gibi doğal bir durum olarak algılanmalıdır. Çatışmaların bitmeden artarak devam ettiği ve eşlerin ortak bir çözüm yolu bulamadıkları ve mutsuz oldukları bir yapıda boşanma gerekli görülmektedir. Boşanmalar da çocuklar en çok etkilenenlerdir, yaşa göre çocukların boşanmayı algılamaları ve tepkileri farklılaşmaktadır. Çoğu zaman çocuklar da kendilerine yönelik suçluluk duyguları ön plana çıkmaktadır ve güven duyguları sarsılır, kaygı ve korku geliştirebilmektedirler; ancak çatışmalı bir ortamda büyümek te çok daha fazla psikolojik ve gelişimsel problemlere neden olmaktadır.

Toplumsal travmatik olaylar; göçler, terör ve kollektif şiddettir. Hastalık ve kazalar; kanser gibi hastalıklar beklenmedik zamanda bireyde travmatik etki yaratır ve kabullenme süreci uzun sürebilmektedir. Bireyin başına gelen kazalar ve sonrasında yaşanan kayıplar ve zararlar travmatik olmaktadır. Doğuştan veya sonradan olan tıbbi bozukluklar ve tıbbi müdahale sonucu meydana gelen bozukluklar kişiyi ve ailesini travmatize edebilmektedir. Kişinin ve ailesinin kişisel ve sosyal, ekonomik açıdan zarara uğratması işlevselliğinin azalması veya yok olması başka bir kişiye bağımlı olmak travmatik etkiyi uzun sürdürmektedir, bakım veren kişinin de yaşamı kısıtlanacağından travmatik olaya dolaylı olarak maruz kalmaktadır (Bayraktar, 2012).

1.1.5. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuk istismarı, duygusal istismar ve ihmal erken yaştaki dönemlerde yaşanan travmatik durumlardır. İstismar ve ihmal; çocukların anne-babaları, bakım verenleri veya yabancılar tarafından zarar verici fiziksel, duygusal, zihinsel veya sosyal gelişimlerini engelleyici faktör olan tutum ve davranışların tümünü ifade etmektedir. Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik olarak başlıklara ayrılmaktadır.

Çocuk ihmalleri ise; fiziksel, duygusal, eğitim ve tıbbi ve sosyal ihmal olarak sınıflandırılmaktadır. İhmal; çocuğun beslenme, giyinme, barınma gibi en temel fiziksel gereksinimlerinin; korunma ve güvenlik gibi duygusal ihtiyaçların; uyaran ve sosyal etkileşim ve yaşa uygun olarak otorite ihtiyacı gibi entelektüel gereksinimlerin görmezden gelinmesi, karşılanmaması ile belirlidir. Çocuk ihmali; 18 yaşından küçük çocukların fiziksel, psikolojik sağlıkları ve gelişim dönemlerindeki gereksinimlerinin; sevgi, beslenme, korunma, eğitim, sağlık gibi karşılanmamasıdır (Bayraktar, 2012).

(...)“Çocuk istismar ve ihmalinin kaynağı, doğrudan ya da dolaylı olarak %90'lara varan oranda aile ve aile içinden doğmaktadır. İhmal; istismara giden yolda atılan ilk adımdır. İstismar olaylarının içinde genellikle yoğun şekilde ihmal vardır” şeklindedir (Bayraktar, 2015). Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar henüz oluşmamış olan kişiliğin oluşumunda travmanın izlerini taşımakta ve çarpıklaştırmaktadır. Kişilik üzerinde belirtilerin yanı sıra travmanın somatik ve psikolojik belirtileri de bulunmaktadır. Çocuklar travma karşısında kendilerini güçsüz, korunmasız hissettiklerinden dolayı savunma mekanizmaları ile başa çıkma eğilimi göstermektedirler (Herman, 2007; Bayraktar, 2012).

Fiziksel istismar; çocuğa kasti bir şekilde yaralama, fiziki zarar verme veya zehirleme gibi durumları içermektedir. Aletsiz travmalar; tokat atma, tekme, kulak çekme, yumruk atma, boğaz sıkma, kol bükme gibi şiddeti kapsarken; aletli travmalar; sopa, kemer, bıçak, sigara, ütü, sıcak su, makas gibi aletlerle uygulanan eylemleri içermektedir. Çoğunlukla aile içinde görülmektedir ve fiziksel istismar cinsel ve duygusal istismar, ihmalle de birlikte oluşmaktadır. Fiziksel istismar; çocuğun bedensel gelişimine zarar verici etkenler doğurmaktadır, çocuğun bedeninde geçici izler, yaralar

oluşturmakta veya kalıcı fiziksel hasarlara neden olabilmektedir. İşitme kaybı, bedensel sakatlık, kafa travmaları gibi bedensel zararların yanı sıra uzun vadeli psikolojik olarak benlik algıları ve yaşlarına uygun dilsel ve gelişimsel bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Çocuklara karşı fiziksel şiddet çocukların bedenlerinde gözle görülür çürük, morluk gibi yaralara neden olmuş ve literatürde “dövülmüş çocuk sendromu” olarak geçmektedir; buna maruz kalan çocuklarda kalıcı olan duygusal bozukluklar görülmektedir (Bayraktar, 2012, 2015). Dayak yiyerek veya başka türlü şiddete maruz kalan çocuklarda çalışmaktan ve oyun oynamaktan kaçınan, huzursuz, mutsuz, kaygılı, korku duyan ve çekingen davranışlar oluşmaktadır. Çocuklara uygulanan şiddet yalnız vurmak, dövmek ile sınırlı değildir; çocuğun bedeninde sigara söndürme, karanlık odaya kapatarak cezalandırma, aç bırakma, hakaret etme de şiddet türleri arasında yer almaktadır. Akran zorbalığı ve okullarda şiddet oldukça yaygındır. Şiddet uygulayan çocuklarda ebeveyn yokluğu, boşanmış ebeveyn, ailede şiddete maruz kalması, yalnız kalmayı seçen, saldırgan, kaygılı ve çekingen özellikler taşıdıkları görülmektedir.

Cinsel istismar; ebeveynlerin çocukları sözel ifadelerden cinsel yaşantıya kadar olan zorlayıcı, yetişkinlerin kendi tatminleri veya ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çocukları kullanarak yaptıkları deneyimlerden oluşur. Buna yönelten sebepler arasında çok aşırı ekonomik yoksunluk, üvey ebeveyn, eğitimsizlik ve bilinçsizlik, istenmeyen gebelik sonucu çocuk sahibi olmak, ebeveynin istismara uğratılmış olması, kontrolden çıkan çocuklar, madde veya alkol bağımlısı ebeveynler gösterilmektedir (Bayraktar, 2012; “St. Clement’s University Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları”, 2015,s.). Cinsel istismarı uygulayan çocuğun tanıdığı veya sevdiği biri ise bu olayın etkileri çocuk için çok daha ağır ve zorlayıcı olmaktadır. Cinsel istismara uğramış çocuklar, bedensel olarak kasılma, sakarlık, aşırı kilo alma veya verme, içe kapanma, diğer insanlarla iletişimden uzaklaşma gibi belirtiler gösterme eğilimindedirler. Cinsel taciz var olduğunda çocukta ortaya çıkan bazı semptomlar bulunmaktadır. Bunlar; yaş dönemine uygun olmayan cinsel davranışlar, sosyal ortamda mastürbasyon yapması, önceleri sevdiği biriyle yalnız kalmaktan korkması, başka çocuklarla oyun oynamaktan kaçınması, cinsel organ ve çevrelerinde acı-kaşıntı görülmesi, daha erken yaş dönemine ait davranışlar; yatak ısılatmak, parmak emmek, uzun süren huzursuzluk, duygu değişimleri gibi sıralanmaktadır (Levine ve Kline, 2014).

Duygusal istismar; çocukla ilgili bazı olay ve durumların kasti olarak bilinçli halde devam ettirilmesi halidir. Bu durumlar; küçük önemsiz durumlar için bile cezalandırma, eleştiri, aşağılama küçük düşürme ve tehdit etme; sıkça reddetme, dışlama ve bağlanmasına engel olacak davranışlarda bulunmaktır. Bunlara ek olarak suç ve ciddi boyutunun daha yüksek olduğu durumlar; uyuşturucu kullanımı, hırsızlık, fuhuş gibi olaylara alet etmek bulunmaktadır. Çocuğa karşı ısrarla olumsuz tavır sergilemek, gelişimsel süreçle paralel olmayan davranış beklentisi, duygusal noksanlık, ebeveynin kendi duygusal ihtiyaçlarını gidermek amacıyla çocukları kullanmak, normal dışı sosyalleşme çeşitleri gibi tutumlar çocukların duygusal istismarının artmasına etken olan ebeveyn tutumlarıdır. Duygusal istismara sebep olan ebeveyn tutumları; çocuğu tehditle yıldırma, sosyal-kültürel ihtiyaçlarını reddetme, çocuğu odaya kapatmak veya evde yalnız bırakmak, suça(hırsızlık, sokak çocukluğu) yöneltmek, kendi problemleri için çocuğu şantaj malzemesi olarak kullanmak, duygusal tepkisizlik, aşırı koruma ve kollama ile özgürlüğü kısıtlamak, aşağılayıcı sözler söylemek, korkutarak, şiddet göstererek iletişim kurmak, erken yaşta ebeveyn sorumlulukları vermek ve başka çocuklarla, kardeşlerle kıyaslama ve ayrımcılık yapmak gibi tutum ve davranışları içermektedir.

Ekonomik istismar; çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan ve gelişmesini engelleyen işlerde çalıştırılması, hak ettiği ücretin verilmemesini içermektedir. Ailelerde erken yaşta çocukların maddi gelir sağlayan birer varlık olarak görülmesini içermektedir. Tarladan, sokağa, inşaata, sanayi sektörüne ve fuhuşa kadar her türlü çocuğu zorlayıcı ve tehlikeli her türlü iş bu durumu kapsamaktadır (Bayraktar, 2015).

Fiziksel İhmal; çocukta bunun sonucunda uzun vadeli sağlık, psikolojik, bilişsel, gelişimsel birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Yeterli beslenme sağlanmadığında sağlık ve gelişimsel gerilik oluşabilmektedir. Güvenli bir barınma sağlamamak, alkol ve sigara gibi zararlı maddelere karşı korumamak, evden atmak, gerekli vücut bakımını sağlamamak, kirli kıyafetlerle enfeksiyona ve hastalıklara neden olabilecek durumlara maruz bırakmak, olası tehlikelere karşı korumamak gibi durumlar fiziksel ihmal kapsamındadır. Fiziksel ihmale maruz kalan çocuklar; sosyal çevreleriyle az iletişim kurmakta, donuk bakışlara sahip, içe kapanık, okula gitmek istemeyen tavırlar sergilemekte, alkol ve madde kullanımı, dilenme, kaçma davranışları göstermektedirler.

Duygusal ihmal; çocuklara ihtiyaçları olan ilgi ve sevginin verilmemesidir. Çocuğun gereksinimlerinin sağlanmaması, takdir edilmemesi, desteklenmemesini içermektedir. Çocukla iletişim kurulmaması, yalnız bırakılmasıdır; çocuğunu duygusal olarak ihmal eden aileler çocuklarıyla oyun oynamaz, pek fazla konuşmazlar.

Eğitim ihmal; yaş dönemlerine göre almaları gereken eğitim döneminde uygun okula göndermemek ve okulda gereken araç-gereçlerin tedarik edilmemesi, gereken zamanlarda okula gönderilmemesini içermektedir.

Tıbbi ihmal; çocukların sağlıkları yerinde iken takip edilmemesi, hasta iken de doktora götürülmemesi ve gerekli tedavinin uygulamamasıdır. Tedavi sürecinde olan çocukların ihtiyaçlarına göre; ilaç, gözlük, protez, işitme cihazı gibi gerekli olan teknolojik tıbbi aletlerden yararlanmasını engellemek gibi durumları içermektedir.

Sosyal ihmal; yetkili kurum ve kuruluşların çocuklara uygun düzenlemeler (örneğin; yerel yönetimlerin mahallelere oyun parkı kurmamaları gibi) yapmamaları, tehlikeli madde ve durumlara karşı koruma önlemleri almamalarıdır.

Duygusal İstismar ve İhmal; yetiştirme tarzı ve ebeveyn tutumları nedeniyle oluşan durumlar, bebeğin veya çocuğun pasif ihmali, aktif duygusal istismarın bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Sonuçlarında fizyolojik bir nedene bağlı olmaksızın gelişim geriliği, psikososyal cücelik en bilinen negatif etkilerdendir. Psikolojik olarak ileriki yaşlarda bağlanma sorunları, ilişki problemleri ortaya çıkmaktadır. Dil gelişiminde gecikme ve konuşma problemleri görülmektedir. Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar bilinçaltında bastırılma eğiliminde olduğundan ileriki yaşlarda depresyona yatkınlık artmaktadır; bastırma mekanizmasından dolayı çoğu zaman kişi geçirilen depresyonun travmatik yaşantı ile bağlantılı olduğunun farkında olmamaktadır. Yapılan araştırmalarda çocukluk çağı travmaları bulunan kişilerin depresif semptomları yüksek bulunmuştur (Bostancı vd., 2006).

Çocukların ihmal ve istismarına neden olan kolaylaştırıcı faktörler şöyledir; ekonomik sorunlar, çok çocuklu aileler, eğitimsiz ve erken yaşta ebeveynlik, aile içi şiddet ve ailede istismara uğramış başka çocukların olması, alkol-madde bağımlısı ebeveynler, istenmeyen hamilelik sonrası doğan çocuklar, ailede var olan psikiyatrik hastalıklar, istismara uğramış olan ebeveynler şeklindedir. Çocukların uğradığı istismarların kendi kendine konuşma, saç koparma, parmaklarını çiğneme gibi fiziksel; güven duygusunun sarsılması, kendini suçlama gibi duygusal; çarpıtılmış inanç sistemi

ve algılama sisteminin oluşması gibi bilişsel; yakın ilişki kuramama, şüphecilik ve içe kapanma gibi de sosyal sonuçları bulunmaktadır (Bayraktar, 2012).

1.1.5.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyona Etkisi

Çocukluk döneminde majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri çoğunlukla yaşadıkları travmatik bir olayın ortaya çıkması için bir işaret niteliğinde olabilmektedir. Kendi başlarına gelen veya tanık oldukları üzücü olaylar karşısında depresyon geçirebilmektedir. Ebeveynlerden birinin depresyon geçiriyor veya geçirmiş olması, aralarında çatışma yaşamaları veya boşanmaları çocukların tanık oldukları ve travmatik yaşantı olarak algılamalarına depresyona girmelerine neden olabilmektedir. Depresyon tanısı olan ve olmayan iki ayrı grup üzerinde yapılan bir araştırmada ilk atak ve tekrarlayan majör depresyon yaşayan grubun sağlıklı gruba göre çocukluk dönemlerinde daha fazla cinsel ve duygusal ihmal, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Çocukluk çağı travmaları depresyonun oluşmasında bir risk faktörü olmakta ve tedavi görmesine rağmen iyileşmeyen, tekrarlayan kronik depresyonların nedenlerinden olduğu araştırmalar sonucunda bulunmuştur (Bülbul vd., 2013; Tan, 2014).

Çocukluk çağı travmalarının etkileri üzerine yapılan araştırmalar; çocukluk döneminde yaşanan örselenmelerin depresyon düzeylerini ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki depresyon düzeylerini arttırmakta olduğu sonucu bulgularda saptanmıştır. Örneklem grubunu uzun süreli izleme çalışmalarında çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış olanların uğramamış olanlara göre depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağındaki travmaların depresyon düzeyini arttırmakta olduğu ortaya konulmuştur (Bostancı vd., 2006).

Çocukların kendi yaşantılarında maruz kaldıkları fiziksel, cinsel ve duygusal taciz de depresyona sebep olan travmatik yaşantılar arasında yer almaktadır. Travmatik yaşantılar arasında olan çocukların duygusal, fiziksel ve eğitimle ilgili ihmalleridir; çocuğun hayatını ve geleceğini etkilemekte ve iyileşme görülse de iz bırakmaktadır. Çocukluklarında şiddet görenlerin ebeveyn olduklarında kendi çocuklarına şiddet gösterme eğilimleri bulunmaktadır. Bu deneyimleri sonucunda depresyona girdikleri

görülmekte ve çocuklukta depresyon yaşamış bir çocuğun yetişkinlikte de depresyon geçirme olasılığı oldukça artmaktadır (Bayraktar, 2012).

Duygusal ihmalde çocuğa kötü muamele, kötü söz ve davranışlar çocuğun özgüveninin gelişmemesine, davranışsal bozuklukların ortaya çıkmasında etken olmaktadır. Sürekli maruz kaldığı aşağılanma, ilgi görmemesi, sevilmemesi, alkol veya madde gibi zararlı alışkanlıklara göz yumulması çocuğun duygusal ihmaline ve çocukta depresyona neden olan tutumlardandır. Çocuğun bakımı, tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması, sıklıkla çocuğun yaşadığı yerin ve bakım verenin değiştirilmesi, evde veya dışarıda başına gelebilecek kazalardan tehlikelerden korunabilecek tedbirlerin alınmaması gibi durumlar fiziksel ihmal kapsamındadır ve çocuğun fiziksel olarak görebileceği zararlardan ötürü de yaşamı boyunca fiziki etkisinin görülebileceği etkilere neden olmaktadır.

Çocuğun eğitim süreciyle ilgili ebeveynlerin gereken sorumlulukları yerine getirmemesidir. Gelişim dönemine uygun olarak okula devam etmesi, okulda eğitim alabilmesi için uygun davranışlar sergilemesi (örneğin; okuldan kaçmamak, derslere ve gerekli öğrenim sorumluluklarını yerine getirme, ödevlerini yapmak gibi) için kontrol ve teşvikte bulunmak gerekmektedir. Bunların yapılmaması ihmale girmekte ve çocuğun geleceğini olumsuz etkilemektedir.

Yetişkinlerin kendilerini de koruyamadıkları ve önleyemedikleri doğal afetler, kazalar ve karşı karşıya kalınabilecek bazı tehlikelerden çocuklarını da koruyamayabilirler; fakat çocukta insan tarafından gördüğü zarar(istismar veya ihmal) çok daha büyük negatif etkiler bırakmakta ve depresyona daha fazla itmektedir (Aktepe ve Kocaman, 2013; Tan, 2014).

1.1.5.2. Travma Sonrası Çocuğa Yaklaşım Tarzının Önemi

Çocuklar başlarına gelen travmatik olay sonrasında ebeveynlerinin yüzlerinden, ifadelerinden durumun ciddiyetini ölçer ve kendi tepkilerini o yönde şekillendirmektedir.

Yetişkin olarak çocuklarının başlarına gelen olay ne kadar zor olursa olsun çocuğun önünde aşırı tepkiler vermekten kaçınılmalıdır. Çocuğa anlayışlı ve

olabildiğince sakin bir tutumla dinlemek ve kendisini ifade etmesine olanak sağlanması çocuğun daha rahat bir şekilde olayın etkilerini atlatmasına yardımcı olmaktadır. Çocukların yenilenme, iyileşme süresi yetişkinlere göre daha hızlı gelişmektedir. Çocuk oyunlarla, çevresel faktörler ile olayı atlatma becerisine genetik olarak sahiptir; aile bunun gerçekleşmesi için uygun ortam sağlamaktadır. Travmatik olayları yaşayarak mücadele eden çocukların daha güçlü benlikleri ve sorunları çözme becerisi artmaktadır. Çocuğu oyun ve sanata yönlendirerek yaşadığı olayı ifade etmesi sağlanarak, belirtilerden ve olayın etkisini atlatmasına yardımcı olunması gerekmektedir (Levine ve Kline, 2014).

1.1.6. Yetişkinlerde Travma

Tarhan'a göre; boşanma yetişkinler de travmatik etki olarak sayılmaktadır. Çoğunlukla erkeklerde sigara ve alkol gibi alışkanlıklara yönelirken kadınlarda depresyona girme riskinin arttığı saptanmaktadır. Boşanma sonrası değişen düzenler ve toplumsal rollerdeki kayıplar kişilerin duygu durumunda düzensizliklere neden olmaktadır. Boşanma olayında kadınlar erkeklerden daha olumsuz etkilenmektedirler. Kadınlar olaylara duygusal yönden bakma eğiliminde olduklarından erkeklere göre iki üç kat kadar daha fazla depresyona girme riski taşımaktadırlar; fakat kadınlar duygularını dışa vurarak acı ve mutsuzluk yaşasalar dahi iyileşme sağladıktan sonra daha güçlenerek yaşamlarını sürdürmektedirler. Boşanma sürecinde kişilerde depresif duygudurum yüksek olması ihtimali yüksek olması nedeniyle bireylerin duygusal değil mantıksal karar vermeleri gerekmektedir. Depresyon bireylerin karar mekanizmaları da zarar görürü bu nedenle kişiler boşanmanın travmatik sonuçlarından korunmak veya azaltmak amacıyla psikolojik destek almaları önerilmekte, olası ihtimaller değerlendirilerek bireylere hazırlıklı oldukları bir süreci yaşamaları sağlanmaktadır. Boşanmış insanların depresyon düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir. Toplumsal olarak boşanan kadına toplum içerisinde önyargı ile yaklaşmakta, kendi ayakları üstünde durmasına, çalışmasına destekleyici bir bakış açısı olmadığından kadın çevresel zorluklar yaşamaktadırlar.

Evlilikte iletişim sorunları, çatışmalar başladıkça kişiler kendilerini incelemeye ve sorgulamaya başlamakta ve kendilerine yönelik algı değişimi ve suçluluk duyguları yükselmektedir. Çözüm yolları aramak yerine çatışma artmakta, çaresizlik duyguları ortaya çıkmakta bu durum da depresif ruh hallerinin oluşmasına neden olmaktadır. Kişiler zihinlerinde kurdukları hipotezlere önce inanmakta sonra hipotezi doğrulamak için verilere odaklanır ve dikkati o yönde oldukça bulur ve inanarak gerçekmiş gibi duygusal ve davranışsal tepkileri açığa çıkarmaktadır. Bu döngü ilişkilerde tek taraflı yaşanan bir problem döngüsü yaratır ve karşı taraf ile olan ilişkiyi zedelemektedir (Tarhan, 2010).

Cinsellikle ilgili problemler de kişilerin hayatlarında travmatik etkiler yaratabilmektedir. Evli olan kadınlarda evlilik problemleri, çatışmalar, beğenilmedikleri veya arzu edilmedikleri düşünceleriyle depresyon yaşamaktadırlar. Erkeklerin yaşadıkları cinsel problemler sonucu öfke problemi, özgüven kaybı gibi problemlere neden olmaktadır. Bireylerin yaşadığı geçmiş travmaların etkileri olarak ta cinsel isteksizlik, cinsel işlev bozuklukları oluşabilmektedir. Evliliklerde cinsellik iyi, sorunsuz ise; karşılıklı doyum varsa, eşler birbirlerini arzuluyorsa, istek ve arzular paralel iletişim çatışmaları başka türlü sorunlar çok daha kolay çözümlenmektedir. Şiddet, saldırganlık duygusuyla ortaya çıkan bir eylemdir; şiddet yönelimli bireylerde kendilerini ve davranışlarını kontrol etmekte zorlandıkları saptanmıştır. Şiddet sadece fiziksel değildir, aşağılama, bağırma, küfür, sürekli eleştiri de psikolojik şiddettir, cinsel ilişkiye zorlamak, istenmeyen cinsel davranışlarda bulunmak gibi durumlar da cinsel şiddettir. Özellikle kadınların duygularını ifade etme ve karşılığını görme ihtiyacının karşılanmadığı durumlar; ilgisizlik, anlaşılammak gibi durumlar duygusal şiddet olarak görülmektedir (Dokur ve Profeta, 2009; Sungur, 2009; Tarhan, 2014).

1.1.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Örselenme Sonrası Gerginlik) Tanı Kriterleri

Travma sonrası stres bozukluğu kadınlarda ve erkeklerde eşit yaygınlıkta görülmektedir. Tanı konulabilmesi için psikiyatrik hastalıklar arasında akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunda olması şart olan

tanımlanan stres kaynağının var olması gerekmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri travmatik yaşantıdan herhangi bir süre sonra gelişebilir; ancak akut stres bozukluğunda travmatik olaydan sonra ilk dört hafta içerisinde gelişmiştir ve dört haftadan daha uzun sürmez (Köroğlu, 2009).

DSM 5 tanı kriterlerine göre aşağıda belirtilen tanı koyulabilmesi amacıyla ölçütler; yetişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklar için uygun bulunmaktadır.

A. Aşağıdakilerden bir veya birden çoğu, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşamak
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olaylar geldiğini öğrenme. Aile bireyi veya arkadaşın gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı şiddet veya kaza sonucu olmuş olabilir.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan polis memurları).

NOT: Bu karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik ortamlarda televizyon vs. gibi görsel aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü geçerli değildir.

A. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve / ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler

Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır).

Not: Çocuklar oyun sırasında örselemeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

B. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyarılardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

C. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözümlerine {dissosiyatif amnezi} bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

D. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
3. Her an tetikte olma.
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
5. Odaklanma güçlükleri.

6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

E. Bu bozukluğun süresi (B,C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

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

G. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koştığı duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol esikliği sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da) (s. 146-149).

1.1.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisi ve İyileşme Süreci

Travmatik olaya maruz kalmış olan veya o durumdaki kişinin iç ve dış dünyasındaki gerçeklik algısı bozulur veya zarar görmektedir. Bunun nedeni beklenmedik bir anda ve çaresiz bırakılarak maruz bırakıldığı olaydır ve sonrasında bu gerçeklikle baş etmekte adaptasyon, akomodasyon ve asimilasyon (kişi kendi içinde durumun etkilerini yok etmeye çabalaması) da zorluk yaşamaktadır. Travmanın kişilik üzerinde bütünlüğü bölücü bir etkisi bulunmaktadır; bu olumsuz etki ancak travmatik

olayın anlatılarak çözümlenmesi, kabullenilmesi ve dış dünya ile yeniden etkileşim halinde olarak iç ve dış dünyanın çatışmasız halde bütünlüğü sağlanarak yeniden yapılandırma gerçekleşmektedir. Bu bütünlük kişinin dış dünyadan, sosyal çevreden aldığı tepki ve geri dönüşlerle iç, ruhsal dünyanın paralelliği ile oluşmaktadır. Bireyler durumla başa çıkmada duygusal ve problematik başa çıkma stratejilerini kullanmaktadırlar. Duygusal başa çıkma; olaydan ve hatırlatıcı unsurlardan kaçınma, inkar savunma mekanizmasını kullanma, fiziksel aktivite, olayla ilgili mizahta bulunma, kabullenme, dua etme, anlam arama gibi yöntemleri içermektedir. Problem odaklı başa çıkma ise; olay veya olaya sebep olan kişiyle yüzleşme, duruma yönelik çözüm yolları bulmak ve üzerine gitmek, olayla ilgili mantıklı araştırma ve analizler yapma gibi stratejileri kapsamaktadır. İnsanlar travma sonrası olayın etkilerinden kurtulmak amacıyla dış dünyalarını, sosyal çevrelerini değiştirerek baş etmeye çalışmaktadırlar (Mete, 2013; Ferenczi, 2014). Travmatik deneyimlerin sonucunda az veya çok ama mutlaka kişinin psikolojik dengesinde bir değişim söz konusudur; travmatik milat kavramı yaşanır ve kişi hiçbir zaman olayı yaşamadan önceki hali gibi olamamaktadır (Bayraktar, 2012).

Travma sonrası stres bozukluğunda, travmatik yaşantı sonrasındaki belirtiler zaman içinde dalgalanmalarla sürebilmektedir; kimi zaman sönümleme olsa da; olayı tetikleyici unsurların etkisiyle alevlenebilmektedir. Olayın ardından tüm belirtiler birden ortaya çıkar ve yaşanır; tedavi sürecinin daha iyiye gidebileceği öngörülmektedir. Bu hastalığın tedavisinde her üç kişiden ancak birinden tamamen iyileşme görülebilmektedir. Farklı psikoterapi yöntemleri ile travma sonrası belirtilerin iyileşmesi amacıyla tedavi uygulamaları yapılmaktadır. Bu terapi yöntemlerinde temel olarak üzerinde durulan amaç; kişinin baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlayarak destekleyici bir rol oynamaktır. Çoğunlukla da imipramin ya da amitriptilin ile veya seçici serotonin geri alım inhibitörleri, monoamin oksidaz inhibitörleri, trazodon ve benzodiazepinler ile de en az bir yıl boyunca ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Travmatik olayın yaşanmışlığı ve sonrasındaki belirtilerin yaşanması kişiler için oldukça zorluklar yaşatmaktadır; travma sonrası stres bozukluğu geçiren kişilerde sıklıkla depresyon da komorbid olarak varlığını göstermektedir (Mete, 2013).

Travma yaşadktan sonra pek çok bireyin kendi aileleri, arkadaş çevreleri, dini inançlarına sarılmaları sayesinde toparlandıkları hatta profesyonel yardım almadan

iyileşme gösterdikleri bilinmektedir. Özellikle travmanın yaşandığı ilk dönemde kişinin kayıpları varsa maddi desteğe ve manevi duygusal desteğe ihtiyaç duymaktadır; belirtilerin yoğun olduğu ilk dönemde kişi başına geleni atlatamayacağına, iyileşemeyeceğine inanmaktadır bundan dolayı da telkine ve destekleyici olunmasına gereksinim duymaktadır (Köroğlu, 2009; Bayraktar, 2012).

TSSB tedavisine farklı psikoterapi yöntemleri uygulanmaktadır. Terapistin ve danışanın ihtiyaç ve yönelimine göre tedavide tercih edilen başlıca psikoterapi yöntemleri aşağıda belirtilmektedir.

Psikodinamik terapi yönteminde kişinin kişilik yapısı esas alınarak; düşünce, duygu ve davranış biçimleri incelenmektedir. Kişi nasıl ve neden düşünür, nasıl hisseder, kendini nasıl ifade eder bu noktalar üzerinde durulmaktadır. Freud'un id, ego ve süperego olarak üç yapıya ayırdığı kişilik bu yaklaşımda önemli bir vurgudur. İd; bireyin haz ilkesidir, ilkel olarak istek ve arzuları içermektedir. Ego; ben kavramıdır, süperego ve id arasında bağlantı kurup dengeyi sağlamaktadır. Süperego; üstbenlik kavramıdır, toplum kuralları ve ahlakı değerlendiren merkezidir. Kişinin yaşadığı çevreye uyumlu olması amacıyla kurallara uymasını sağlayan baskılayıcı, kuralcıdır. Anormal davranışların nedeni bilinçaltındaki çözümlenmemiş id ve süperego arasındaki çatışmalar olduğu psikodinamik yaklaşımla değerlendirilmektedir.

Varoluşçu terapi yaklaşımı; kişinin varoluşundan kaynaklı endişelere odaklanmaktadır. Travma sonrası yaşam ve benlik bütünlüğü zedelenen birey varoluşu ile ilgili derinlemesine düşünme ve analiz yaparak yaşama ve yaşama amacına dair farklı anlam kazanarak iyileşme süreci gerçekleştirilmektedir.

Bilişsel davranışçı terapi temel olarak kişinin düşüncelerine odaklanmaktadır, olumsuz olan duygu ve düşünceleri daha olumluya yönlendirme amaçlanmaktadır. Davranış eğilimi boyutunda ise uzun süreli maruz bırakma tekniği kullanılarak kişinin kaçındığı, aşırı kaygı yaşadığı durumun olumsuz etkisi azaltılmaya çalışılmaktadır; bunun için kişide duygusal tepkiler azalana dek travmatik olay anlattırılarak terapi seansları yapılandırılmaktadır. Yeniden kayıt ve yeni davranış kalıpları öğrenme yoluyla kişinin sıkıntı veren yaşayış biçimi değiştirilmektedir. Bunun öncesindeki seanslarda kişiye gevşeme ve nefes egzersizleri ve imajinasyon yöntemiyle kişinin kendini rahatlatılabilir becerilerinin kazandırılması gerekmektedir. TSSB terapisinde alternatif bir akım olarak bilişsel terapi görülmektedir. Kişi travmatik yaşantıyı zihinsel olarak

baş edilemez, çok ciddi ve ileriki hayatlarında da mevcut bir tehlike olarak algıladıklarından travmatik etkileri atlatmaları zorlaşmaktadır. Bu yaklaşıma göre; travmatik olayın sonuçlarına yönelik aşırı olumsuz yargılar azaltılabilir, olayı hatırlatıcı unsurlarla karşılaşıldığında yaşanan tehlike algısı ve olumsuz duygular azaltılabilirse travmatik olay sonrasında iyileşme gerçekleşecektir (Luber, 2010; Orcutt, 2011; Butcher vd., 2013).

EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), göz hareketleriyle duyarsızlaştırma yöntemiyle spesifik olarak travma üzerine çalışılan bir terapi yöntemidir. TSSB dışında bir psikiyatrik hastalık dahi tedavi edilirken kişinin geçmişte yaşadığı travmatik olaylar belirlenerek travmaların üzerinde tedavi sürecinde ilerleme sağlanmaktadır. Belirlenen travmalar formüle edilerek kişi travmatik olayı düşündüğünde bile yaşadığı aşırı olumsuz etkiler ve duygular beynin sağ ve sol iki bölgesi göz hareketleri ile duyarsızlaştırılarak yeniden kaydedilir ve duyguların yoğunluğu azaltılır. Yetişkinlikte bireyler farkında olmaksızın ve anlattıklarında travmatik olarak algılamadıkları yaşam deneyimleri onların çocukluk çağında travmatik olarak algılanmış ve korku, kaygı gibi olumsuz duygularla beyne kodlandığından o olayın etkisi olduğu farkında olunmadan negatif etkileri yaşamaktadırlar. Emdr terapisi ile bu hapsedilmiş anılar ve dolumsuz duygular açığa çıkarılarak, bellekte yeniden kodlanması amacıyla çalışma yapılmaktadır. Travmatik olay tekrar anlattırılarak güvenli ve sakin bir terapi odası ortamında olay yeniden beyinde kaydolma işlemi görür, ve daha önce olay yaşanırken kaydedilen negatif duygular yeni kayıta daha olumlu hale dönüştürebilmektedir (Shapiro, 2015).

Moreno'nun psikodrama yöntemi ile de travmatik yaşantıların bireyin zihnindeki olumsuz imaj ve olumsuz duygular yeniden canlandırılarak kaydedilen olayın etkisi değiştirilmektedir. Grup içinde uygulanan psikodramada travmatik yaşantısını sahneleyen başrol oyuncusu yani protogonist olayı diğer grup üyelerine roller vererek aynı olayı kendi hatırladığı şekilde ortaya koyar ve geçmişte olay anında yapamadıkları, söyleyemediklerini orada gerçekleştirir. Bu kurgulama ve sahneleme anında kişi ambiyansa girer ve gerçekten o anı yaşatarak travmatik olayın etkilerinin azaldığının farkına varmaktadır (Altınay, 2008).

Eklektik terapi yaklaşımı; bu yaklaşımın savına göre terapist tek bir terapi yaklaşımına sabit şekilde bağlı olmaksızın yukarıda açıklanan ve farklı terapi

yöntemlerinden işine yaradıkça değiştirerek veya her birinin farklı bir tekniğini kullanarak tedavi planlamasını kurup uygulamasıdır.

Uygulama biçimine göre de psikolojik tedaviler ayrıştırılmaktadır; kişinin kendisini tedavi etmesi, bireysel psikoterapiler ve grup terapileri gibi sınıflandırılmaktadır. Kişi kendi gücünün farkına vararak, başa çıkma yolları geliştirir ve farklı bir yol çizerek ilerlemektedir. Olayın dini açıdan bir sebeple seçilmiş olduğuna özel olduğuna inanıp bu nedenle başına geldiğini düşünmesi ve daha farklı bir yaşam için değişiklikler yaparak hayatı sürdürmesi bir farktır. Önceki yaşamında olmayan amaçlar edinerek başka mağdurlara yardım etmek için çalışmalar üretmesi, fiziksel egzersiz ve aktivitelere yönelmesi, sosyal destek için çevresel bağlantılarını ve iletişimini arttırması gibi kişisel gelişimine katkı sağlayıp kendisini tedavi etmektedir. Bireysel psikoterapiler; bireyin psikoterapist ile yüz yüze ve teke tek görüşme yaptığı, belirlenmiş bir süre ve sıklıkta yaşanan problemlere ve çözümlerine odaklanılarak yapılan uygulamadır. Grup terapileri; benzer olayları yaşamış veya benzer problemleri, bozuklukları yaşayan bireylerden oluşturulan bir grupta belirlenmiş aralıklarda grup lideri terapist tarafından yönetilen seanslardır. Birey benzer olayı başkalarının yaşadığını ve onların deneyimle ilgili duygu ve düşüncelerini duyarak yalnız olmadığını hissetmekte ve daha hızlı bir iyileşme süreci yaşayabilmektedir (Luber, 2010; Orcutt, 2011; Butcher vd., 2013).

1.1.8.1. Travma Sonrası Gelişim Kavramı

Travma sonrasında kişide olayın etkisinin çözülmesi için yası tutmak ve yeniden kurma, yapılandırma gerekmektedir. Sosyal destek varlığı ile travma sonrasında iyileşme ve gelişim hızla artmaktadır; yokluğunda ise kişilerde çok uzun süren semptomlar, patolojik yas, kalitesi azalmış bir yaşam süreci, şiddetli ve kronik depresyon potansiyeli aşırı derecede artmaktadır. Travmatik yaşantı sonrasında yaşanan durumun psikolojik etkileriyle başa çıkabilmek amacıyla en önemli kavramlardan biri olan travma sonrası gelişim; olumlu algılama, fayda sağlama, strese bağlı gelişim, anlam bulma, dönüşümsel baş etme gibi farklı ifadelerin de aynı kapsamda kullanıldığı bir kavramdır. Bireyin travmatik deneyiminden sonra toparlanma sürecinde kabullenme

ve sonrasında yaşama devam edebilmek için bireyin zihninde olayın sonrasına olumlu bir bakış açısına sahip olmalıdır. Olaya bir çıkış noktası, dönüm noktası olarak bakılması başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır. Kişi kendisini daha güçlenmiş ve olaydan sonra çıkarımlarıyla, öğrendikleriyle daha farklı ve güçlü yaşamaya devam etmektedir. Bu bakış açısı travmadan sonra kabullenme sürecini ve adaptasyonunu kolaylaştırıcı bir unsurdur ve kişisel gelişim olduğuna inananların işlevselliklerinin arttığı ortaya çıkmaktadır. Travma sonrasında bireylerin çoğunda psikolojik başka bir bozukluk oluşabilmektedir; travma sonrası gelişimin olması koruyucu ve bu tür bozuklukları önleyici etken olmaktadır (Bayraktar, 2012). Farklı insanlarda farklı tepkilerle travma sonrası gelişim yaşanmaktadır.

Kendilik Algısında Yaşanan Değişim: hayatta kalana karşı kurban ifadesi, travma sonrasında kişinin kendisiyle ilgili algısının mağdur yerine survivor (hayatta kalan) olması travma sonrası gelişimdeki ilk adımdır. Kendine güvenmek; travma geçiren kişilerin ikinci bir travmaya karşı daha dirençli, güçlü olduğu inancı vardır; gelecekteki olası bir travmatik olay ile baş etme yöntemleri geliştirmiş olduğu için daha kolay karşılayacaklarını az kırılgan olacaklarının farkında olmaktadır. Bu bilinçlilik hali bireylerde kişisel gelişimlerine olumlu etkisi bulunmaktadır. Kolay incinebilirlik ve hassasiyet; travma yaşamış bireyler, güçlerinin farkına varmış olan, incinebilir ve zarar görebilir olduklarının farkında olan ve bundan dolayı yaşamın değerini anlamış ve hayata anlam katarak yaşamı sürdürmekte olan bireyler haline gelmişlerdir. Bu değişim sağlanırken kişisel kontrol denetimini veren tekniklerin bilinmesi; imajinasyon, gevşeme egzersizleri, duyguları kontrol etme ve yönlendirme becerileri kişisel gelişimi kolaylaştırmaktadır.

Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişim: kendini açma ve duygularını ifade etme, olumsuz deneyimden sonra duygularını daha rahat ifade edebildiklerini ve olayın öncesinde yaşamlarında hiç ilgilenmemiş oldukları bir alanda öğrenmeye açık oldukları görülmektedir. Acıma, şefkat ve bu duyguları diğer bireylere aktarma; travmatik yaşantı sonrası başına gelmişliğin etkisiyle empati yapabilme becerisi, şefkat ve merhamet duyguları artmaktadır. Yardıma muhtaç olma durumunda kaldığı için insanlara yardım etme davranışları artmaktadır (Herman, 2007).

Yaşam Felsefesinde Yaşanan Değişim: yaşamın değeri ve öncelikleri, bazı travmatik olaylar sonrasında kurtulmuş yani hayatta kalmış bir insan için hayatta şanslı

olduklarına inanmaktadırlar. Hayatı daha rahat ve kıymet bilerek yaşamlarını sürdürmektedirler. Varoluşla ilgili tema ve anlam arayışı; travma sonrasında yaşamları tehdit unsuruyla karşılaştıkları için kaybedebileceklerini fark edip yeniden elde etmenin farklı değer ve anlamlar taşıdığını görmektedirler. Travma öncesi değer vermeden yaşadıkları farklı kavramlara önem vermeye başlamaktadırlar. Ruhsal-manevi gelişim; çok ağır travma yaşayan bireylerde özel insan olduklarına inandıklarından dine ve Allah'a karşı inanç ve düşüncelerinde artış, bağlılıklarında güçlenme olmaktadır. Bilgelik; travma sonrasında gelişimde; belirsizliğin tanınması, duygu ve bilişi birleştirme, birey olarak sınırlarını kabul etme; yaşamın değerinin anlaşılması ve öncelik sırasına göre yaşamın düzenlenmesi, başa çıkma becerilerinin farkına varılması, tekrar oluşabilecek bir psikolojik travma ile mücadele yöntemlerinin bilişsel düzeyde biliniyor olması bilgelik mertebesini oluşturan öğelerdir (Bayraktar, 2012; Shapiro, 2015).

1.1.9. Travmanın Aktarım Biçimleri

Travma etkileri ve bıraktığı izler dolayısıyla travmayı taşıyıcı halde yaşamı sürdürmektedir. Duygu, düşünce ve davranışları ile bilinçli veya bilinçsiz olarak travmayı ve etkilerini taşımakta ve aktarmaktadır.

Psikoterapi sürecinde Lister' e göre travmatik aktarım terapist ve danışan arasında ikili değil; üçlü şeklinde olduğunu üçüncü ögenin travmaya sebep olanı simgelemekte olduğunu vurgulamaktadır. Travma anında kişi kendini çaresiz, savunmasız hissettiğinden bu duygu travma sonrasında tüm ilişkilere yansımaktadır. Bu duygu sebebiyle kişi bir kurtarıcı, güçlü bir otorite arayışı ve ihtiyacını sürdürmekte olacak ve çoğunlukla seanslarında psikoterapistini bu rolde görerek bu duygusunu geçirmektedir. Çaresizlik ve yalnız bırakılmış duyguları ne kadar yoğunsa kişi hayatında bu arayışı o denli yoğun yaşamaktadır. Travmaya uğramış kişinin terapisti idealleştirme eğilimi terapi sürecinde terapist beklenti doğrultusunda tepki vermediğinde danışan öfke duygusu açığa çıkabilmektedir. Terapötik ilişkide danışan çok istekli olmasına ve ihtiyaç duymasına rağmen psikoterapiste aktarımları nedeniyle güven duygusunu inşa edememekte ve terapistin kendisini anlamayacağı ve yardım

edemeyeceği inancı taşımaktadır. Travma etkileri bulaşıcı etkende olmakta ve terapist zaman zaman öfke, umutsuzluk, çaresizlik gibi duyguları hissetmekte olduğunu fark etmektedir; bu da terapi sürecinde karşıt aktarımdır; bu durum “vekaleten travmatizasyon” olarak da belirtilmektedir (Herman, 2007).

Travma nesilden nesle aktarılan bir miras olarak ta dolaylı aktarılmaktadır. Travmatik olay kişinin tüm sistemlerini etkilediğinden ilişkilerine, yansıttığı duygulara, davranışlara da yansımaktadır. Bağlanma teorisi ile açıklanan bu aktarım anne ve babaların çocuklarına tutum ve davranışlarından başlayarak duygusal bağlanma ile ailelerden aktarılarak etkileri nesiller boyunca devam etmektedir. Travmaya maruz kalan ebeveynlerin öncelikli olarak kendi kişisel sistemleri ve aile sistemleri etkilenmektedir. Travma sonrası bireyin tüm rollerinde, kişilik yapısında, ruh halinde değişiklikler olduğundan çocuklarına yaklaşım tarzları, toplumda aldığı roller ve tutumlarındaki değişimler farklılaşmış olarak yaşanmakta ve aktarılmaktadır. Bu aktarım yalnızca travma yaşayan kuşaktan bir sonrakine aktarılmayla sınırlı değildir; ebeveyn-çocuk ilişkisi bağlamında o ilişki tarzını büyüdüğünde kendi ebeveynlik sürecinde aktaran bireyler ikinci kuşağa dolaylı yoldan aktarım gerçekleştirmektedirler. Bu dolaylı aktarımın yanı sıra ebeveynlerin çoğunlukla da annelerin sıklıkla kendi çocuklarına yaşadıkları travmatik olayları anlatarak aktardıkları bilinmektedir; travmatik olayın içeriğindeki öğelere karşı çocuk gelişim süreci içinde hassasiyet oluşturmaktadır. Bir annenin yaşamış olduğu travma mutlaka bir şekilde çocuğuna geçmektedir. Sözel olarak anlatım ve ifadeler ile olduğu kadar duygular ile de bu etkiler taşınmaktadır; travma yaşamış ebeveynler daha saldırganlık, öfke, çaresizlik, güçsüzlük, korku gibi duyguları da çocuklarına yansıtmakta oldukları bilinmektedir (Ruppert, 2011).

1.1.10. Travma ve Bağlanma

Bireylerin kendilerince daha önemli buldukları ötekine karşı duygusal bağ oluşturmalarını açıklayan bağlanma kuramıdır. Bu kurama göre yeni doğan bebeğin hayata tutunabilmesi için en gerekli olanın duygusal bağ kurması gerektiridir. İnsan bebeklikten itibaren bağ kurarak, duygusal yakınlık kurarak yaşamını sürdürmektedir ve

bebeğin bakım vereni bağlanma şekli hayatında arkadaşlık, sevgili / eş ve diğer insanlarla bağlanma biçimlerini de etkilemektedir. Bu bağı kurma bireyin temelde kabul veya reddedilme ile ilişkilendirdiği bir bağlantıdır. Bağlanma kuramına göre; bağlanma davranışında genel olarak birey kendisinden daha güçlü veya zeki bulduğu kişiye karşı duyduğu yakınlık kurma ve bunu sürdürme eğiliminde olduğu davranış örüntüsüdür (Solmuş, 2008; Bowlby, 2014).

Mary Ainsworth'e göre (1973), güvenli bağlanma, güvensiz-kararsız ve güvensiz-kaçıngan bağlanma olmak üzere üç türde bağlanma stili belirlemiştir. Bağlanma stilleri travmatik yaşantıların sonrasında tepkileri ve iyileşme sürecini etkileyen bir rol oynamaktadır. Bir yakının kaybından sonra yas süreci güvenli bağlanma stilindeki kişiler için kabullenici, yapıcı bir tavır ile karşılanırken; güvensiz bağlanma stilindeki kişiler daha gergin tepkiler ile yaşar ve depresyon yaşama riskleri yükselmektedir. Kaygılı / kararsız bağlanma biçiminde olan insanların yas sürecinde yoğun biçimde üzüntü ve depresyon yaşadıkları görülmekte, kaçınan bağlanma biçimine sahip kişilerin depresyon düzeyi düşük iken somatizasyonlarının yüksek olduğu görülmektedir (Solmuş, 2008; Ruppert, 2011).

Bebeklikten itibaren öncelikli olarak anne ile kurulan bağlanma stili kişinin hayatında hayati bir önem taşımakta ve diğer insanlarla kuracağı ilişkilerin alt yapısını oluşturmaktadır. Psikolojik problemlerin temelinde öncelikli olarak anne ile kurulan bağlanma bozukluklarının etken olmaktadır; baba ile bağlanma tarzının ikinci planda olmaktadır.

Travmatik bir yaşantı sonrasında; travmatize olan kişinin dışında bağlandığı sosyal çevresinin de travmatize olması yüksek ihtimaldir. Örneğin; savaştan kurtulan bir asker evine döndüğünde savaşın travmatik etkilerine birebir maruz kalan asker etkilenirken, en yakın bağı kurduğu aile bireyleri de benzer travma etkilerini yaşadığı görülmektedir. Travmanın biyolojik ve psikolojik perspektife sahip olduğu kadar sosyal bağlamı da bulunmaktadır. Travmatik deneyimi yaşayan kişi tek kişi olsa da etkilenen bir kişi ile sınırlı değildir; sosyal çevresindeki kişiler de etkilenebilmektedir. Travma yaşayan bireylerde güven duygusu sarsıldığından dolayı ebeveyn olarak çocuklarının ihtiyacı olan istikrarlı ve güvenli bir duygusal yakınlığı kuramamaktadırlar. Bu durumdaki ebeveynlerin yetiştirdikleri çocuklar güvenli bağlanma

gerçekleştirememekte ve travmatik etkilere maruz kalmaya başlamaktadır (Ruppert, 2011).

1.2. VAROLAN VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Bireyler, yaşamlarında hissettikleri sosyal desteğin varlığıyla travmatik olay sonrasında iyileşebilmek için çok önemli faktör olarak görülmekte; tek başlarına baş edemeyecekleri durumların üstesinden gelmelerini kolaylaştırıcı olduğu belirtilmektedir. Travmanın en önemli zedeleyici etkisi insan ilişkilerine ve sosyal çevresindeki bağları koparmaya yönelik olduğundan sosyal destek travmanın etkisini ateşleme veya söndürme etkisine sahip olmaktadır. Sosyal desteğin iki etki alanı bulunmaktadır; biri, sağlık problemleri yaşayan bireylere doğrudan iyileşme sürecinde rol oynamak; diğeri ise, olumsuz olay sonrası etkilerin azalması için tampon görevi sağlamaktır (Öztürk vd., 2006; Zara, 2011).

Bireyler başka insanlarla kurdukları iletişim yoluyla edindikleri kendilik algıları ve güven duygularını travma sonrasında yeniden inşa etmek amacıyla çevrelerindeki insanlara ihtiyaç duymaktadırlar. Travmatize olmuş bireyler aile, sevgili ve yakın arkadaş çevrelerinden olayın ardından zamanlamaya ve ihtiyaçlarına göre değişen oranda ilgi ve destek arayışında olmaktadır. Bireyin algıladığı sosyal desteği travmatik olay sonrasında uyumu arttırıcı etkisi olduğu ortaya konulmaktadır; uyum sürecinde süreklilik gösteren bir travmanın olup olmadığı da önemli etken olmaktadır. Yakın sosyal çevrenin net, açık bir şekilde güven sağlaması ve ihtiyaç doğrultusunda karşılık görebilmesi önemli bir pozitif etki yaratmaktadır (Herman, 2007; Yılmaz, 2007).

Travmatik olaylardan sonra kişinin çevresindeki insanların sosyal destek vermeleri çok önemlidir; çoğu zaman ortaya çıkan travmatik belirtilerin etkisini azaltmaya veya belirtileri sınırlandırma işlevine sahiptirler. Bu derece önemli bir olguda diğeri önemli bir nokta da bireyin var olan sosyal desteği destek olarak algılıyor olmasıdır. Yani verilen destek travma mağduru kişiye yönelik, uygun, dozunda ve yerinde yapılmaktadır; kişiye yeterli gelmesi, iyi gelmesi önemli bir unsurdur. Sosyal destek kişide koruma görevi sağlar ve başka bir psikolojik problem yaşanmasının önüne

geçmektedir. Kişinin çevresinde güçlü bir sosyal destek bağlantısı olsa dahi travma sonrası görülen belirtilerden kaçınma, korku ve aşırı uyarılma irkilme halleri gibi veya depresyonun çökkünlük, isteksizlik, halsizlik semptomları destek açısından yararlanamamaya sebep olmaktadır. Bu doğal süreçte sosyal desteği veren kişiler sabırlı, istikrarlı ve anlayışlı olmaları gerekse de bu durum her zaman sosyal desteğin yeterli olamayacağına dair de bir bildiri niteliğinde olmaktadır (Oltmanns vd., 2003).

Johann Hari' nin bağımlılık konusunda yaptığı deney ve araştırma sonucunda kafeste tek başına olan sincap sade su ve uyuşturucu madde olan su arasında uyuşturucu madde içerikli olandan içmekte ve ölene kadar aynı sudan içtiği gözlemlenmiştir. Birden çok sincapla birlikte aynı kafese konulan bir diğer sincabın uyuşturucu içeren sudan az miktarda içip devamında içmeye yönelmediği ve diğer sincaplarla etkileşimde olanın sonrasında yalnızca sade sudan içmeye devam ettiği gözlemlenmiştir. Bu deney de olduğu gibi sosyal çevre ve etkileşimin önemi ortaya çıkmaktadır (Hari, 2015, parag. 9).

Toplumsal olarak travmatik olaylara veya psikiyatrik hastalıklara bakış açısı da bu sorunları yaşayan insanlara tavır ve davranışları yönlendirmektedir. Toplumsal açıdan acınılan, şefkat gösterilen bir rahatsızlıksa iş ve uzak çevrenin sosyal desteği de olumlu yönde olmakta fakat çok kabul görmeyen veya rahatsızlığı yaşayan kişinin suçlandığı bir bakış açısı varsa kişinin hayatını daha da zorlaştırıcı bir ortam meydana gelmektedir. Olumsuz bir yargının var olmasıyla kişinin yaşamı kısıtlanmakta ve maruz kaldığı istenmeyen tutumlardan dolayı çekimser ve içe kapanık bir hal içinde kaygının ve depresyonun artışı görülmektedir.

Depresyon geçiren kişilerin değersizlik duyguları artmış durumdayken; sevilmediklerini düşünmeleri, işe yaramaz hissetmeleri, yaşamlarının bir anlamı ve amacı olmadığına dair inanışları da yükseliş göstermektedir (Albal ve Kutlu, 2010). Kişi kendini çaresiz gördüğünde, etrafındaki insanlarla tartışmaya, kavga edip bunaltmaya başlamaktadır. Depresyonda olan kişi etrafındaki insanlara özellikle en yakınlarına onu yeterince sevmediklerinden ve gerektiği kadar ilgi göstermediklerinden şikayet eder, kendisi hayatta olmasa daha rahat edeceklerini söyleyerek yakınmaları artmaktadır. Bu duygu durumunu yaşayan kişiye aile, iş ve sosyal hayatında değer ve yeterince ilgi, sevgi gösterilmesi durumunda kişinin ruh halinde değişiklik gözlenmesi olasılığı yükselmektedir. Örneğin; kişi sabah uyandığında eşinden, çocuklarından

iltifatlar, övgüler olsa güler yüzle evden uğurlansa güne olumlu başlayacaktır. İş yerinde ne kadar değerli ve vazgeçilmez bir çalışan olduğu söylene; ona şirkette çok güvenildiği belirtilse; arkadaşları tarafından ne kadar sevildiği ne kadar zeki ve eğlenceli biri olduğu dile getirilse; sıkıntılar ve zorluklar yaşasa bile insanlar tarafından bunun fark edilmesi, takdir görmesi depresyondaki kişiyi de olumlu etkileyecektir. Sosyal desteğin bireyin hayatında var olması depresyonun oluşumuna önleyici ve var olan depresyon sürecinde iyileştirici önemli bir faktör olduğu yapılan araştırmalar sonucunda ortaya konulmaktadır (Mete, 2011).

Vurgulanan önemli bir nokta; depresyona eğilimi olan kişilerin doyuma ulaşmaları güçtür; çocukluğunda veya geçmişinde gereken ihtiyaçları karşılanmadığından bir kızgınlık, hiddet geliştirmiştir, dünyayı böyle algılamaya başlamıştır. Her an övgü, pohpohlanmak, her yaptıkları önemli davranıştan veya zorluklardan sonra çevre tarafından fark edilmesini beklemek, değer verildiğini, sevildiğini duymak mümkün olmayabilir; asıl önemli olan kişinin kendisi ile ilgili bu duygu ve düşünceleri içselleştirmiş olmasıdır (Herman, 2007).

Depresyona yatkın kişilerde desteklenme ve sevilme ihtiyacı ön plandadır; bu desteğin nerden ve kimden geldiğini dahi çoğu zaman önemsemezler. Bu desteği bazen bir eşte, sevgilide, arkadaşta ararken kimi zaman alkolde, uyuşturucu maddelerde de bu desteği ve geçici iyilik halini yaşattığı için bu maddelerden aldıkları destekle bağımlılık geliştirebilirler. Depresyon ile başa çıkmaya çalışırken bağımlılık gibi başka bir probleme sarılmak yerine, bu sosyal desteği bir hobi geliştirerek veya yeni bir ilgi alanı bularak ihtiyaç olan desteğin karşılanması çalışılabilir.

Bebeklerde hem kendilerini sevdirmeye, beğendirmeye çalışma eğilimleri hem de kendi isteklerini elde etmek için bağırıp çağırma eğilimlerinde olduğu gibi depresyondaki kişilerde de buna benzer eğilim gözlenmektedir. İlgi, sevgi ve takdir edilme eksikliği depresyona yatkın bireylerin depresyon geçirme olasılığını arttırdığı gibi depresyon geçirenlere de sosyal çevreden gördüğü bu etki iyileşme sürecini olumlu etkilemektedir. Travmatik olaylarda özellikle insan tarafından yapılmış olanların sonucunda travmaya uğrayan kişinin mutlaka insanlarla ilişkileri hasar görmekte ve kopukluklar oluşmaktadır. İyileşme sürecinde de kişinin çevresindeki sosyal desteğin varlığı gerçekleşen en önemli hasarı onarmak için en önemli faktördür (Oltmanns vd., 2003; Mete, 2014).

1.2.1. Aile Desteği

Bireyler hangi psikolojik problemi yaşıyor olursa olsun; aile olumlu veya olumsuz çok önemli rol oynamaktadır. Majör depresyonun tedavi sürecinde ailelerin psiko-eğitime katılması ve tedavinin ilk aşamasından itibaren sürece dahil olması ailenin iyileşme sürecinde büyük rolü olduğunu ortaya koymaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Aile yapısı toplumda doğal işleyişinde bireye sosyal destek ve güç sağlayan bir topluluk olarak algılanmaktadır. Bireyler zorlayıcı durumlarda baş edebilme ve üstesinden gelebilmek için diğer aile üyelerinin varlığını bilmeleri de algılanan sosyal destek kavramının içinde olan bir faktördür. Kişi travmatik bir yaşantı sonrasında iyileşme sürecini kolaylaştıran da ailesidir; anlayışsız, yardımcı olmayan bir aile tutumu da kişiyi daha da hasta edebilir. Yalnızca travma sonrası stres bozukluğu için değil depresyon yaşayan kişiler için de aile çok önemlidir. Aile bireyelerinin herhangi birinde depresyon olduğunda bulaşıcı bir etkiyle diğer üyelerin de etkilenmeleri çok yüksek oranda görülmektedir. Bulaşkan etkisi; ailede biri depresyon geçirmekteyse diğer bireyler de üzülür, acı çeker, yardım etmek ister çaresiz kaldıklarını görürlerse depresif ruh haline bürünebilmektedirler (Herman, 2007; Gümüş, 2015). Bireyin iyi oluşu için sosyal destek türleri arasından aileden algılanan desteğin, depresyon ve yalnızlık düzeylerine etkisinin en yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal ağın içinde yer almak yalnızca psikolojik açıdan değil; yardımlaşmak anlamında da bireye iyi gelen, yaşam doyumunu arttıran bir faktör olarak ele alınmaktadır. Fiziksel olarak bir kaza sonrası ihtiyaç halinde, maddi olarak veya sosyal bir bağlantı için çevreye, sosyal ağlara ihtiyaç duyduğunda var olduğunu bilmesi insanın iyi oluşuna katkı sağlamaktadır (Yalçın, 2015). Psikolojik hastalıklarda aile desteği çok önemli yer almaktadır. En önemli tutum olabildiğince anlayışlı ve samimi olmaktır. Kişi hastalığın semptomları nedeniyle sorumluluklarını veya kendi bakımlarını yapamaz halde olabilirler; aileler eleştirel olmayan ve olumlu anlamda yardımcı ve destekleyici tutumlarıyla olumlu etken olabilmektedirler. Aile içi etkilenmeler çok yaygındır; depresyonda olan bireyin tavır ve tutumları nedeniyle ailenin diğer üyeleri de bir süre sonra depresif ruh haline girebilmektedirler. Depresyon geçiren kişi çevresini incitebilecek tavırlar

sergileyebilmektedir ancak aile üyeleri bu davranışların fizyolojik kökenli olarak ortaya çıktığının bilincinde olursa negatif yönde etkilenmeleri azalabilmektedir (Mete, 2011).

Travma sonrası yaşanan psikolojik bozukluklara çevrenin ve en önemlisi de kişinin ailesine büyük rol düşmektedir. Aile, bireyin içinde bulunduğu en küçük ve kendinden bildiği gruptur; iyileştirici faktördür. Kişi travmadan sonra başka bir insan tarafından maruz kaldığı tehlikeden ötürü güven duygusu büyük oranda sarsılmakta ve her an kötü bir şey olacaktı kaygısını taşımaktadır. Bu durumlarda kişi özellikle ailesinde güven aşılayan, anlayışlı ve destekleyen bir tutum ihtiyacında olmaktadır. Kişi ailesine yaşadığı olayı ve etkilerini, duygularını birileriyle paylaşabilirse güven ve başka insanlarla iletişim kurma becerisini kurmada ilk adımı atmış ve zedelene güven duygusu ve iletişim becerileri onarılabilmektedir. Ailede sosyal desteğin etkileri anne-baba tutumlarına göre de değişkenlik göstermekte; ilgili-sevecen anne-baba tutumu gören çocukların algıladıkları sosyal destek daha yüksek olarak belirlenmiştir (Öztürk vd., 2006). Travma sonrasındaki süreçte ailenin tutumu ve uyum süreci çocuğun da uyum sürecini paralel olarak etkilemektedir. Travma sonrasında çocuklar üzerinde uzun dönem etkilerin araştırıldığı bir araştırma, travmatik olaydan etkilenmeyen çocukların çevrelerinden yardım isteme ve destek alma, kendilerini kontrol edebilme becerilerinin var olduğu ve aile tutumlarının sevecen, ilgili olduğu ve yakın ilişkinin olduğu bir ortama sahip olanlar olduğu bulunmuştur. Ailenin tüm bireyleri aynı anda travmatik bir olaya maruz kalmışlarsa, ebeveynler kendi sorunlarıyla uğraşmaktan çocuklar arka planda kalabildiği bu durumda ebeveynler uyum sağlamak ne kadar zorlanırsa çocukların da benzer zorlanmaları yaşadıkları ortaya konulmuştur (Kılıç vd., 1999). Aile kişinin aynası gibidir; gördüklerini yansıtmaya eğilimlidir. Aileden aldığı destek, güven ve iyileştirici rol oynayan tüm unsurları içselleştirerek dış dünyaya adım atmakta cesaretlenmektedir (Canbolat, 2013).

1.2.2. Evlilik ve Eş İlişkisi

İyi bir eş ilişkisi ve evlilik süreci bireyde çok önemli bir hızda iyileşme görülmesine etkindir. Yakın ilişkinin içinde bulunan insanların en güvendikleri ve yardım isteğinde buldukları çoğunlukla ilişkideki partnerleri olmaktadır; zorlayıcı bir olay yaşayan insana partnerleri en iyi yardımcı olabilecek kişilerde ön planda

olmaktadır. Eşten gelen olumlu ve süreklilik arz eden bir tutum dolayısıyla pozitif yaşantı deneyimi, geçmişte yaşanmış olumsuz travmatik yaşantıların etkisini silmekte oldukça etkindir. Yapılan araştırmalar sonucunda ortaya benzer travmatik olay, depresyon veya benzer semptomları yaşayanlar arasında sürekliliği olan bir eş ilişkisi var olan kadınların olmayanlara göre daha yüksek oranda iyileşme gösterdiği saptanmıştır (Herman, 2007). Bireylerin sorunları konuşabileceği birilerinin varlığının olduğunu bilmeleri bile sosyal destek kaynaklarını algıladıklarını göstermektedir. Sosyal desteğin eksikliği psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceği gibi karşılaştıkları stresli veya zorlayıcı olayların etkileriyle de başa çıkma ve çözüm süreçlerinde pozitif bir rol oynamaktadır (Gümüş, 2015).

Bir başka araştırmaya göre; benzer travmatik olayı yaşayanların sonraki dönemleri üzerinde yapılan incelemede özel bir yakın ilişkisi veya sevgilisi/ eşi bulunanların bulunmayanlara istinaden daha az semptom ortaya çıkardıkları belirlenmiştir. Eşler arasında öncelikle birbirlerini anlamaya yönelik bir çaba olması gerekmektedir; partnerinin ne hissettiği, düşünceleri, neler yaşadığı anlayışlı bir tutumla dinlenerek güvenli bir ilişki varlığı hissettirilmelidir; bu tür bir ilişki olumsuz duygu halinde olan partnere iyileştirici bir faktör olmakta ve ilişkiyi güçlendirmektedir. Kendisini anlayan bir eşe sahip olmak kişinin motivasyonunu artırıcı, güven duygusunu pekiştirici ve depresif duyguları azaltıcı bir etkidir. Bu desteğin varlığında kişi problemler karşısında çözüm yolları üretebilmekte ve baş etmek üzere kendisini güçlü hissetmeye başlamaktadır. Her koşulda sevildiği ve kabul gördüğünü bilmek travma etkilerini azaltmaktadır. Bu güven duygusu ve iyi iletişim kurabilmek yalnızca sözcüklerle değil özellikle travmatik olayın hemen sonrasındaki süreçte sözsüz iletişimle kurulması travma mağduruna iyi gelmektedir (Sungur, 2009; Beck, 2011).

1.2.3. Sosyal Çevre Desteği

Bireyler kendileri dışında insanlarla iletişim ve etkileşim içinde oldukça gelişmekte ve iyileşmektedirler. İş hayatı zaman açısından insanların yaşamlarının çoğunu kapsamakta ve işlevsel olarak iyileştirici etkisi olan bir gerekliliktir; kişi işe yarar hisseder ve bir amaç doğrultusunda yaşamını anlamlandırmaktadır. Kadınlar iş hayatında son dönemlerde daha fazla yer almaktadır; toplumsal olarak erkekler iş

hayatında yer almalı, kadınlar evdeki düzeni sürdürmeli, çocukları yetiştirmekle sorumludurlar. Kadının sosyal statü ve saygınlık kazanması özgüveni arttırıcı bir etkidir ve psikolojik olarak olumlu bir katkısı bulunmaktadır. Kadınlar hem iş hayatında hem ev ve çocuk bakımına yetişmektedirler; çalışıyor olmanın olumlu etkisinin pekişmesi için eşin evdeki sorumluluklar açısından hoşgörülü ve yardımcı bir rol alması gerekmektedir. Travmatik bir olay sonrasında veya depresyonda olan bireylerin iyileşme süreçlerine katkıda bulunan önemli unsurlardan biri iş hayatına dönüş ve iş ortamında insanlarla iletişimde olmak olduğundan tedavi sürecinde belirlenen hedefler arasında çalışmak olmaktadır (Tarhan, 2014).

İş hayatı, bebeklerin doğduğunda çevrelerini keşfetme süreçleri gibi yetişkinlik döneminde keşfetmeleri, kendi potansiyellerini ortaya koyacakları bir çevredir. Bireyler iş ortamlarında kendilerini, güçlerini, yeteneklerini ortaya koyarak var olurlar ve takdir görme, onay ve beğeni ihtiyaçlarını karşılama beklentisinde olurlar. Bireylerin psikolojik açıdan iş çevrelerinde kendilerini ortaya koyma ve olumlu geri dönüşlerinin olması, iş arkadaşları tarafından sevilme, beğenilme gibi faktörler kişinin kendini gerçekleştirmesine katkı sağlamaktadır (Solmuş, 2008).

1.3. MAJÖR DEPRESYON

Majör depresyon; ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, kendine güvensizlik, çaresizlik, değersizlik duygusu, suçluluk duyma veya kendini suçlama, sosyal yaşantıdan geri çekilme, iştahsızlık veya aşırı yeme, uykusuzluk veya aşırı uyku hali, psikomotor yavaşlık, yoğunlaşamama, halsizlik, baş ağrısı gibi fiziksel belirtiler; normalde zevk aldığı aktivitelere, yaşama karşı ilgisizlik, aşırı durumlarda ölüm ve intihar düşünceleri ile tanımlanan belirgin bir olaydan sonra bu şikayetlerin ortaya çıktığı ruhsal bir çökkünlüktür.

Greenberg ve Padesky'e göre; depresyon yalnızca ruh halinde yaşanan bir hastalık değildir; bilişsel, davranışsal, fiziksel ve duygusal belirtilerin de bulunduğu klinik ciddi bir tablodur. Belirtilerin şiddeti arttıkça, tekrarlanan ve kronik yaşanan durumlarda kişilerarası bozukluklar ve iş hayatında sorunlar da oluşmaktadır. Bilişsel belirtiler; kişinin kendine ağır eleştiri yönlendirmesi, umutsuzluk, özgüven eksikliği, intihar düşünceleri, negatif bir bakış açısı, konsantrasyon güçlükleridir. Davranışsal

belirtiler; insanlardan uzaklaşma, eskiden yapılan aktivitelerden çekilme, yapılan işlerde yavaşlamadır. Fiziksel belirtiler; uykusuzluk veya uyku düzenindeki değişimler, yorgunluk, iştahdaki değişimlerdir. Duygusal belirtiler ise; mutsuzluk, hüznün, öfke, huzursuzluk, sinirlilik ve suçluluk duygularıdır. Bu tanımlama ile her kişinin yaşayabileceği ve genelde bir müdahale olmaksızın geçici olabilecek bir durum olabilir, bu ruh halinin dışavurumu kişiye ve kültüre göre değişiklik göstermektedir. Depresyon, tıbbi açıdan çözümün ve umudun hiç tükenmediği bir hastalıktır; bir tedavi yöntemine yanıt alınmadığında pek çok tedavi yönteminden bir diğere yönetime başvurulmaktadır. Bu durum psikiyatride, yukarıda tanımlanan belirtilerin uzun sürmesi ve kişinin sosyal, bireysel veya mesleki yaşamı üzerinde olumsuz etkilerin fark edilir derecede ağır olması halinde bu durum duygu durum rahatsızlığı olarak tanımlanır ve DSM tanı kriterlerine göre tanı konulmaktadır (Budak, 2005; Greenberger ve Padesky, 2010; Tan, 2014).

Ortalama başlangıç yaşı 40'lı yaşlardır; ancak çocuklarda ve yaşlılarda da rastlanmaktadır. Genetik faktörler önemli rol oynasa da; biyolojik aminlerin düzen bozukluklarında (serotonin, dopamin, ve noradrenalinin disregülasyonu) ile ilgili olduğu da belirtilmektedir. Geçmiş yaşantılardaki zorluklar, anne-baba kaybı gibi psikososyal faktörler ve kalp hastalığı, inme gibi tıbbi hastalıklar da majör depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (Koroğlu, 2009).

Stiensmeier ve ark, 1989'da yaptıkları depresyon hastalığının tanımında şu kümeleme ile belirtileri tanımlamıştır:

1. Duygulanım: Derin üzüntü, çökkünlük, isteksizlik ve umutsuzluk
2. Bilişsel: Değersiz ve yetersiz olduğu inancı, kendini suçlama, şüphe ve kendini değersiz kılma
3. Güdüsel: Etkinikte azalma, karar vermekte güçlük
4. Bedensel: Yorgunluk, iştahsızlık, uykuda bozulmalar, konuşmada yavaşlık (Odağ, 2002).

Bir insanın depresyon geçirdiğini söyleyebilmek için öncelikli olarak en az on beş gün sürede hemen her gün, günün büyük bölümünde karamsar olması veya daha önce keyif aldığı şeylere ilgisini kaybetmiş olması gerekmektedir. Bu sınırın çizilmesindeki amaç; zaman zaman her kişinin yaşayabileceği sıkıntılı, üzüntülü durum depresyon ile karıştırılmasını engellemektir. Yalnızca üzgün veya karamsar olmak

depresyon tanısı almak için yeterli değildir; DSM tanı ölçütlerindeki belirtilerin en az beşini karşılaması gerekmektedir (Mete, 2013).

Depresyon, kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Depresif rahatsızlık ciddi oranda yıkıcı ve yaşam şeklini sekteye uğratan bir durumdur. İş hayatında çalışma düzenini, aile hayatını, sosyal ilişkileri alt üst eden bir etki yaratmaktadır. Çok ciddi boyuttaki depresyon durumlarında ortaya çıkan semptomlar; şeker, yüksek tansiyon gibi önemli hastalıkların belirtilerin önüne dahi geçmektedir. Depresif bozukluk öldürücü olabilmektedir (Yalom, 2006).

Olağandışı üzüntü ve keder duygularının görüldüğü durum depresyondur. Majör depresyon duygudurum bozuklukları arasında en yaygın görülenidir. Majör depresyon, duygusal belirtiler; mutsuzluk, üzüntülü hal, keyifsizlik, bilişsel belirtiler; suçluluk veya değersizlik ve intihar düşünceleri, davranışsal belirtiler; bitkinlik veya fiziksel ajitasyon, fiziksel belirtiler ise; iştah ve uyku düzenlerinde değişikliklerin görüldüğü on beş gün boyunca süren ve hemen her gün günün çoğunluğunu kapsayan bu tablo ile seyretmektedir (Butcher vd., 2013).

1.3.1. Majör Depresyon Tanı Kriterleri

DSM-V' e göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri:

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

Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler kapsamaz.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür, umutsuzdur, kendini boşlukta hisseder) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür).

2. Bütün veya neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur (özel anlatımla veya başkalarınca gözlemlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse 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 ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız 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. Yineleyici 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.
- D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrısız bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.
- Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (s. 92-94).

1.3.2. Depresyonun Alt Türleri

Uzun yıllardır tanımlanan, birçok tedavi yöntemine cevap veren majör depresyonun psikotik depresyon, atipik depresyon, mevsimsel depresyon ve melankolik depresyon gibi alt türleri saptanmıştır.

Psikotik depresyon; hastaların majör depresyon kriterlerini karşıladıkları aynı zamanda kuruntu veya halüsinasyonlarında görüldüğü depresyon türüdür. Kişide kuruntular genellikle yetersizlik hissi, nihilizm, somatik kaygılar olarak görülür; depresyonla beraber ortaya çıktığında ruh haliyle tutarlı semptomlar olarak tanımlanır.

Atipik depresyon; kriterleri reaktif bir duygu durumunu yansıtır; gerçekleşen bazı olumlu durumlar karşısında ruh halinin değiştiği bir tür depresyondur. Majör depresyondaki belirtilerin aksine aşırı yeme ve uyuma gibi vejetatif belirtileri vardır.

Mevsimsel depresyon; gündüzlerin oldukça kısa olduğu Ekim, Kasım aylarında başlayan depresyon türüdür; Şubat ve Nisan ayları ile birlikte gündüzlerin süresi arttığından bu tür hastalarda depresyonları hafiflemektedir; hatta manik veya hipomanik olabilmektedirler. Bir kişinin mevsimsel depresyon tanısı alması için 3 farklı yılda mevsimlere bağlı olarak en az üç vaka geçirmiş olması gerekmektedir.

Melankolik depresyon; EKT veya antidepresanlar gibi biyolojik terapilere eskiden verilmiş olumlu yanıtı; sabah çok erken uyanma, sabahları kendini daha da çökkün hissetme, fazla miktarda iştah ve kiloda azalma ve neredeyse tüm aktivitelere karşı ilgi ve memnuniyet kaybı gibi vejetatif belirtileri vardır (Yalom, 2006).

1.3.3. Depresyon Bozuklukları

DSM IV tanı ölçütlerinde duygudurum bozuklukları başlığı altında yer almış olan; Majör depresyon, Distimik Bozukluk, Bipolar I Bozukluk, Bipolar II Bozukluk, Siklotimik Bozukluk olarak beş ana grupta sınıflandırılmaktadır. DSM V tanı ölçütlerinde ise Depresyon Bozuklukları başlığı ile Bipolar ve İlişkili Bozukluklar olarak duygudurum bozuklukları ayrıştırılmakta ve Depresyon Bozukluklarına Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe, Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu eklenmiştir. Majör depresyon ayrıntılı biçimde bölümün başında açıklanmaktadır.

Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi); bu bozukluk Majör depresif bozukluğun hafif biçimi olarak tanımlanmaktadır; belirtileri majör depresyon ile aynı değerlendirilmektedir. Distimik bozukluğu tanısı için; en az 2 yıl boyunca süren hafif derecede depresif bir sürecin olması gerekmektedir. Depresif duygudurumun eşlik ettiği hale ek olarak iştahta değişiklik, uykuda bozulma, enerji kaybı, düşük benlik algısı, konsantrasyonda azalma ve umutsuzluk duygusu gibi belirtilerden en az 3'ünün bulunması şartı vardır. Kadınlarda daha sık rastlanan ve toplumun %3-5'inde görülen kronik bir rahatsızlıktır. Majör depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla birlikte yaşanan bir bozukluktur. Kederlenme ve karamsarlık duygularının günün sonlarına doğru artış

gösterdiği, 2 yıllık süreçte belirtiler artıp azalsa da kişinin depresyondan çıktığı sürenin iki ayı geçmemesi şartı bulunmaktadır. Her birey zorlayıcı yaşantılar karşısında depresif bir çöküntü dönemine girebilmekte; ancak distimik kişilerin benzer durumlara verdikleri tepkiler çok uzun sürmekte ve başa çıkmakta çok zorlanmaktadırlar. Distimik bozukluk sürecinde majör depresif dönem yaşanmasıyla duruma çifte depresyon (double depression) adı verilmektedir (Köroğlu, 2009; Gençtan, 2013).

Bipolar I Bozukluk; depresyon geçiren hastanın süreç içinde en az bir mani atağı geçirmesi şartı ile bipolar I bozukluk tanısı konulmaktadır. Daha fazla mani atağının olduğu durumlarda depresif dönem ve mani arasında döngüsel gel-git halindeki tablo belirleyicidir. Mani döneminin genel halinde; kişinin duygudurumu dağılmış, yükselmiş halde veya yayılmış, kolay uyarılabilir bir durumda seyretmektedir. Aşırı bir neşelenme ve iyilik halinde veya engellenmişlik yaşadığında aniden kızma, öfke patlamaları gösterdiği kişinin duygudurumunun yükseldiği düşünülmekte ve bu hale öfori adı verilmektedir. Çevredeki insanlarla veya olaylarla hesapsız, plansızca ilişkiye girmesi; etrafında varolan bir kavgaya düşünmeden dahil olması, tanımadığı insanlarla cinsel veya parasal ilişkiye girme, risk alma kendini tehlikeli durumlara sokma gibi bir tabloda duygudurumun yayıldığını, dağıldığını anlamaktayız. Tanı koyulabilmesi için sekiz belirtiden en az dördünün bulunması gereklidir. Taşkın ya da huzursuz bir duygu durumunun olması şartıyla diğer belirtiler; benlik saygısında abartılı biçimde artma, uyku ihtiyacında azalma, basınçlı konuşma, düşüncelerin yarışma, dikkatte dağılma, amaca yönelik etkinlikte artma, hedonizm/ hiperseksüalite. Hastanın hastaneye yatışının gerekmediği durumlarda taşkın veya huzursuz halinin en az bir hafta boyunca sürmesi gerekmektedir. Duygudurumuyla orantılı olarak benlik saygısında abartılı artış, büyüklük hezeyanları, kendilerini çok önemli hissetme, özel güçleri olduğuna inanmak gibi durumlar yaşayabilmektedirler. Uykuya minimum ihtiyaç duyarlar, aşırı enerjik halleri üç saat uyusalar dahi devam etmektedir, o kadarlık uykunun kendilerine yeterli geldiğine inanmaktadırlar. Konuşma şekilleri biri onları zorlarmışçasına hızlıdır ve aşırı derecede konuşkanlıklarında artış gözlenmektedir. Bu belirtilerde kişinin mani atağından önceki dönemlerinde nasıl oldukları da önemli bir noktadır. Normal rutinde aşırı konuşkan olan bireyin mani atağında olduğu için aşırı konuşma eğiliminde olduğunu anlamak güçtür; önceki alışkanlıkları ve davranış paternleri değerlendirilmeli, çevresinden de bilgi edinmek yardımcı olmaktadır. Düşünceleri sanki zihinde

yarıyıyormuş gibi bir durum yaşamaktadırlar, kopuk kopuk hızla bir düşünceden diğerine atlayan bir uçuşma vardır; bu durum da konuşmaya yansımaktadır. Birden çok aktivite, iş veya etkinlik üzerine yoğunlaşmaya çalışırlar; odaklanmakta çok zorlanmaktadır. Seksüalite de artış; amaçsız plansız cinsel ilişkilerde bulunma; hesapsızca kendini zora sokacak derecede yüklü para harcama gibi davranışlarla kişi mani atağında normalde yapmayacağı davranışlar sergileyebilmektedir. Bir kez mani atağı geçiren hastaların %90'ında birden çok mani atağı görülmekte ve hastalık kronik bir hale dönüşmektedir. Bipolar hastalarının çoğunda içgörü azlığı, hastalığını kabul etmeme nedeniyle tedavi sürecinde zorlanılmaktadır. İlaç tedavisinde; mani atağı geçiren bireylerde psikotik belirti olsun olmasın antipsikotik ilaç kullanılmaktadır.

Kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı aynıdır; ortalama hastalığın başlangıcı 30'lu yaşlar olarak bilinmektedir. Genetik yatkınlık önemli rol oynasa da genellikle kişiyi zorlayıcı bir yaşam durumundan(askerlik, şiddete maruz kalma gibi) sonra mani atağının geçirildiği görülmektedir (Köroğlu, 2009; Gençtan, 2013).

Bipolar II Bozukluk; bipolar I bozukluğundan farklı bir hastalıktır; borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilen birçok araştırma sonucu bulunmaktadır. Bipolar II bozuklukta; hipomani ve majör depresyon dönemleri arasında gelip giden duygudurum dalgalanmalarıyla oluşan bir tablodur. Hipomani döneminde; mani atağında görülen belirtilerle örtüşen semptomlar vardır; ancak bu belirtilerin şiddeti maniyeye göre oldukça hafiftir, kişinin hezeyanları olmaz, hastane yatışını gerektirmez. Hipomani günlerce, haftalarca hatta aylarca da sürebilmektedir. Kişi hipomaniye girdikten sonra depresyon geçirme riski artmaktadır; maninin hafif dereceli olduğu bir tablo olsa da ciddiye alınmalı ve doktora başvurulmalıdır; çünkü manideki gibi tehlikeli ilişkiler, para harcama ve riskli davranışların görüldüğü bir tablo geçerlidir. Bipolar II bozukluk, bipolar I bozukluk' a göre daha hafif bir hastalıktır; çünkü hipomaninin belirtileri mani atağından daha hafif seyretmektedir. Kronik bir hastalıktır; uzun süren bir tedavi süreci gerekmektedir (Köroğlu, 2009; Gençtan, 2013; Tan, 2014).

Siklotimik Bozukluk; bipolar I bozukluğun hafif seyreden tablosuyla belirlenen bir hastalıktır. Bipolar I'de ortaya çıkan semptomlar siklotimide de özdeş görülmektedir. Toplumun %1'inde görülse de çoğu psikiyatrik hastalarda özellikle borderline kişilik bozukluğu olanlarda daha sık görülmektedir. Tanı konulması için; en az iki yıl boyunca hipomani ve depresyon belirtilerinin yaşanması gerekmektedir. Majör

depresyonda görülen semptomların daha hafif biçimi yaşanmaktadır; ancak distimiden daha uzun süre görülmektedir. Genellikle karışık duygudurumu içindedirler, duygudurumda yaşanan dalgalanmalar bipolar I'deki döngüden daha az sürelidir. Aşırı huzursuzluk hali tipik belirtilerdendir. Bu süreç boyunca hiç mani atağı geçirilmemiş olmalıdır. Kronik bir hastalıktır, bu uzun süreli dönemde başa çıkma yöntemleri kişinin iyileşme sürecini etkileyen önemli faktörlerdendir; bunun geliştirilebilmesi için psikoterapi önemli bir işleve sahiptir. Diğer bir açıdan ortaya konulan istatistiklerden biri de; siklotimik hastaların çoğu bu sürecin sonunda bipolar I tanısı alarak tedavilerine devam etmiş olmalarıdır. Tedavi sürecinde atakların azaltılması, ataklara neden olan psikososyal etkenler (stres gibi) ortadan kaldırılmaya ve baş etme stratejilerinin, becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir; diğer aşamada ise koruyucu tedavi planlanarak hastalığın aynı şiddetle tekrar etmemesi amaçlanmaktadır.

Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu; olaya veya duruma uygun düşmeyen kontrol edilemeyen abartılı sözlü veya davranışsal öfke patlamaları, öfke krizlerini içermektedir. Kişinin en sık bulunduğu ortamlarda (okul, ev gibi) hemen hemen her gün günün yaklaşık tamamında hissettiği öfke, kızgınlık ve sinirlilik duygularının var olması ile karakterize bir bozukluktur. Tanı konulabilmesi için 6 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olmaması koşulu bulunmaktadır.

Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu; adet dönemlerinden yaklaşık bir hafta öncesinde başlayan belirtilerden en az beş belirtinin bulunmasıyla tanı konulmaktadır. Ağlama nöbetleri, kızgınlık, sinirlilik gibi belirgin derecede duygularda dalgalanma görülmekte, umutsuzluk, çaresizlik, kendini beğenmeme ve küçümseme duyguları ortaya çıkmaktadır. İnsanlarla ilişkilerde çatışma, öfke patlamaları görülmektedir. Bu belirtilere ek olarak; odaklanma güçlüğü, etkinliklere karşı ilgide azalma, yeme düzeninde artış, vücutta şişkinlik gibi belirtilerin de bulunduğu bir tablodur (Köroğlu, 2009; Tan, 2014).

1.3.4. Depresyona Neden Olan Etkenler

Depresyona kalıtım, geçmiş yaşantılar, kişinin güncel yaşadığı durumlar, bir yakınının başına gelen olaylar, var olan stres durumları, yas, hastalık gibi pek çok faktör

etkili olabilmektedir. Herkesin bir sebepten dolayı bir dönem başına gelebilecek bir hastalıktır.

Kalıtımsal olarak; ailede depresyon öyküsü bulunan kişilerin depresyon geçirme olasılıkları artmaktadır. Tek kutuplu depresyon geçirmiş olan bir birey ile kan bağı olan kişilerin depresyona girme olasılıkları kan bağı olmayanlara göre daha yüksektir. Özellikle depresyon geçiren kişinin çocukları diğer akrabalarından daha fazla risk altındadır; bu risk depresyona girmenin değil depresyona yatkınlığın riskidir. Bununla birlikte; hayır diyemeyen, mükemmeliyetçi, aşırı duyarlı, aşırı hassas, öfkelerini dışa vuramayan, kırılgan oluş gibi kişilik özellikleri de depresyona neden olan etkenler arasındadır.

Beyin kimyasındaki bazı değişimler de depresyona neden olmaktadır. Beyindeki uyku, iştah, cinsel dürtü ve duygu durumu işlevlerinin düzenlenmesinden sorumlu olan bölgelerde, noradrenalin ve 5-hidroksitriptamin gibi nörotransmitter sistemlerinin etkinliği azalmaktadır; bu durum sinir hücreleri arasındaki iletişimi azaltarak depresyonda tipik görülen semptomlara neden olmaktadır.

Depresyona neden olan diğer önemli etkenler de psikolojik faktörlerdir. Her bireyin olaylara verdiği tepkiler gösterdiği önem, değer derecesine göre değişse ve başa çıkma stratejileri farklılık gösterse dahi depresyon öncesinde görülen olaylar ortak paydada buluşmaktadır. Kayıplarla ilgili yaşanan olaylara verilen tepkiler depresyon semptomları ile benzeşmektedir. Bir reaksiyon olarak depresyon hastalığının yaşandığı görülmektedir (Tan, 2014).

Bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşadıkları olumsuz yaşantılar, başlarına gelen negatif olaylar; kaza, hastalık, iflas gibi ekonomik değişimler, iş ve aile hayatındaki stres durumları, kişinin başa çıkmakta zorlandığı durumlar depresyon geçirme olasılıklarını arttırıcı rol oynamaktadır. Ekonomik kriz dönemlerinde intihar oranları artmaktadır, hızlı değişimler insanların hayatlarını ve düzenlerini altüst etmektedir, bu durum depresyonu ve intiharı arttırmaktadır. Yoksulluk ve işsizlik durumları toplumsal olarak özellikle erkeklerin depresyona girmelerinde önemli bir etken olarak görülmektedir.

Evlilik durumu ve aile hayatı da stresli ve huzursuzsa depresyonu tetikleyen bir faktördür. Kötü giden evlilikler süreç içinde depresyona neden olmaktadır; eşler arası

çatışma, cinsel problemler, uyuşmazlıklar, edinilen farklı roller ve sorumluluklar kişide psikolojik zorlanmalara sebep olabilir.

Şiddet, depresyona neden olan etkenler arasındadır; uzun süreli görülen şiddetin türü ne olursa olsun bireylerde kronik depresyona neden olmaktadır. Şiddet görmenin sonucunda kişide özgüven eksikliği, güvensizlik, çaresizlik ve mutsuzluk oluşmaktadır.

Depresyon durumuna neden olarak görülen faktörler aynı zamanda depresyonun birer sonuçları olarak ta ortaya çıkmış olabilir; yani işsizlik depresyona neden olmuş gibi görünmekte iken kişi depresyonda olduğu için iş yerinde çalışma performansı düşmüş dolayısıyla verimsiz hale gelmiş bir çalışan olduğu için işsiz kalmış veya iş bulmakta güçlük çekiyor olabilir. Aynı şekilde evlilik hayatında mutsuz olan veya boşanmış bireylerin depresyonda olduklarına dair bulgular bulunmaktadır; oysaki boşandıkları için mi depresyona girdikleri yoksa depresyonda oldukları için mi evliliklerini sürdürmekte zorlandıkları oldukça karmaşıktır (Mete, 2014).

Psikolojik faktörlerde diğer önemli vurgu da kişinin düşünce tarzına yapılmaktadır. Bireyler yaşadıkları olaylar karşısında devamlı negatif düşüncelerle olayı vurgulamak, başa çıkma stratejilerinde esnek olamamak, katı kurallar ve sınırlar ile yaşamı sürdürmeye çalışmak gibi yönelimler depresyona neden olmaktadır. Bireylerin edindikleri başarıları ve kazançları şansa, kadere veya başkasına atfetme tutumları; kötü bir olay yaşadıklarında ise kendilerini suçlama, cezalandırılma gibi inançları da depresyona zemin hazırlatan psikolojik faktörler arasında yer almaktadır.

Kayıplar da insanların hayatında ciddi zorlanmalara neden olmaktadır ve depresyona neden olan faktörlerdendir. Yas süreci uygun şekilde geçirilirse insanın olgunlaşmasına da katkıda bulunan bir durum haline gelmektedir; yas tutma süreci yaşandıktan sonra kaybedilenin yerine başka bir şey konularak farklı bir aşamaya geçerek kişi yaşamına devam etmeyi öğreniyor. Depresyonda bireyler yedikleri bir şeyi sindiremeyip midelerine bir şeyin oturması gibi bu süreci yaşamaktadırlar, bu sindiremedikleri kayıp kişide takılıp kalmaya ve işlevselliklerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu kayıp yalnızca birinin ölümü ile sınırlı değildir; bir sevgilinin terk etmesi de iş, para, statü kaybı da sonrasında yas sürecinin yaşanmasına neden olarak görülmektedir (Blackburn, 2011).

1.3.5. Depresyon Tedavisinde Yaklaşımlar

Psikolojik Yaklaşımlar-Psikoterapi; konuşma yoluyla kişinin depresyon geçirmesine neden olan düşünce tarzının, davranış biçimlerinin veya kişilik özelliklerinin saptanıp, farkındalık yaratılarak değiştirilmesi sağlanmaktadır. Psikoterapi uygulanan terapi yaklaşımına göre değişiklik gösterse de ortalama 12-20 seanslık tedavi planlamasıyla özellikle hafif ve orta dereceli depresyonda etkili olan bir tedavi yöntemidir. Kadınlar konuşarak anlatmaya, paylaşmaya eğilimli olduklarından sadece ilaç tedavisi etkin olmamaktadır; psikoterapi ve antidepresan tedavisi gerekirse elektromanyetik tedaviler de alternatif seçenektir; bu tedavilerin yanı sıra aile ve çevresel destek oldukça önemli bir yere sahiptir.

Farklı psikoterapi yöntemleri depresyondaki hastaya farklı açıdan yaklaşım biçimleri ile tedaviyi amaçlamaktadır. Bilişsel davranışçı terapi ile kişinin önce düşünce biçiminin değişmesi daha sonra duygu ve davranışlarının değişmesi hedeflenmektedir. Kişilerarası Psikoterapi, Grup Terapisi, Aile Terapisi, Bedensel Terapi, Kombine Terapi gibi pek çok yaklaşım bulunmaktadır (Greenberger ve Padesky, 2010).

Biyolojik Yaklaşımlar; antidepresan ilaçlar depresyonu iyileştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Depresyona girmiş hastalardaki iyileşme oranı; 100 hastadan 70-80'i antidepresan dışında bir müdahaleye gerek kalmadan iyileşme göstermektedir. Geriye kalan yüzde 20-30'luk hasta grubunda psikoterapi veya elektroşok, manyetik uyarım gibi tedavi yöntemleri gibi müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Antidepresanlar; kullanıma başlandıktan haftalar sonra iyileşme görülse de en az altı ay süreli kullanılmadığı takdirde depresyonun tekrarlanma riski yüksektir. Depresyonda olan ve beyindeki değişimler ve bazı maddelerin (serotonin, dopamin gibi) miktarını arttırarak depresyonu geçirmeyi amaçlar; geçici mutluluk veya keyif verici değildir bu nedenle depresyonda olmayan kişilerde işe yaramamaktadır. Bazı antidepresanların özellikle kullanılmaya yeni başlandığı dönemde aşırı uyuma, bulantı, sersemlik hali gibi yan etkileri bulunmaktadır; ancak günümüzde yeni antidepresanlarla ciddi bir yan etki yaratmadan depresyonu ilaçla tedavi etmek mümkün hale gelmiştir.

Elektroşok; tıbbi terimiyle elektrokonvulsif tedavi kısaca EKT, depresyonda çok etkili bir tedavi yöntemi olarak bilinmektedir. Beynin iki şakak bölgesi elektrotla düşük voltajla elektrik akımı verilerek uygulanmaktadır. Bir iki dakikalık uygulanan genel anestezi altında düşük voltaj elektrik ile hastaya acı hissettirilmeden uygulanarak yan

etkilerinde oldukça azaltıldığı bir tedavi yöntemidir. Bu uygulamadan sonra yan etki olarak birkaç ay unutkanlık meydana gelmektedir; eskiden bilinen, yaşanan olaylar tamamen unutulmaz ancak bu tedavinin uygulandığı bir aylık sürede yaşananlar ya hiç hatırlanmamakta ya da hayal meyal kısmen hatırlanmaktadır. Elektroşok tedavisi diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalarda, intihar riski olan hastalarda ve çok ciddi ve ağır depresyon geçirenlerde uygulanmaktadır. Toplamda en az yedi seans haftada üç gün aşırı olacak şekilde tedavi planı oluşturulmaktadır, hastanın durumunda iyileşme görülemiyorsa on veya daha fazla seans uygulaması da yapılmaktadır. Üçüncü dördüncü uygulamadan sonra çok ciddi iyileşme etkisi görülmektedir; elektroşok tedavisinin ardından depresyonun tekrarlanmaması amacıyla antidepresan ilaç tedavisi sürdürülmektedir.

Manyetik uyarım; bir cihaz yardımıyla elektrik akımı manyetik akıma dönüştürülerek 8 şeklinde sol şakak bölgesinden beyne iletilmektedir.

Bu yöntem sadece 2 cm derine kadar iletilmekte ve depresyonda yalnızca uyarılması gereken beynin şakak bölgesi uyarılmaktadır. Anestezi verilmesine gerek olmadan, unutkanlık gibi yan etkileri bulunmayan; tam tersi uyanıklık ve dikkatin artmasını sağlayan bir yöntemdir. Haftada beş gün 10 dakikalık bir seansla uygulanmaktadır; toplam uygulanma süresi 15-20 seans olarak düzenlenmektedir.

Işık tedavisi; fototerapi adıyla da bilinen depresyondaki hastalara bir çeşit lamba aracıyla ışık verilerek uygulanan tedavi yöntemidir.

Pille beyin uyarım tedavisi; hastanın boynuna takılan bir pille beyindeki vagus adlı bir sinir uyarılarak serotonin salgılayan bölgenin de uyarılması sağlanmaktadır. Beyin cerrahları tarafından beynin duygularını yöneten bölgesine ameliyatla pil yerleştirilerek bu tedavi yöntemi iki farklı şekilde uygulanmaktadır.

Depresyonda en önemli tedavi yollarından biri davranışsal boyutlu bir tedavi süreci içeren psikoterapi yöntemleridir. Depresyondaki bireyler hareket etmek istemeyecek, keyif almayacaklarını düşünseler dahi önce davranışsal olarak aktivasyon sağlanmalı döngüsel olarak aktive oluş beyinde eksik olan hormonların salgılanmasını ve duyguların değişmesini sağlamaktadır. Kişiler aktiviteyi yapmadan önce aktiviteyi yaptıklarında alacakları keyfi hayal edemezler, dolayısıyla aktivite için kendilerini oldukça zorlamaya ihtiyaçları vardır. Majör depresyonda tedavi planlanırken öncelikle

ilaç tedavisine ve aktivite planlanmasına öncülük verilmektedir; bunlar yapıldıktan sonra da kişinin bilişsel yapısı yeniden yapılandırılmaktadır (Tarhan, 2013; Tan, 2014).

1.3.6. Cinsiyete Göre Depresyonun Görülme Sıklığı

Kadınlar erkeklerden yaklaşık iki kat fazla majör depresyona sahiptir. Bu farklılık ergenlik döneminde menstruasyon, hamilelik, düşük ve menopoz esnasında kadınlarda hormonal değişikliklerin majör depresyon riskini arttırdığı için oluştuğu düşünülmektedir. Majör depresyon riskini arttıran diğer faktörler arasında evde veya işte artan sorumluluklar vardır. Çocuklarla, iş ve aile hayatıyla uğraşmak ve yaşlı anne veya babanın bakımından sorumlu olmak majör depresyon riskini arttırabilir. Tek başına çocuk büyütme, çocuğun bakımını da yalnız başına üstlenmek riski arttıracaktır. Kadınlarda görülen depresyonlar her zaman depresif belirtilerle açığa çıkmamaktadır. Kadınların depresif ruh halleri toplumsal olarak kabul gören aşırı titizlik ve sürekli evi, eşyaları temizleme eğilimi görülmektedir. Düşük oranda da olsa öfke olarak görülen; aşırı sinirlilik hali, çocukları dövme, tahammülsüzlük gibi davranışlar ortaya çıkmakta fakat altında depresyonun varlığı yer almaktadır (Mete, 2011).

Erkeklerde görünür halde depresyon belirtilerine daha az rastlanmaktadır. Klinik depresyonda olan erkeklerin yardım istemesi, destek alması veya deneyimlerini dile getirmeleri bile düşük bir olasılığa sahiptir. Erkeklerde depresyon belirtileri; asabiyet, öfke, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı gibi durumlarla fark edilebilir. Duygularını bastırmaları, evde ve dışarıdaki iş ve sosyal yaşamlarında şiddet davranışlarıyla ortaya çıkabilmektedir.

Daha ciddi boyutta depresif rahatsızlıklarda da bu oran aynı olduğu görülmektedir. Ortalama her yüz erkekten ikisinin ve her yüz kadından dördünün belli bir dönemde tek kutuplu depresif rahatsızlık geçirme olasılığı vardır (Blackburn, 2011; Tarhan, 2014).

Majör depresyon görülme sıklığı yaşamlarının bir döneminde kadınların %20'si, erkeklerin ise %10'unda görülme ihtimalinde oldukları görülmektedir. Hormon düzeylerindeki değişimler sinir sistemini etkilediğinden kadınlarda ergenlik dönemiyle başlayan östrojen ve progesteron düzeyleri artmaktadır. Bu hormonlar beyne etki ederek

depresyonun meydana gelmesinde etkili olan serotonin ve noradrenalin düzeylerini değiştirmektedir.

Diğer bir açıdan kadınlar ve erkekler arasında toplumsal statü farkı da depresyon görölme sıklığını kadınlarda arttırmaktadır. Depresyonda olan kadın ve erkeklerle yapılan bir araştırmada; depresyonda iken konuşma tarzları incelenmiştir. Bir kayıt cihazı ile içlerinden geldiği gibi konuşmaları istenerek konuşmalar kayda alındığında; kadınların kendi yaşamları ve hissettikleri negatif duyguları anlattıkları fakat erkeklerin gündelik sıradan olaylardan iş hayatlarından bahsettikleri fark edilmiştir. Kadınların depresif ruh halinde yaşadıkları sıkıntıları, şikayetlerini daha çok paylaşarak çevresinden destek alma eğilimi daha sık görölmektedir. Erkekler çoğunlukta sıkıntılarını paylaşmamayı tercih etmektedirler. Kadınların depresyonuna eşlik eden hastalıklarda panik atak, yeme bozuklukları ve fobiler sıklıkta görölmekte iken; erkeklerde alkolizm eşlik etme oranı yüksektir (Köroğlu, 2009; Mete, 2013).

1.3.6.1. Kadınlarda Depresyon

Kadınlarda özellikle cinsiyete özgü bazı sorunlar; adet döngüleri, gebelik, menapoz, doğum süreci ve düşük gibi etkenler depresyona daha fazla risk taşımalarına etkindir. Kadınlar hormonal açıdan da daha fazla risk altındadırlar; postpartum ve premenstruel dönemler hormon değişikliklerine neden olmaktadır. Kadınlar özellikle ergenlik dönemi ve menapoz arasında depresyona girme riski oldukça yüksektir. Kendilerine güveni olmayan, detaycı düşünen ve aşırı kaygılı ve alıngan olan, aşırı fedakar olan, karamsar ve suçluluk duygusu ön planda olan kadın profilleri depresyon riski altındadır (Tan, 2014). Kadınlardaki adet dönemlerinin öncesinde yaşadıkları gerginlik, huzursuzluk ve mutsuzluk hali depresyona benzer bir tablodadır; kadınların %75'inde adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaktadırlar. Depresyonla bu denli benzeşen adet öncesi gerginliğin hormonlardaki değişiklik sebebiyle aktifleşerek ortaya çıkan bir tür depresyon olduğu da düşünölmektedir. Kadınların yaşadığı depresyon uzun süreli, kronikleşmiş, tedavisi zor ve tekrarlanan türde oluşmaktadır; bu dezavantaja rağmen kadınların psikoloğa, psikiyatriste başvurmaları, yakınlarından yardım veya destek arama isteme eğilimleri bulunmaktadır (Mete, 2013; Tan, 2014).

Toplumsal olarak; birden fazla sorumluluğu olan özellikle çalışan kadınların ev işlerinden de sorumlu olan artı annelik ve eş olma sorumluluklarının eklenmesiyle yetişememe veya zorlanma duygusuna kapılmaktadır. Toplumsal olarak kadının üzerine biçilmiş olan roller; değiştirilemeyen, kabullenilemeyen olduğunda çaresizlik duygusu yaşatmaktadır; bu durum süregelenleştğinde depresyona yatkınlık oluşturmaktadır. Çocukluk çağından itibaren kız çocuklarının maruz kalınan taciz ve tecavüz durumları, özellikle uzun süreli aile içi bir yakını tarafından uygulanmaktaysa kronik depresyona neden olmaktadır. Yetiştirilme tarzı ve Türk aile yapısı gereği kız çocukları baskı altında büyütülmektedir; nasıl davranacağı nasıl konuşacağı ile ilgili baskı, tercihleriyle ilgili toplumsal baskılarla yüz yüze kalarak yetişmektedir. Toplumsal dolayısıyla ailesel olarak kadına yüklenen görev tanımları ve beklentiler de oldukça fazladır; özverili davranışlar dahi takdir ve teşekkür almamaları da hayal kırıklığı ve depresyona zemin hazırlamaktadır. Kadınlar küçük yaştan itibaren maruz kaldıkları baskının şiddet olduğunun farkında olmadan içselleştirerek yaşamaktadırlar.

Bunun etkileri ileriki yaşlarda somatik ve psikiyatrik problemler ile açığa çıkmaktadır. Depresyonda olmanın en zarar verici etkisi de işlevsellikte zayıflıktır. Birçok alanda sorumluluğu olan kadın yeti yitimiyle düzensizlikler belirlemekte kadın ile birlikte çevresindekilerinde hayatı oldukça olumsuz etkilenir. Kadınlar depresyondayken en çok yaşadıkları tablonun anlaşılmasını, bir başkası tarafından dinlenilmeyi, duygularının anlaşılıyor olmasını istemektedirler. Kadınlar depresyon tedavisinde tek başlarına iyileşemezler, eşleri, çocukları, yakın çevreleri ile ele alınarak tedavi planlanmaktadır. Kadınlarda loğusalık depresyonu, doğum sonrasındaki bir ila bir buçuk ay arasında yaşanan depresyondur ve bebeklerine bakım vermeleri engellenecek kadar zorlanmaktadırlar. Doğum sürecinde sıkıntı yaşayanlarda, bakım vermek için yardım eden kimsenin olmaması durumlarında, çatışmalı evlilik, istenmeyen gebeliklerde loğusalık depresyonu daha sık görülmektedir (Tarhan, 2014).

1.3.7. Depresyon ve İntihar

İntihar (özkıyım); kişinin kendi hayatına son verme girişimi her tür depresyonda görülmektedir. Depresyondaki bireylerin intihar sıklığı depresif dönemin en ağır

döneminde değil iyileşmeye başladıkları depresif atağın en derininden çıktıkları döneme rastlamaktadır (Butcher vd., 2011).

Birçok araştırmada depresyon ve özkıyımın arasında yakın bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. İntihar girişiminde bulunmuş kişilerin yüksek oranda depresif olduklarına dair görüşler çoğunlukta olsa da son yıllarda özkıyım olgusu ayrıca ele alınmaya başlanmıştır. İntihar olgularının %80-90'ında psikiyatrik tanıya sahip oldukları,%40-50'sinde de depresyon tanısı bulunmaktadır. Depresyon intiharın tek sebebi olarak görülmemektedir; umutsuzluk veya farklı varoluş kaygıları tetikleyiciler arasında görülmektedir. Depresyon geçiren bireylerde çökkünlük durumunu atlattıktan biraz toparlanmaya başladıklarında en depresif halin en yoğun aşamasını atlatırken intihar girişiminde buldukları bilinmektedir. Kişi gücünü toparladığında, aktivasyonu arttığında kendini toparlarken intihar girişimini gerçekleştirme eğilimine girişebilmektedir.

Psikoterapi sürecinde olan depresyon hastaları kimi zaman intihar girişiminde bulunacaklarının sinyalini terapist veya aile, arkadaş çevrelerindeki kişilere mesaj verebilirler. Bu durumun ciddiyetinin anlaşılabilmesi için önemli belirtiler bulunmaktadır. Bu duruma işaret eden noktalar;

1. Daha önce teşebbüs edilmiş intihar girişimleri veya intiharı düşündüren belirtiler
2. Aile veya sosyal çevrede intihar öyküsünün bulunması
3. Yakın çevredeki insanları intihara teşebbüs etmekle korkutmak, tehdit etmek
4. İntihara teşebbüs ile ilgili nasıl yapacağını, eyleme nasıl hazırlandığını bildirmek, plan yapmak
5. Huzursuzluğun ve intihar düşüncelerin ardından devingenleşme
6. Düşlerinde kendisine kıydığını, yüksek bir yerden düştüğünü, felaketleri görme

Özgül belirti ya da sendromlar şöyledir:

1. Korkulu, ajite sendromlar
2. Uzun süren uykusuzluk
3. Duyguların yoğunlaşması ve saldırganlık birikimi
4. Depresyonların başlangıç ve bitiş dönemleri
5. Biyolojik nedenli bunalım dönemleri (Puberte, gebelik, doğum sonrası, klimakteriyum)
6. Yoğun suçluluk ve yetersizlik duyguları

7. İyileşmeyen ağır hastalıklar
8. Alkolizm ve madde bağımlılığı

Çevresel Koşullar

1. Çocukluk döneminde aileleri dağınık ve aile sorunu olanlar
2. İlişki azlığı (yalnızlık, göç, sevgi yitimi)
3. Mesleki güçlükler, parasal sıkıntılar
4. Bir görev ya da amaç yokluğu
5. Dinsel bağların eksikliği

İntihar girişiminin ciddiyeti hakkında fikir yürütebilmek sağaltım ile ilgili de karar verirken yardımcı olmakta, ayaktan mı hastaneye yatırarak mı tedavi edileceğine dair bilgi vermektedir (Odağ, 2002; Zorlu, 2013).

Yaşlılık döneminde insanlar yaşamın sonuna geldikleri düşüncesiyle; özellikle amaçlarını yitirmiş kendilerini işe yaramaz hissettiklerinde, kronik hastalıklar gibi sıkıntılar da eşlik ettiğinde acı çekerek hayatı sürdürmektense sonlandırmayı düşünmekte ve intihar girişiminde bulunmaktadırlar. Yaşlılar da diğer bir önemli duygusal faktör de yalnızlık duygularının yoğun olmasıdır.

Ergenler de önemli bir risk grubundadırlar; içsel uyarıyı yönlendirme ve benliği kontrol becerilerinde bozuklukların olması intihar girişimlerine neden olmaktadır. Ergenlik döneminde plansız, ani davranış örüntüsü intihar girişimindeki anidenlik benliklerini kontrol edemediklerine işaret etmektedir (Odağ, 2002).

1.4. ANKSİYETE (KAYGI)

Korku, kaygı ve panik atak terimleri kimi zaman aynı anlamda kullanılmakta, kimi zaman karıştırılmaktadır; her biri farklı bir anlam ve tanıma sahiptir.

Korku; her insanın sahip olduğu temel bir duygudur, kişi ya karşı karşıya kaldığı ya da algıladığı bir tehlike karşısında bu duyguyu yaşar ve “Savaş ya da Kaç” tepkisi için hareket mekanizmasını aktive etmeye yarar. Bu duygu kişiyi kaçarak veya savaşarak kendisini koruma altına almasını sağlamaktadır. Korku duygusu hissedildiğinde vücutta bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır; kalp hızla atmaya başlar, ihtiyaç duyulan oksijen için daha hızlı nefes alıp verme olur, terleme oluşur. Bedensel aktivasyonun dışında

düşüncelerde artış olur ve karşılaşılan tehlikeden kurtulmak için neler yapılacağı düşünceleri yoğunlaşmaktadır (Burkovik, 2013).

Kaygı; korkuyla çok benzeşse de; kaygı daha çok gelecek ile ilişkilidir. Tek bir olay veya duruma bağlı değil daha geniş bir yelpazeyi kapsar, daha yavaş fakat daha uzun süreli bir duygudur. Olası tehlike durumları üzerine düşünme ve kurgulama vardır. Bedensel belirtiler korku duygusuna benzemektedir.

Panik Atak; algılanan bir tehlike karşısında aniden kişiyi saran bir korku halidir. Çarpıntı, terleme, titreme, uyuşma, ölüm korkusu, soluk kesilmesi, bulantı, baş dönmesi gibi yoğun bedensel belirtilerin görüldüğü birdenbire ve ortaya çıkış zamanının belirsiz olduğu bir durum olarak yaşanmaktadır (Budak, 2005).

Kişinin karşılaştığı tehlike veya olumsuz bir olay, durum karşısında kaldığında veya beklentisi içinde olduğunda yaşanan sıkıntı, tedirginlik, bunaltı, endişeyle karışık üzüntü hali, evham olarak tanımlanır. Kierkegaard (1849), anksiyete için “ölüme kadar süren hastalık” tanımını yapmıştır. Cannon’a göre (1932); anksiyete kişinin iç dengesini bozan ve tehdit eden bir unsur karşısında dengeyi yeniden kurmak veya karşı tepki oluşturmak amacıyla organizmanın yaptıklarının işe yaramaması sonucu meydana çıkan bir tablodur. Karen Horney’ in anksiyete tanımı ise; korku ile kaygının özellikle kişide görülen belirtilerden ötürü çok fazla benzeştirdiği, tehlike karşısında ortaya çıkan duygulardır; ancak ayrımlarını da şu şekilde yapmaktadır. Kötü hava koşullarında gecenin bir vakti kaybolmuşsa kişinin o anda mevcut duruma göre yaşadığı gerçek duygu korkudur. Kişi yüksek bir yerden aşağı bakarken başına kötü bir şey geleceğini düşündüğünde yaşadığı korku anksiyetedir. Kişinin bir tehdit veya tehlike ile karşı karşıya kaldığında yaşadığı duygu yaşanılanla orantılıdır; bu duygu korkudur; fakat anksiyete de hissedilen duygu yaşanılan ile orantılı değildir ve hatta çoğunlukla var olan bir tehlike olmaksızın zihinsel olarak canlandırılan veya düşünülen bir durum karşısında anksiyete yaşanmaktadır (Geçtan, 2013). Çeşitli durumlarda zaman zaman her insanın yaşayabileceği bir tablodur; nefes alamama hissiyle derin nefes alma ihtiyacının doğduğu karışık duyguların yaşandığı bir haldir. Göğüste bir ağrı veya ağırlık varmışçasına bedensel bir duyum ve sanki kötü bir şey olacakmış gibi olumsuz, kimsenin kendisine yardım edemeyeceği karamsarlığının belirdiği bir durumdur. Her an herhangi bir yerde bu durumun yaşanabilme ihtimalindeki belirsizlik kişiyi daha fazla korkutmaktadır. Bu durum yaşanırken; terleme, titreme, yüzde kızarıklık, kalp

çarpıntısı, ağız kuruluğu, kusma, bulantı, ellerde karıncalanma hissi gibi bedensel bazı belirtiler görölmektedir. Olumsuz düşünceler belirdikçe bedensel belirtilerin yoğunluğu ve anksiyete duygusu artmaktadır; bu duygu arttıkça da bedensel belirtiler artmaktadır ve bu şekilde bir döngü meydana gelmektedir. Dış dünyadan gelen tehdit veya tehlike unsurlarına verdiği doğal tepki korkudur, içten veya dıştan gelen tehlike unsurlarıyla ego baş edemediğinde veya kontrol altına alamadığında egoya anksiyete duygusu hakim olmaktadır.

Freud üç tür anksiyeteyi tanımlamaktadır; bunlar, gerçeklik anksiyetesi, nevrotik anksiyete ve suçluluk anksiyetesidir. Gerçeklik anksiyetesi; kişinin karşılaştığı dış dünyadan gelen gerçek bir tehdit / tehlike unsuru karşısındaki kaygı ve korku hali bulunmaktadır, kişi neden o duyguları yaşadığını farkındadır. Nevrotik anksiyete; içgüdülerin denetimi kaybedildiğinde karşılığı ceza olabilecek davranışlarda bulunduğu yaşanan kaygıdır. Suçluluk anksiyetesi; kişinin kendi vicdanından korkmasıdır ve kendisi kaygısının/korkusunun nedenini bilmektedir. Egonun bilinçdışında oluşan nevrotik anksiyetede kişi kaygının nedeninin farkında değildir. Nedenini bilmediğinden kişi daha fazla bir sıkıntı ve huzursuzluk hali içindedir (Geçtan, 2013; Köroğlu, 2013).

1.4.1. Anksiyetenin Biyolojik Yönü

Anksiyetenin iki ayrı nedenle ortaya çıktığı belirtilmektedir; birinci neden, psikolojik nedene bağlı olarak ortaya çıkması; diğer neden de psikolojik bir nedene bağlı olmadan biyolojik kökenli anksiyetedir. Duyguların tümü psikolojik olarak düşünölmekteyse de beyinde bir merkez tarafından denetlenen, yürütölen somut duyumlardır (Burkovik, 2013).

İnsanda duyguların yönetildiği amigdalanın çıkarılarak deneysel bir çalışma yapıldığında ortaya çıkan sonuçta kişilerin duygularının farkına varamadıkları ortaya çıkmıştır. Beyinde sinirler arası iletkenliği sağlayan noradrenerjik sistemin aşırı aktive olması kaygı ve korkuya neden olmaktadır. Biyolojik olarak bu durumun varlığında; kişi psikolojik bir neden olmaksızın kaygı yaşadığında psikoterapiden yarar sağlayamayacaktır. Biyolojik incelemelerde; anksiyete bozukluklarında beyinde kaygı ile ilintili bölgelerde (kortikal yapılar, limbik sistem, serebellum ve bazal gangliyonlar)

nöral iletinin bozulmuş olabildiği görülmektedir. Bu yöndeki bazı deneysel çalışmalarda; panik nöbetlerini yatıştırdığı gözlenen imipramine ve monoamineoksidase gibi ilaçların diğer anksiyete türlerinde herhangi bir etkinlik gösterememiştir. Diğer bir çalışma ise kişiye kandan verilen lactate sonucunda panik semptomlarının geçici olarak yaşatılabildiği görülerek anksiyetenin biyolojik yönünü desteklemektedir. Kişide biyolojik bir yatkınlığın varlığının üzerine çevresel faktörlerden ötürü karşılaşılan zorluklar sonucunda anksiyete bozukluğu oluşmaktadır (Geçtan, 2013; Tarhan, 2013).

1.4.2. Anksiyetenin Psikososyal Nedenleri

Anksiyetenin kişinin çevreden, bulunduğu ortam koşullarından görerek öğrendiği ve yerleşen bir durum olarak yaşanabilmektedir. Bir diğer psikolojik etken olarak kişinin koşullanma yoluyla da anksiyete bozukluğunu yaşaması olasıdır. Örneğin; bir çocuğun özgül fobik olan annesi köpekten korkuyorsa, her defasında sokakta beraber yürürlerken veya dışarda bir yerde köpek gördüklerinde, karşılaştıklarında anksiyete tepkisi gösteren korkarak kaçan bir anneyi görerek büyüyen çocuğun; zaman içinde tek başına sokakta yürürken köpekten korkup kaçınma davranışını geliştirdiğini görmek mümkündür. Her köpek gördüklerinde aşırı kaygılanmayı, kaçmayı gören çocuk koşullanma yoluyla anksiyete sahibi olabilmektedir. Bir diğer örnekte; ebeveyni aşırı kaygılı ise, çocuğunun başına bir şey olacak diye dışarı çıkmasına izin vermiyor, çıksa dahi sıkboğaz ederek aşırı evhamlı hal sergiliyorsa çocuğun da büyüdüğünde ebeveyn olarak görerek sosyal öğrenme yoluyla ebeveynlik davranışının kendi annesindeki anksiyetik halin aynısını sergilemesi yüksek ihtimal olmaktadır (Butcher vd., 2013).

1.4.3. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları

Freud, anksiyeteyi egoya bağlı bir durum olarak tanımlamıştır. Ego bilince yakın olan kanalları kontrol ederek idde olan içgüdüsel dürtülerin kendisine ulaşmasını engelleme amacındadır; ancak bu engele rağmen bazı dürtü veya arzular semptom halinde açığa çıkabilmektedirler. Klinik semptom halini almadan önce yön değiştirebilir

veya maskelenerek farklı bir şekilde açığa çıkabilmektedir; kullanılan savunma mekanizmasına göre bu belirtiler; bir obsesyon, kompulsif bir davranış veya fobi halinde ortaya çıkabilmektedir (Geçtan, 2013).

Anksiyete bozukluklarında kişiyi huzursuzlandıran, beklenmedik anlarda sıkıntı yaşatan, sebebini anlayamadığı bir bunaltı halini yaşatan bir psikiyatrik hastalık grubudur. Anksiyete bozukluklarının çoğunlukla geç ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıksa da, anksiyete belirtileri hemen hemen her yaşta görülebilmektedir.

Her insanın olası bir tehlike veya sıkıntılı durum karşısında gösterebileceği anksiyete duygusu ile patolojik anksiyete arasında önemli bir fark vardır. Başka bir psikiyatrik veya tıbbi durumun karşısında tepki olarak da anksiyete ortaya çıkabilmektedir. Her insanın doğal olarak yaşayabileceği olağan anksiyete, uyum sağlayıcı kişiyi o andaki duruma göre başa çıkması için harekete veya tepki üretmeye aktive edecek bir duygu olarak ele alınmaktadır. Patolojik anksiyete ise, belirli uyaranlar karşısında uygunsuz veya belirli uyaran olmasa dahi imajının düşünülerek anksiyete tepkisinin yaşandığı durum olarak belirlenmektedir.

Anksiyetenin belirleyici semptomları; aşırı kaygı hissi, hastalanma korkusu veya aniden ve yakın gelecekte kötü bir şey olacak beklentisi, çoklu somatik belirtiler (çarpıntı, rahat nefes alamama, terleme, titreme vb.), anksiyeteyi tetikleyen uyaranlardan kaçınma davranışında bulunmadır (Geçtan, 2013; Köroğlu, 2014).

DSM V kriterlerine göre kaygı bozukluklarının sınıflandırılması; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin / İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu olarak belirlenmiştir. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu; kişinin bağlandığı insanlardan ayrılırken yaşadığı zorlanma ve gelişimsel uygunluğu olmayan tepkilerin görüldüğü durumdur. Bu ayrılma zorluğu nedeniyle bağlandığı kişilerin başına kötü bir şey gelmesi, hastalanmaları, ölmeleri ile ilgili de aşırı kaygılanma ve bu korkusu nedeniyle işe, okula gidememe ve işlevselliğin bozulması belirlemektedir. Seçici konuşmazlık (Mutizm); en az bir ay süreli belirli ortamlarda konuşabiliyor olmasına karşın konuşması gereken ortamda konuşmama durumudur. Bu durum sebebiyle kişinin toplumsal iletişimi zarar görmekte, işi veya okul başarısı olumsuz etkilenmektedir. Özgül Fobi; belirli bir durum veya nesneden

abartı bir şekilde veya anlamsız halde korkmaktır. Yalnızca bu nesne veya duruma maruz kaldıklarında değil o durum veya nesneyi düşündüklerinde, karşılaşma ihtimalleri olduğunda dahi özgül fobisi olan kişilerde anksiyete ortaya çıkmaktadır. Obsesif-Kompulsif Bozukluk; duyulan anksiyeteyi bastırmak amacıyla kompulsif tekrarlayan davranış ritüellerinin (sayma, dokunma, el yıkama vb.) ve istenmeyen ve tekrarlanan düşünce obsesyonların varlığıyla belirlenen bir tablodur. Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal Fobi); toplum içerisinde kişinin davranışlarının, konuşmalarının, kendisinin gözlemlendiği düşüncesiyle aşırı sıkılgan ve utangaçlık duyma ve geri çekilme halidir. Panik Bozukluk; belirsiz zamanlarda durup dururken ortaya çıkan ve tekrarlayan panik ataklar ve sonrasında kişide yeniden panik atak yaşama beklentisi ve korkusunun görüldüğü bir durumdur. En az dört panik atakların ve panik benzeri durumların da eşlik ettiği huzursuzlukla karakterize bir tablodur. Agorafobi; panik bozukluğa eşlik ederek ortaya çıktığı gibi panik bozukluk görülmeden de yaşanabilmektedir. Açık alan korkusu olarak da bilinmekte kişi güvenli olmadığı düşüncesiyle evden çıkmak dışarda bir alanda olmaktan korku duymaktadır. Panik bozukluk veya başka bir tıbbi hastalığın bulunduğu durumlardaki kişilerde hastalıklarından ötürü başlarına kötü bir durum gelirse yardım edebilecek kimsenin olmayacağı inancıyla agorafobi gelişmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu; kişinin hemen her durumla ilgili kuruntu yapma, aşırı kaygı duyma ve somatik belirtileri yaşadığı minimum 6 ay süre boyunca seyreden bir tablodur. Maddenin / İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu; kişinin bir madde veya ilaç etkisi altında yaşadığı anksiyete belirtilerinin görüldüğü tablodur. Alınan maddenin etkisi olarak anksiyete tablosu belirebilir veya tıbbi bir ilacın yan etkisi olarak bu semptomlar oluşabilmektedir (Köroğlu, 2009, 2014; Geçtan, 2013).

1.4.4. Depresyon ile Anksiyetenin (Komorbid) Eşzamanlılığı

Depresyon ve anksiyetenin oluşturduğu bu iki psikiyatrik tablo birbirlerini etki ve tepkisel olarak sık rastlanan bir döngüye sahiptir. Depresyon geçirmekte olan on hastadan birinde panik bozukluk ta aynı anda yaşanmaktadır. Depresyon ve anksiyete bozukluğunun bir arada görülmesine bu kadar sık rastlanmasının başlıca sebebi semptomların yarattığı kısıtlama, bunaltı ve özellikle sosyal ilişkilerdeki zayıflamayla kişinin izole olması sonucunda içinde olduğu durumun etkilerindeki benzerliklerdir

(Gülseren, 2004). Anksiyete yaşanan durumlarda kişinin hayatı oldukça kısıtlanmakta ve işlevselliği büyük ölçüde bozulmaktadır; bunun sonucunda kişi içinde bulunduğu sınırlılık ve belirsizlikle mücadele ederken duygusal olarak ta bunalıma girerek depresif ruh halini yaşamaya başlaması oldukça yüksek olasılıkta görülmektedir. Diğer bir açıdan depresyon geçiren bir insanın da yaşadığı sıkıntı, bunaltı, üzüntü ve kederli ruh hali; gelecekte umutsuzluk, çaresizlik hisleriyle birleştiğinde bu hastalık tablosundan kurtulamayacağı düşüncesiyle durum ve kendisiyle ilgili endişe ve kuruntuyla karakterize bir anksiyete duygusu ortaya çıkabilmektedir (Mete, 2013).

1.4.5. Anksiyetenin Görülme Sıklığı

Toplumumuzda sıklıkla rastlanılan kaygı bozukluğu, kadınlarda erkeklere oranla iki katı daha fazla görülme sıklığına sahiptir. Belirgin bir yaş döneminde görüldüğü kesin olarak bilinmese de ortalama 30'lu yaşlarda başladığı ve her yaşta görülebilme ihtimali olduğu bilinmektedir. Neredeyse her konuda evhamlanarak kuruntularla olmayan durumlar için tedbir almaya kalkışan, kaçınma davranışı gösteren kişiler kadın da erkek te olsa bu kaygılarını bedenselleştirmeye yatkındırlar. Sebebinin duydukları yoğun kaygının etkisi olduğunun farkında olmaksızın fiziksel belirtiler nedeniyle kalp çarpıntısı şikayeti ile kardiyoğğa, mide şikayetleri, baş ağrıları nedenleriyle ilgili doktorlara başvuru yönelimindedir. Ancak sonuç olarak; tıbben yapılan tetkikler sonucunda organik değil psikolojik nedene bağlı olarak bu rahatsızlıkları yaşadıkları anlaşılmaktadır (Köroğlu, 2009; Burkovik, 2013).

1.5. ANTİDEPRESANLAR

Antidepresan ilaçlar, depresif ruh halinde olan kişilerin bu duygudurumunu iyileştirmeye yardımcı olmaktadır. Antidepresan ilaçlar, bazı depresyon durumlarında eksildiği görülen iki nörotransmitteri (nöropinefrin, serotonin) yükselterek kişiyi enerjik duruma getirir. Nörotransmitter düzeylerini arttırmak için farklı tarzlarda faaliyet gösterirler (Atkinson vd., 2010).

Depresyona girmiş hastaların beyinde serotonin, noradrenalin, dopamin gibi maddelerin azalması ile ortaya duygu ve düşüncelerinde düzensizlikler çıkmaktadır. Bu

değişimden kaynaklanan düzensizliklerin giderilmesi amacıyla antidepresanlar ile bu maddelerin miktarının artırılması amaçlanmaktadır. İntihar eden bireylerde yapılan incelemelere göre beyin omurilik sıvısındaki serotonin seviyesi oldukça düşük bulunmuştur ve antidepresan ilaç kullanımının önemi vurgulanmaktadır. Antidepresanların etkisi iki üç hafta içinde görülmektedir; doktor kontrolünde kullanılması ve ilk aylarda iyileşme görülse dahi tedavi süresi en az altı ay olarak önerilmektedir (Tarhan, 2009; Tan, 2014).

1.5.1. Antidepresanların Sınıflandırılması

Antidepresanlar, etkileri bakımından benzer olmasına rağmen yan etkileri ve etken mekanizmaları yönünden farklı sınıflandırılmaktadır. Trisiklik antidepresanlar (TSA) serotonin ve noradrenalinin geri alımını engellemekte, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) dopamin, serotonin ve noradrenalin aminlerinin yıkımını engellemekte, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) serotonin geri alım düzenini engellemektedir.

Trisiklik ve Tetrasiklik Antidepresanlar (TSA); Amitriptilin- Elavil, İmipramin-Tofranil, Klomipramin- Anafranil

Geriye Dönümlü Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (GDMAOI); Moklobemid

Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörleri (SSGI); Fluoksetin- Prozac, Paroksetin-Paxil, Sertralin- Zoloft, Fluvoksamin- Luvox, Sitalopram- Celexa, Essitalopram-Lexapro

Diğer Antidepresanlar; Bupropion- Wellbutrin, Mirtazapin, Venlafaksin- Efexor, Trazodon- Desyrel (Köroğlu, 2009; Butcher vd., 2011).

1.5.2. Antidepresanların Endikasyonları

TSA endikasyonları; depresif bozukluklar, panik bozukluğu, enürezis (imipramin), obsesif-kompulsif bozukluk (klomipramin), kronik ağrı, migren ve nöropati de dahildir (amitriptilin), blumia nevrozadır.

SSGİ endikasyonları; depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozuklukta ve obsesif-kompulsif bozuklukta), blumia nevroza (fluoksetin), premenstürel disforik bozukluk, migren, impulsivite ve kişilik bozukluklarında görülen duygu değişimleri de diğer endikasyonları arasında yer almaktadır.

Bupropion endikasyonları; depresif bozukluklar, sigara bırakma, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda bulunmaktadır (ek tedavisi için).

Venlafaksin endikasyonları; depresif bozukluklar, venlafaksin ağır depresyondaki kişilerde özellikle etkili olabilir. Daha önce antidepresan tedavilere dirençli hastalarda yanıt alınabilir. Anksiyete bozuklukları; özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozuklukta etkilidir.

Mirtazapin endikasyonları; depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, insomniadır.

Trazodon endikasyonları; depresif bozukluklar, insomnia, anksiyete bozukluklarıdır (Köroğlu, 2009).

1.6. ANTİDEPRESANLARIN ETKEN DÜZENEGİ VE YAN ETKİLERİ

TSA etki düzeneği; trisiklik antidepresanlar, presinaptik gerilim düzeneklerini engeller ve noradrenalin ve serotoninin ortamdaki varlığını arttırarak etkin olurlar. Yan etkileri; ortostatik hipotansiyon, lfa-1 adrenerjik engellemeye bağlıdır ve TSA'ların en sık görülen yan etkisidir. İletimde yavaşlama (QT uzaması gibi) ile giden kardiyak toksisite ortaya çıkabilecek en ağır yan etkidir. Sedasyon, histaminerjik engellemeye bağlıdır. Artmış semptomimetrik etkinliğe bağlı olarak görme bulanıklığı, konstipaston ve konfüzyon görülebilir. TSA'ların aşırı dozda alınmaları kardiyak aritmilere, solunum depresyonuna veya komaya yol açıp fatal olabilir.

SSGİ etki düzeneği; presinaptik gerilim düzenegini engelleyerek serotoninin ortamdaki varlığını arttırırlar. Yan etkileri; SSGİ'leriyle tedavi edilen hastaların büyük çoğunluğunda sadece hafif yan etkiler görülür. Yan etkiler ortaya çıksa da genellikle tedavinin ilk iki haftasında görülür. En sık görülen yan etkileri; bulantı ve diyaredir, sertraline görülen yan etkilerdir. Baş ağrısı, anksiyete ve insomnia daha çok fluoksetinle görülür. Cinsel işlev bozuklukları yan etkileri, libidoda azalma, anorgazmi ya da ejakülasyonda gecikme gibi yan etkiler tüm SSGİ'lerde görülür. Kilo alma etkisi

paroksetin, sertralin, fluvoksaminle görülebilir. SSGİ kesilme sendromu, tedavinin birden bırakılmasının komplikasyonudur. Paroksetin, yarı ömrünün kısa olmasından ötürü kesilme sendromuna en çok neden olandır.

Bupropion etki düzeneği; noradrenalin ve dopamin gerialım inhibitörüdür. Yan etkileri; ajitasyon, ağız kuruluğu,insomnia ve bulantı en sık görülen yan etkilerdendir. Yüksek dozlarda (>450mg) konvülsiyon ortaya çıkma olasılığı doğar. Bupropion psikotik belirtileri ağırlaştırabilir. SSGİ'lerine göre cinsel yan etkiler çok azdır. Ortostatik hipotansiyon, kilo alma veya sedasyon gibi yan etkiler yoktur.

Venlafaksin etki düzeneği; seçici olmayan amin (serotonin, noradrenalin ve dopamin) gerialım inhibitörüdür. Kolinerjik, histaminerjik ya da adrenerjik reseptörleri etkilemez. Yan etkileri; sedasyon, bulantı, baş dönmesi ve sinirlilik en çok görülenlerdir. Bazı hastaların kan basıncında artış görülebilir, yakından takip edilmelidir. Erkeklerde ejakülatuar gecikme ortaya çıkabilir. Birden bırakılması kesilme sendromuna (insomnia, bulantı gibi) yol açabilir.

Mirtazapin etki düzeneği; Tip2 ve tip3 serotonin reseptörlerinin antagonize edilmesi 5-HT1 reseptörlerinin etkinleştirilmesine yol açar. Birikici etkisi adrenerjik ve serotonerjik etkinlikte artmaya yol açar. Noradrenerjik ve özgül serotonerjik antidepresan olarak bilinir. Yan Etkileri; en sık görülen yan etkisi sedasyondur. İştahta artma, kilo alma ve baş dönmeside sıkça görülür. Ağız kuruluğu ve konstipasyon görülebilir. Çünkü antikolinerjik etkinliği bulunmaktadır. Mirtazapinin cinsel yan etkileri SSGİ'lerinden çok daha azdır.

Trazodon etki düzeneği; yapısal olarak antidepresan etkinlik gösteren bir benzodiazepin olan alprazolama benzer. Özgül olarak presinaptik serotonin geri alımı inhibisyonu ve postsinaptik 5-HT2 antagonizmi yoluyla etki gösterir. Yan etkileri; ortostatik hipotansiyon ve baş dönmesi sık görülen yan etkileridir. Sedasyonda sıkça görülür ve bir hipnotik olarak etki göstermesinin nedenidir. Priapizm çok nadir görülen fakat empotansa yol açabilecek tehlikeli bir yan etkidir. Diğer olası yan etkiler, baş ağrısı ve gastrointestinal rahatsızlıktır (Köroğlu, 2009; Butcher vd., 2011).

Araştırma, travmatik geçmişi bulunan kadın katılımcılarda sosyal destek türleri ile depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlayan bir çalışmadır. Bu araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki problemlere yanıt aranmaktadır.

1.7. PROBLEM VE ALT PROBLEMLER

Travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal destek türleri ile depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

P.1. Travmatik yaşantıları olan kadınlarda aile desteğinin depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı ile ilişkisi var mıdır?

P.2. Travmatik yaşantıları olan kadınlarda arkadaş desteğinin depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı ile ilişkisi var mıdır?

P.3. Travmatik yaşantıları olan kadınlarda özel birinin desteğinin depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı ile ilişkisi var mıdır?

P.4. Travmatik yaşantıları olan kadınların çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

P.5. Travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal desteği ile çocukluk çağı travmaları ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.8. HİPOTEZ

Travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal destek türleri ile depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H.1. Travmatik yaşantıları olan kadınlarda aile desteğinin artmasıyla depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı azalacaktır.

H.2. Travmatik yaşantıları olan kadınlarda arkadaş desteği arttıkça depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı azalacaktır.

H.3. Travmatik yaşantıları olan kadınlarda özel birinin desteği arttıkça depresyon düzeyi ve antidepresan kullanımı azalacaktır.

H.4. Travmatik yaşantıları olan kadınların çocukluk çağı travmaları arttıkça depresyon düzeyi de yüksek olacaktır.

H.5. Travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal desteği ile çocukluk çağı travmaları ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

1.9. ÖNEM

Kadınların depresyon düzeylerini inceleyen pek çok araştırma bulunmaktadır; her bir araştırma depresyonun farklı nedenlerine, sonuçlarına ve tedavi yaklaşımlarına yönelik sonuçlar ortaya koymaktadır. Depresyonun oluşma sebeplerine dair çeşitli sonuçların elde edilmesi örneklem farklılıklarından ve problemleri belirlemek amacıyla kullanılan ölçeklerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Başa çıkma stratejileri, sosyal destek ve bireysel farklılıklardan ötürü de depresyon sebebi, sonuçları ve tedavi süreci değişiklik gösterebilmektedir. Depresyon düzeylerinin travma, başa çıkma becerileri ve sosyal destek gibi kavramlarla ilişkilendirilerek yapılan araştırmalarda ortak bulgu olarak; travmatik yaşantıların sonrasında depresyon oluştuğu ancak algılanan sosyal destek ve olaya bakış açısı doğrultusunda depresyonun ve travma sonrası iyileşmenin daha olumlu yönde ilerlediği elde edilmiştir.

Özellikle kadınlarda oldukça sık görülen depresyon üzerine yapılan araştırmalar ve ek olarak fiziksel veya psikolojik olarak bireysel veya toplumsal travmadan kaçınılamadığı bir toplumda olduğumuz bilinmekte olduğundan bu iki önemli olgunun incelendiği araştırmalar büyük önem taşımaktadır.

Yapılan araştırmalar; travmatik deneyimlerin sonucunda depresyonun oluşabileceği bulgusuna değinmektedir. Bu çalışmada, travmatik yaşantı sonrasında bireyin algıladığı sosyal desteğin yüksek olmasıyla depresyon düzeyinin azaldığı veya depresyon geçirmeden iyileşmeye olumlu etken olduğu saptanmıştır. Benzer travmatik yaşantılara sahip olsalar dahi kadınların depresyon ve eşlik eden anksiyete düzeyleri farklılık göstermektedir. Her travmatik olayın kişiler üzerinde aynı etkiye sebep olmadığı ve kişisel farklılıklar, ekonomik durum, medeni hal, iş durumu ve sosyal destek gibi verilerin etkinliği ön plana çıkmaktadır. Yalnızca antidepresan ilaçların tedavide yeterli olmadığına; bazı durumlarda aile, arkadaş, özel insan gibi çevredeki insanların desteğinin dolayısıyla konuşma, anlatma ve paylaşma ihtiyacının önemini ortaya koymakta ve iyileştirici bir etken olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle sosyal çevrenin bilinçlendirilmesi ve psikolojik problemlerde bireylerin psikoterapi almalarının yaygınlaşmasının gerekliliğine yönelik vurgusuyla önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu araştırmanın bir diğer önemi; psikolojik tedavi için gelen danışanların aile ve eşlerini

de bilinçlendirme eğitimleri, farkındalık çalışmaları ile tedavi sürecine dahil etmenin önemini ortaya koymaktır.

Katılımcılarda, mahremiyete verilen önem, toplumsal yargı ve değerler nedeniyle kadınların yaşadıkları travmatik olayları gizli tutma eğiliminde oldukları ve yanıtlamaktan kaçındıkları gözlenmiştir. Bu yönüyle özellikle travmatik yaşantılar üzerine yapılmış olan bir araştırma olduğundan ve özel hayata dair hassas konular ile ilgili veriler içerdiğinden dolayı ayrıca önem taşımaktadır.

Bu araştırma diğer bir açıdan da; travmatik yaşantı sonrasında toplumsal ve çevresel olarak iyileşme sürecindeki pozitif etki bilindiğinden; dışlanma davranışını, mağdur hakkında olumsuz önyargı ve suçluluk duygularına karşın toplumu bilinçlendirme çalışmalarıyla daha olumlu bir bakış açısı oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılmasına ışık tutabilirliğiyle toplumsal bir önem taşımaktadır.

1.10. VARSAYIMLAR

Araştırmada tüm katılımcıların ölçeklerdeki soruları doğru ve içtenlikle yanıtlamış oldukları, depresyon tanısı almış ve antidepresan kullanan katılımcıların ise kendi beyanlarının doğru olduğu varsayılmaktadır.

1.11. KAPSAM VE SINIRLILIKLAR

Araştırma travmatik yaşantıları bulunan kadınların sosyal destek algılarına göre depresyon düzeylerinin ve antidepresan kullanımlarının incelenmesini kapsamaktadır.

Araştırmanın önemli bir sınırlılığı, kişilerin özel bilgi olması sebebiyle travmatik yaşantılarını paylaşmaktan çekinmeleri ve bilgi vermek istememeleri olmuştur. Ölçeklerde sorulan travmatik deneyimler hatırlatıcı nitelikte olduğundan zaman zaman ölçeklerin yarıda ya da eksik bırakılmasına neden olmuştur. Bu iki gerekçe araştırmanın en önemli sınırlılıklarını oluşturmuş ve daha yüksek sayıda katılımcıya ulaşılmasına engel olmuştur.

Araştırma yalnızca travmatik yaşantı deneyimleri olduğunu beyan eden kadınlar ile sınırlandırılmıştır. Antidepresan kullanan grubun en az 6 aydır, psikiyatrist kontrolünde ilaç kullanıyor olması ile kullanmayan grubun en az 3 aydır herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmıyor olması şartının aranması araştırmanın dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.



İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmanın modeli; iki veya daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığı veya derecesini belirlemeyi amaçlayan ilişkisel tarama modelidir (Karasar, 2006). Bu çalışmada, travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal destek algıları ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmış ve araştırma ilişkisel tarama modeline uygun olarak düzenlenmiştir.

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini; Adana ve İstanbul illerinde travmatik yaşantıları olan kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini; tesadüfi örnekleme yöntemine uygun düzenleme ile İstanbul'un Maltepe ve Kadıköy, Adana'nın Çukurova ve Seyhan ilçelerinde, 18-72 yaş arasındaki travmatik yaşantısı olduğunu belirten 150 kadın oluşturmaktadır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada 5 adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Travmatik Yaşantılar Listesi (TYL) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) dir. Bu veriler için ölçekler sunulurken öncelikle Araştırmaya Katılım Onay 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. Araştırmaya Katılım Onay Formu Ek A' da sunulmuştur.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Kişisel bilgiler hakkında veri toplamak amacıyla araştırmaya katılan antidepresan kullanan ve kullanmayan gruptaki katılımcıların her birine uygulanan sosyo-demografik verilere ulaşmak amacıyla 20 sorudan oluşan, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Ek B olarak form eklenmiştir.

2.3.2. 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, doyumsuzluk, 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 C olarak tezde yer verilmiştir (Tegin, 1980; Hisli, 1989; Savaşır ve Şahin, 1997; Kılınç ve Torun, 2011).

2.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen Beck Anksiyete Envanteri kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek üzere hazırlanmıştır. BAE, 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi değerlendirme olan kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde için “Hiç”, “ Hafif derecede”, “Orta derecede” ve “Ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan ranjı 0-63’tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçek; 0-15 anksiyete yok, 16-22 hafif anksiyete, 23-42 anksiyete, 43-63 yoğun anksiyete olarak değerlendirmeye alınmıştır. Uygulanan faktör analizi sonucunda ölçeğin “Subjektif anksiyete” (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17 ve 19. maddeler) ve “Somatik belirtiler” (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21. maddeler) olmak üzere iki faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır. Ek D’de yer almaktadır (Ulusoy, 1993; Savaşır ve Şahin, 1997; Ulusoy vd., 1998).

2.3.4. 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 E’de sunulmuştur (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

2.3.5. Travmatik Yaşantılar Listesi (TYL)

Kişilerin başından geçmiş olabilecek ya da yakından tanık olmuş olabilecekleri olası travmatik yaşantıları öğrenmeye yönelik olarak Yrd. Doç. Dr. Ilgın Gökler tarafından hazırlanmış olan bir tarama listesidir. Travmatik olayları tarama listesi; kaza, yangın ya da patlama olayı, doğal afet, fiziksel saldırı ve cinsel saldırı, savaş alanında bulunma, hapsedilme, işkence görme, ölümcül tehlikesi olan bir hastalık, yakın birinin ani ve beklenmedik ölümü gibi travmatik olayları ve bunların dışında yaşanan bir başka travmatik olayın varlığını belirlemek amacıyla 10 maddeden oluşan bir ölçektir. Uygulamaya katılan bireyler tüm yaşamlarını düşünerek kendileri için geçerli olan maddeleri işaretlemektedir. Ek F’de yer almaktadır (Gökler, 2008).

2.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin ‘aile’, ‘arkadaş’ ve ‘özel bir insan’ desteğini belirlemek üzere her biri 4 maddeden oluşan 3 alt ölçeği vardır. Toplam 12 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin her bir maddesi ‘kesinlikle evet’ ve ‘kesinlikle hayır’ arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan) bir puanlama sistemi vardır. Ölçeğin tamamından elde edilebilecek en yüksek puan 84’tür ve alınan puan yükseldikçe algılanan sosyal desteğin de aynı oranda yükseldiği kabul edilir (Kazarian ve McCabe, 1991; Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley, 1988).

Ölçeğin Türkçe formunun yapı geçerliliği, güvenilirliği ve faktör yapısı, Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ancak alt ölçeklerden ‘özel bir insan’ alt

ölçeğinin yapı geçerliliği diğerlerine göre daha düşük belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak da kültürel öğeler gösterilmiştir. Türkiye’de örnekleme oluşturan gençlerin büyük bir kısmının özel bir insan teriminden sadece kız/erkek arkadaş anladıkları belirlenmiştir. Zimet, Powell, Farley, Werkman ve Berkoff’un 1990 yılında yaptıkları çalışmada aile ve özel insan terimlerinin anlamlarının araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Bunun üzerine Eker ve Arkar 2001 yılında kültürel yapıya daha uygun bir ölçek elde etmek için yeni bir çalışma yaparak aileyi: ebeveynler, eş, çocuklar ve kardeşlerden olarak; özel bir insanı ise aile ve arkadaşlar dışında kalan flört, nişanlı, doktor, akrabalar, komşu v.s. olarak belirlemişlerdir. Ek G olarak sunulmuştur (Eker vd., 2001).

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Katılımcılara ölçekleri uygulamalarının öncesinde araştırma konusu hakkında bilgi verilmiş, gizlilik esası olduğu anlatılmış, isimlerini bildirmeleri isteklerine bırakılmış, katılım ve verilerin kullanılması için yazılı onayları alınmıştır. Onayları alınan katılımcılardan tüm sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeleri istenmiştir. Ölçeklerde anlaşılamayan yerlerde katılımcılara yardımcı olmak amacıyla araştırmacı da ortamda bulunmuştur.

Katılımcılara uygulanan ölçekler, hassas konular hakkında sorular içerdiğinden; uygulama esnasında katılımcıların kendilerini rahat ifade edebilecekleri ve yalnız olacakları ortam sağlanmış ve isimlerini belirtme zorunluluğu olmadan ölçekleri doldurmaları bildirilmiştir. Bu ortamlar çeşitli işyerleri olduğunda çalışanlar için yetkili kişiden izin alınarak gönüllü katılım izni alınıp rahat bir ortama geçmeleri sağlanarak ölçek uygulamasını yapmışlardır. İş yerlerine hizmet almaya gelen kadınlardan uygulamaya katılanlar ortamda kendilerine rahat ve sakin bir yer seçerek tek başlarına ölçekleri tamamlamışlardır. Araştırmaya gönüllü katılan 180 kişiye ulaşılmıştır; ancak 18 katılımcının travmatik geçmişi bulunmadığından, 12 katılımcının ise soruların büyük çoğunluğunu yanıtsız bıraktığından 30 kişi örneklem grubuna dahil edilememiş ve araştırmanın örneklemini 150 kadın oluşturulmuştur.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi amacıyla istatistik analizleri SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Ki-Kare, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testlerinden yararlanılarak inceleme yapılmıştır. One-Way Anova ve Kendall tau-b korelasyonu kullanılarak veriler analiz edilmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Travmatik yaşantıları olan kadınlarda sosyal destek türleri ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımlarına dair ölçek puanlarından alınan verilerin analizleri sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

3.1. ÖRNEKLEMİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan travmatik yaşantıları olan 150 kadına ait demografik ve sosyokültürel özelliklere dair veriler aşağıdaki tablolarda belirtilmektedir.

Araştırmada katılımcıların yaş aralığı 18-72 yaşdır. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; 47'si bekar, 90'ı evli, 7'si boşanmış ve 6'sı dul olan kadından oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; okur-yazar olan 1, ilkokul mezunu 6, ortaokul mezunu 7, lise mezunu 48, üniversite mezunu 63 ve yüksek lisans mezunu 24 katılımcı bulunmaktadır. Çalışma durumlarına göre dağılımlarına göre; 112'si çalışıyor durumdayken, 30'u çalışmıyor ve 7'si emekli durumdadır. Gelir düzeylerine göre katılımcıların 20'si alt düzey, 92'si orta ve 34'ü üst gelir düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Evlilik şekline göre dağılımları; 69 katılımcının seveerek(flört ederek), 28'inin görücü usulü, 4'ünün de kaçarak evlendiği şeklindedir. Çocuk sayısına göre katılımcıların dağılımları; 69'unun hiç çocuğu yokken, 28'inin 1 çocuğu, 43'ünün 2 çocuğu, 3'ünün 3 çocuğu, 6'sının 4 ve 1 katılımcının 5 çocuğu bulunmaktadır. Aile durumu dağılımına göre; katılımcıların 122'sinin çekirdek aile yapısı, 13'ünün geniş aile ve 13'ünün geniş apartman ailesi bulunmaktadır.

Katılımcıların 56'sının psikiyatriste başvurduğu, 94'ünün psikiyatriste başvurmadığı belirlenmiştir. Katılımcılardan 101'i antidepresan kullanmamakta, 40'ı kullanmaktadır.

Beck depresyon ölçeği ile elde edilen sonuçlara göre katılımcıların 86'sında depresyon yok, 36'sında hafif, 22'sinde orta ve 6'sında şiddetli derecede depresyonun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Beck anksiyete ölçeği ile değerlendirme sonucunda katılımcılardan 104'ünde anksiyete olmadığı, 21'inde hafif, 21'inde orta ve 4'ünde şiddetli anksiyete bulunmaktadır.

Tablo I. Örneklemin Demografik Özelliklerinin Yüzdelerle Dağılımı

Medeni Durum	F	Yüzde %	Geçerli Yüzde %	Kümülatif Yüzde%
Bekar	47	31.3	31.3	31.3
Evli	90	60.0	60.0	91.3
Boşanmış	7	4.7	4.7	96.0
Dul	6	4.0	4.0	100.0
Toplam	150	100.0	100.0	
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	1	0.7	0.7	0.7
İlkokul	6	4.0	4.0	4.7
Ortaokul	7	4.7	4.7	9.4
Lise	48	32.0	32.2	41.6
Üniversite	63	42.0	42.3	83.9
Yükseklisans	24	16.0	16.1	100.0
Toplam	149	99.3	100.0	
Toplam	150	100.0		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	112	74.7	75.2	75.2
Çalışmıyor	30	20.0	20.1	95.3
Emekli	7	4.7	4.7	100.0
Toplam	149	99.3	100.0	
Toplam	150	100.0		
Gelir Düzeyi				
Alt	20	13.3	13.7	13.7
Orta	92	61.3	63.0	76.7
Üst	34	22.7	23.3	100.0
Toplam	146	97.3	100.0	
Toplam	150	100.0		
Aile Durumu				
Çekirdek Aile	122	81.3	82.4	82.4
Geniş Aile	13	8.7	8.8	91.2
Geniş Apt. Aile	13	8.7	8.8	100.0
Toplam	148	98.7	100.0	
Toplam	150	100.0		

Psikiyatriste Başvuru Durumu					
	Başvurmamış	94	62.7	62.7	62.7
	Başvurmuş	56	37.3	37.3	100.0
	Toplam	150	100.0	100.0	
Antidepresan Kullanımı					
	Kullanmayan	110	73.3	73.3	73.3
	Kullanan	40	26.7	26.7	100.0
	Toplam	150	100.0	100.0	
Depresyon Düzeyi					
	Yok	86	57.3	57.3	57.3
	Hafif	36	24.0	24.0	81.3
	Orta	22	14.7	14.7	96.0
	Şiddetli	6	4.0	4.0	100.0
	Toplam	150	100.0	100.0	
Anksiyete Düzeyi					
	Yok	104	69.3	69.3	69.3
	Hafif	21	14.0	14.0	83.3
	Orta	21	14.0	14.0	97.3
	Şiddetli	4	2.7	2.7	100.0
	Toplam	150	100.0	100.0	

3.2. TRAVMATİK YAŞANTILARI OLAN KADINLARIN SOSYAL DESTEK TÜRLERİ İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ANTİDEPRESAN KULLANIMLARININ İNCELENMESİ

Travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal destek türleri ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımları arasında nasıl bir ilişki olduğunu incelemek amacıyla One-Way Anova uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre depresyon düzeyiyle sosyal destek arasında anlamlı ters (negatif) yönde bir ilişki görülmektedir ($p=0.000<0.05$, $\beta=-0,401$). Depresyon ile antidepresan kullanımı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.000<0.05$, $\beta=0.338$).

Tablo II. Travma Yaşamış Olan Kadınların Sosyal Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi

	R ²	p	β	p
B.lıDeğ.Depresyon	0.323	0.000		
Sosyal destek			-0.401	0.000
Antidepresan			0.338	0.000

Buna göre; depresyon ile antidepresan ve sosyal destek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyal destek puanı arttıkça depresyon düzeyi azalmakta, azaldıkça da depresyon düzeyi artmaktadır. Buna karşılık; depresyon düzeyi ile antidepresan kullanımı arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Sosyal destek ile antidepresan kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

3.2.1. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Aile Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi

Travmatik yaşantıları olan kadınların aile desteği ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımı arasında nasıl bir ilişki olduğunu incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo III. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Aile Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi

	B	β	t	p
B.lı değ. Aile	25.683		42.766	0.000
Depresyon düzeyi	-2.323	-0.346	-3.849	0.000
Antidepresan	0.005	0.000	0.004	0.997

Analiz sonuçlarına göre; aile desteği ile depresyon puanı arasında ters yönde ilişki bulunmuştur ($t=-3.849$, $p=0.000 < 0.05$). Aile desteği ile antidepresan kullanımı arasında elde edilen sonuçlara göre ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($t=0.004$, $p=0.997 > 0.05$). Buna göre aile desteği arttıkça depresyon azalmakta, aile desteği azaldıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

3.2.2. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Arkadaş Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi

Travmatik yaşantıları olan kadınların arkadaş desteği ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımı arasında nasıl bir ilişki olduğunu incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo IV. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Arkadaş Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi

	B	β	t	p
B.lı Değ. Arkadaş	24.837		41.115	0.000
Depresyon düzeyi	-2.914	-0.417	-4.799	0.000
Antidepresan	-0.047	-0.003	-0.040	0.968

Analiz sonuçlarına göre; arkadaş desteği ile depresyon puanı arasında ters yönde ilişki bulunmuştur ($t=-4.799$, $p=0.000<0.05$). Arkadaş desteği ile antidepresan kullanımı arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=.040$, $p=0.968>0.05$). Buna göre arkadaş desteği arttıkça depresyon azalmakta, arkadaş desteği azaldıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

3.2.3. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Özel Birinin Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının İncelenmesi

Travmatik yaşantıları bulunan kadınlarda özel biri desteği ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo V. Travmatik Yaşantıları Olan Kadınların Özel Birinin Desteğine Göre Depresyon Düzeyleri ve Antidepresan Kullanımlarının Analizi

	B	β	t	p
B.lı değ. Özel Biri	25.079		43.170	0.000
Depresyon düzeyi	-2.724	-0.409	-4.665	0.000
Antidepresan	0.319	0.025	0.284	0.777

Analizden elde edilen bulgulara göre; özel biri desteği ile depresyon puanı arasında negatif ilişki bulunmuştur ($t=-4.665$, $p=0.000<0.05$). Özel birinin desteği ile antidepresan kullanımı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($t=0.284$, $p=0.777>0.05$). Buna göre özel birinin desteği arttıkça depresyon azalmakta, özel birinin desteği azaldıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

3.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE DEPRESYON VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Çocukluk çağı travmaları ve sosyal destek puan ortalamaları Tablo VI.'da detaylı şekilde verilmiştir. Depresyon düzeyiyle çocukluk çağı travmaları alt alanları arasında yapılan regresyon analizine göre anlamlı bir ilişki görülmektedir. Bu analize göre elde edilen ilgili verilere Tablo VII. 'de yer verilmiştir.

Tablo VI. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyi ve Sosyal Destek Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	N	Ort.	Standart Sapma	Minimum	Maximum
Duygusal istismar	86	6.01	2.112	4	16
1,00	36	7.72	3.954	5	20
2,00	22	7.41	2.538	5	13
3,00	6	10.50	5.857	5	17
Total	150	6.81	3.073	4	20
Fiziksel istismar	86	5.22	.951	4	12
1,00	36	5.50	1.797	5	14
2,00	22	5.68	1.555	5	10
3,00	6	7.33	4.803	5	17
Total	150	5.44	1.603	4	17
Fiziksel ihmal	86	12.12	1.376	7	17
1,00	36	12.33	1.789	8	16
2,00	22	12.77	3.054	9	21
3,00	6	10.83	3.545	6	15
Total	150	12.21	1.923	6	21
Duygusal ihmal	86	20.71	3.086	12	25
1,00	36	19.36	4.162	9	25
2,00	22	17.95	4.203	11	25
3,00	6	16.50	7.662	7	24
Total	150	19.81	3.928	7	25
Cinsel istismar	86	5.128	.5487	5.0	8.0
1,00	36	5.444	1.1325	4.0	9.0
2,00	22	6.273	4.2893	5.0	25.0
3,00	6	9.167	5.4559	5.0	17.0
Total	150	5.533	2.1850	4.0	25.0
Sosyal destek	86	74.22	14.609	0	84
1,00	36	74.31	11.019	46	84
2,00	22	59.41	19.590	22	84
3,00	6	40.17	20.134	24	77
Total	150	70.71	16.871	0	84
Aile desteği	86	25.24	5.233	0	28
1,00	36	25.47	3.637	16	28
2,00	22	20.95	7.377	4	28
3,00	6	14.50	7.893	8	28
Total	150	24.24	5.904	0	28
Arkadaş desteği	86	24.36	5.036	0	28
1,00	36	24.11	4.348	13	28
2,00	22	18.36	7.201	4	28
3,00	6	12.83	6.555	8	25
Total	150	22.96	6.030	0	28
Özel biri	86	24.62	5.129	0	28
1,00	36	24.72	3.889	13	28
2,00	22	20.09	6.294	9	28
3,00	6	12.83	5.845	8	24
Total	150	23.51	5.716	0	28

Depresyon Yok=,00; Hafif Depresyon=1,00; Orta Depresyon=2,00; Şiddetli Depresyon=3,00

3.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Depresyon düzeyiyle çocukluk çağı travmaları alt alanları arasında yapılan kendall's tau-b korelasyon analizine göre anlamlı düşük derecede bir ilişki görülmektedir. Bu analize göre elde edilen ilgili verilere VII. tablosunda yer verilmiştir.

Tablo VII. Çocukluk Çağı Travmalarının Alt Alanları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki Korelasyon Analizi

		Duygusal istismar	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmal	Duygusal ihmal	Cinsel istismar
Depresyon Düzeyi	Korelasyon Katsayısı(r)	0,295**	0,151*	0.021	-0,199**	0,228
	p	0.000	0.047	0.762	0.003	0.003
	N	150	150	150	150	150

Duygusal istismarın artması ile depresyon düzeyinin arttığı görülmektedir ($p=0,0001$; $r=0,295$). Fiziksel istismarın artması ile depresyon düzeyinin arttığı görülmektedir ($p=0,047$; $r=0,151$). Duygusal ihmalin artması ile depresyon düzeyinin azaldığı görülmektedir ($p=0,003$; $r=-0,199$). Cinsel istismarın artması ile depresyon düzeyinin arttığı görülmektedir ($p=0,003$; $r=0,228$).

3.3.2. Sosyal Desteğin Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon Düzeyi ile İlişkinin İncelenmesi

Sosyal desteğin, çocukluk çağı travmaları ve depresyon ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla regresyon analizi kullanılmıştır. Çocukluk çağı travmaları ve depresyon ilişkisi Tablo VIII.'de gösterilmekte iken; sosyal destek değişkeni de eklendiğinde elde edilen sonuçlara ise Tablo IX.'da yer verilmiştir.

Tablo VIII. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi

	B	β	t	p
B.lı Değ.	7,946		1,206	0,230
Duygusal istismar	0,182	0,060	0,586	0,558
Fiziksel istismar	1,122	0,194	2,250	0,026
Fiziksel ihmal	-0,160	-0,033	-0,408	0,684
Duygusal ihmal	-0,415	-0,175	-1,789	0,076
Cinsel istismar	0,904	0,213	2,587	0,011

Çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; çocukluk çağı travmalarından fiziksel istismar ve cinsel istismar ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Fiziksel istismarın artması ile depresyon düzeyinin arttığı görülmektedir ($p=0,026$; $r=2,250$). Cinsel istismarın artması ile depresyon düzeyinin arttığı görülmektedir ($p=0,011$; $r=2,587$).

Tablo IX. Sosyal Desteğin Çocukluk Çağı Travmaları ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	B	β	t	p
B.lı Değ.	15,949		2,500	0,014
Duygusal istismar	0,125	0,041	0,429	0,669
Fiziksel istismar	1,149	0,198	2,467	0,015
Fiziksel ihmal	-0,091	-0,019	-0,249	0,804
Duygusal ihmal	-0,111	-0,047	-0,491	0,625
Cinsel istismar	0,783	0,184	2,393	0,018
Sosyal destek	-0,197	-0,358	-4,709	0,000

Çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiye sosyal destek eklendiğinde; sosyal desteğin depresyon ile negatif yönde bir ilişkide olduğu görülmüştür. Sosyal desteğin fiziksel ve cinsel istismar ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismarın anlamlılık düzeyi ($p=0,026$) iken sosyal desteğin etkisiyle bu düzey ($p=0,015$) yükselmiştir. Buna göre sosyal destek, kişinin travma sonrası depresyon geliştirme ihtimalini azaltmakta, sürece olumlu yönde katkıda bulunmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmanın temel amacı, travmatik yaşantıları olan kadınların sosyal destek türleri ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımları arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda; travma yaşayan kadınların sosyal destek türleri ile depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımları incelendiğinde depresyon düzeyi ile sosyal destek ve alt türleri arasında ters yönde bir ilişki varken; antidepresan kullanımı ile sosyal destek ve alt türleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. 2010 yılında yapılan bu alandaki Albal ve Kutlu'nun yaptığı araştırma da bu sonucu destekler niteliktedir. Depresyonun iyileşme süreci ve başa çıkma ile ilgili yapılan araştırmada sosyal desteğin önemi ortaya konulmuş, sosyal destek algısı arttıkça depresyonun azaldığı belirtilmiştir (Albal ve Kutlu, 2010).

Yalçın (2015) tarafından yapılan araştırmada da bireylerin iyi oluş hali ile sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiş, depresyon ve yalnızlık düzeylerinin sosyal destek ile negatif bir ilişki içinde olduğu ve iyi olma hali ile sosyal desteğin pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Yalçın'ın elde ettiği bulgular bu araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Sosyal destek türlerine bakıldığında, iyi oluş değişkenleri ile aileden algılanan desteğin en yüksek olduğu; depresyon ve yalnızlık değişkenleri için ise arkadaş desteğinin diğer destek türlerinden daha güçlü olduğu sonucu elde edilmiştir (Yalçın, 2015). Bu araştırmada ise; sosyal desteğin alt türleri bakımından anlamlı bir fark görülmemiş; aile, arkadaş ve özel birinden algılanan sosyal destek puanlarına ayrıca bakıldığında her birinin depresyon düzeyi ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu bulgusuna varılmıştır.

Antidepresan kullanımı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Antidepresan kullanan kadınların depresyon düzeylerinin kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda; antidepresan kullanan kadınların depresyon düzeyleri yüksek bulunduğundan depresyon ile antidepresan kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu söylenebilir. Antidepresan kullanımı ile sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamışken, depresyon düzeyiyle sosyal destek arasında anlamlı ters (negatif) yönde bir ilişki görülmektedir. Depresyon tedavisinde iyileşme, hastanın sağlıklı bir birey olarak yaşamına devam edebilecek şekilde semptomlarının ortadan kaldırılması olarak değerlendirilmektedir. Depresyon tedavisinde antidepresan kullanımına hastaların verdiği cevap ise tam iyileşmenin gerçekleşmediği yönündedir (Türkçapar ve Ervatan 2001).

Antidepresan tedavisinin etkinliği üzerine yapılan araştırmalar göstermektedir ki; antidepresan ilaçlar yalnız başlarına tedavi ve kalıcı iyileşme için yeterli olamamakta ve etkinliğini arttırmak için ek ilaç tedavileri önerilmektedir. Bunun yanı sıra antidepresan ilaç tedavisi gören bireylerde bir süre sonra iyileşme etkisinin de kaybolduğu görülmüştür. Bu durumun sebepleri arasında tedaviye uyumun olmadığı, tedavinin başlangıcında görülen plasebo etkisinin kaybı, antidepresan ilacının etkinlik kaybı ve depresyonun iyileşme sürecinde oluşan değişimler gösterilmektedir. Antidepresan ilaçların etki kaybı ve yetersizliğinde klinik bulgular üzerinde durulurken beyindeki değişimlerin etkisine vurgu yapılmaktadır. Antidepresanlarla yapılan uzun süreli tedaviler %10-30' unda bir antidepresanla sabit dozda devam etme ve sürdürme tedavisi uygulanırken depresyonun yeniden başladığı görülmektedir. Bu durum antidepresan etkilerine karşı bireylerde tolerans geliştiğini göstermektedir (Sevinçok ve Yüksel, 2000).

Bireylerin uzun süren, düzenli ilaç kullanımlarını tercih etmemesi, ilaç tedavisi devam ederken semptomların alevlenmesi, ilaç dozlarına alışmanın sonucunda tedavinin tam gerçekleşmemesi antidepresan ilaç tedavilerinde sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Kişiyeye uygun doz düzenlemeleri yapılmasına rağmen depresyon tedavilerinde tam bir başarı sağlanamadığı ve majör depresyonu olan hastaların %30'unun antidepresan tedavilere yanıt vermediği bilinmekte bu yüzden alternatif tedavi yöntemlerine gereksinim duyulmaktadır (Türkçapar ve Ervatan, 2001). Depresyon tedavisinde tek başına antidepresan ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı ve çok boyutlu tedavi planı oluşturulması gereksinimini ön plana çıkartmaktadır. Tedavi sürecinde önemli ve pozitif

bir rolü olan sosyal destek faktörünün dahil edilmesinin önemi bu çalışma ile ortaya çıkmış ve antidepresan tedavisindeki eksikliğe dair katkıda bulunmuştur.

Bostancı vd. (2006) yaptıkları araştırmaya göre çocukluk çağı travmaları ile depresyon düzeyi arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; çocukluk çağı travmaları bulunan bireylerin depresif belirtileri, bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmada da; kadınlarda çocukluk çağı travmaları alt ölçekleri ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmekte; duygusal ihmal dışındaki diğer alt alanlar ile depresyon arasında beklendiği üzere pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar puanı arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır. Duygusal ihmal ile depresyon düzeyi arasında ise negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Duygusal ihmal yaşamış kadınlarda ise depresyon puanı düşük çıkmıştır. Şenkal ve Işıklı' nın (2015) çocukluk çağı travmaları ve depresyon belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü üzerine yaptığı araştırma, bireylerde aleksitimi özelliği olmaması duygusal ihmal ve istismarın depresif semptomlarına karşı koruyucu faktör olduğunu ortaya çıkarmıştır. Kısaca aleksitimi; duyguları fark etmede, tanımada ve duyguları ifade etmede güçlük olarak tanımlanabilmektedir. Aleksitimi özelliği gelişmişse bireylerde depresyon gelişmesi olasılığı artmaktadır. Bu bulgu, duygusal ihmal ile depresyon düzeyi arasında ortaya çıkan negatif yöndeki ilişkinin nedenini açıklar niteliktedir.

Sosyal desteğin; cinsel ve fiziksel istismar yaşayan bireylerin depresyon düzeyi ile negatif yönde anlamlı bir ilişkide olduğu bulgusu elde edilmiştir. Şenkal ve Işıklı' nın çalışma bulgularında dikkat çeken sonuç; aleksitimi özelliğinin olmamasının yani kişinin duygularını fark edebiliyor ve ifade edebiliyor olmasının fiziksel ve cinsel istismar sonrası oluşabilecek depresyon için koruyucu bir etkisinin bulunmayışıdır. Duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel ihmalde ise duyguların farkındalığı, ifade etme becerileri depresyon için iyileştirici faktör olabildiği bulgusu elde edilmiştir. Fiziksel ve cinsel istismar ile ilgili duygularının farkındalığı ve ifadesinin kişide travmatik olayın etkilerini hatırlatıcı olabileceğinden aleksitimi özelliğinin olmaması iyileştirici bir rol oynamıyor olabilir. Buna karşın; kişilerin istismar sonrasında duygularını fark etme ve ifade etme yerine başkalarıyla etkileşimde olarak duygusal ihtiyaçlarını karşılamamanın yani sosyal destek algısının iyileştirici rolünün vurgusu yapılabilmektedir.

Travma sonrası bireylerin depresyon, kaygı ve stres belirtileri geliştirmesinde kişilik yapılanmalarının etkili olabileceği literatürdeki araştırmalarda belirtilmektedir. Dolayısıyla duygusal ihmal ile depresyon arasındaki ilişkinin negatif yönde çıkması farklı değişkenlerin de travma sonrasında depresyonun ortaya çıkma sürecine katkıda bulunmasından kaynaklanıyor olabilir (Sayın ve Aslan, 2005).

Araştırmada temel problemlere ek olarak bazı bulgular dikkat çekmiştir. Bunlardan ilki; depresyon düzeyi ile çalışma durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulgusudur. Çalışmayan kadınların çalışanlara göre, alt gelir düzeydekilerin yüksek gelir düzeyindekilere göre depresyon puanları daha yüksektir. Bir diğer bulgu da; antidepresan kullanım sıklığına ait verilerdir. Bu bulguya göre, çalışan kadınlar çalışmayanlara göre daha az sıklıkta antidepresan kullanmaktadırlar. Erşan vd. (2013) yaptığı araştırmada kadınların erkeklere göre, çalışmayanların çalışanlara göre, ekonomik durumu kötü olanların daha yüksek olanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu verilerine ulaşmıştır. Elde edilen sonuçlar bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir. Ancak aynı araştırmada eğitim durumuna göre okur-yazar olanların depresyon düzeylerinin diğer eğitim durumundaki bireylere göre daha yüksek olduğu sonucu bu araştırmadaki sonuçlar ile tutarlı değildir. Bunun, bu araştırmada eğitim düzeyi okur-yazar olan katılımcıların sayısının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Araştırmada sosyal destek ile medeni durum arasındaki ilişki bulgularına göre, evli olan kadınların ortalama sosyal destek puanlarının bekar, boşanmış ve dul olanlarınkine göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu araştırmanın sonucunun Gümüş'ün (2015) evli kadınlarda problem çözme ile algılanan sosyal destek ve yaşam doyumunu üzerine yaptığı araştırmasındaki bulgular ile tutarlı olduğu görölmektedir. Buna göre; evli bireylerin problem çözme becerisi ve yaşam doyumları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde bir ilişki olduğu görölmüştür. Sonuçlar bu araştırmada ortaya çıkan flört ederek evlenen kadınların sosyal destek puanlarının diğer evlilik türlerinden daha yüksek olmasını açıklamaya yardımcı niteliktedir. Gümüş'ün (2015) elde ettiği veriler evliliklerinin 1-5 yıl içinde olanların, 0-1 yıl içerisinde olanlara göre algılanan sosyal desteğinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Buna göre kişilerin birliktelik süreleri, paylaşımda bulunmaları, zaman geçtikçe paylaşım alanlarının artması ve nitelik kazanması kişinin

algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olmasına neden olmaktadır. O halde flört ederek evlenenlerin diğer evlilik türlerine göre birliktelik süreleri, nitelikli ve çok yönlü paylaşımda bulunmaları açısından avantajlı olmaları nedeniyle algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Travmatik yaşantılardan “fiziksel saldırıya maruz kalma” itemi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkide ise; fiziksel saldırıya maruz kalmayı yaşayanların depresyon düzeyinin, yaşamamış olanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Kıvrak vd. (2015) yaptıkları araştırmaya göre kadına yönelik şiddet sıklığının oldukça yaygın olduğu ve araştırmalarında %89’a kadar vardığı belirtilmiştir. Bu araştırmada da benzer olarak travmatik yaşam olayları listesinde örneklemin en çok yaşamış olduğu travmatik yaşantının fiziksel saldırı olduğu ön plana çıkmıştır. Kıvrak vd. (2015) araştırmasının şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusu; yaşam olaylarında fiziksel saldırıya uğradığını belirten kadınların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusu ile tutarlı görünmektedir.

Dikkat çeken son bulgu ise; depresyon düzeyi ile anksiyete arasındaki ilişkide depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin de artmakta olduğudur. Depresyon ve anksiyete eş zamanlılığında depresyondan anksiyeteye geçiş olabileceği gibi anksiyete bozukluğu olanların da zaman içinde depresyon geliştirebildiği; bir diğer açıdan da aynı zamanda oluşabilmesi gibi farklı durumlarda ilişki içinde olduğu belirtilmektedir. (Karadağ vd., 2011). Bu ilişkide birçok farklı durumlarda görülebilmesi, depresyon ve anksiyetenin yüksek oranda eşzamanlılığını açıklayıcı nitelikte olabilmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ÖNERİLER

Psikoloji alanında yapılan araştırmaların pek çoğunda karşılaşılan sınırlılıklardan biri insanların kişisel değerlendirmeye dayalı ölçekler ile değerlendirilmesinden ve özel bilgilerini paylaşmakta zorluk yaşamalarından kaynaklanmaktadır. Kişisel beyana dayalı veri toplamada; bireylerin sosyal arzulanırlık doğrultusunda cevap verme eğilimi ile gerçekte var olan yanıtlar yerine daha uygun olduğunu düşündükleri şekilde yanıtlama davranışı görülebilir. Bu durum, araştırma bulgularının tamamen güvenilir olmasına engel teşkil etmektedir. Bundan sonra yapılacak olan araştırmaların örneklemini oluşturacak olan katılımcıların, psikolojik destek almak için başvuru kurumlardan, tıbbi dokümanlara, testlere ve klinik gözlemlere dayalı olarak seçilmesi araştırmanın bulgularının güvenilirliğini arttıracaktır. Diğer bir açıdan travmatik yaşantı bilgisini paylaşmak bireyi zorladığından, danışan olarak başvurmuş ve bu olayı kendi isteği ile bildirmiş olanlar arasından seçilerek araştırmaya alınan bireylerin bulguları literatüre daha güvenilir sonuçlar edindirmeyi sağlayabilir ve bu sınırlılığı ortadan kaldırmaya yardımcı olabilir.

Antidepresan kullanan ve kullanmayan kadınların sayıları eşit olamadığından elde edilen sonuçlar etkilenmiş olabilir. Bu sınırlılığın ortadan kaldırılması için kullanan ve kullanmayan grupların kişi sayılarının birbirine yakın olması önerilebilir.

Bu araştırmada örneklem grubu kadınlar olarak sınırlandırılmıştır. Sosyal desteğin öneminin vurgulanması için yalnızca kadın grubu değil erkek grubu da eklenerek örneklem genişletilebilir. Böylece sosyal desteğin cinsiyetten bağımsız birey üzerindeki etkisi elde edilebilir. Aynı zamanda örneklem grubu (bekar, evli, boşanmış ve dul) medeni durumlarına göre eşit sayılarda katılımcı seçilip örneklemin genişletildiği bir çalışma yapılması önerilebilir.

Araştırmada duygusal ihmal ile depresyon negatif yönlü ilişkide bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ölçeğinde duygusal ihmal yaşamış olan kadınların depresyon düzeylerinin düşük olmasında kişilik özelliklerinin bir değişken olarak araştırmaya dahil

edilmemesinden kaynaklanmış olabilir. Duygusal ihmalin fiziksel istismar ile birlikte görülen en yaygın çocukluk dönemi travması olduğu ancak bu alanda çok az yapılan araştırma olduğu vurgusu yapılmaktadır (Şenkal ve Işıklı, 2015). Bu bilgilere istinaden gelecekte duygusal ihmal ve istismar yaşamış bireylerin depresyon geliştirmelerinde kişilik özelliklerinin rolü üzerine bir çalışma yapılması alana önemli bir katkı sağlayabilir.



KAYNAKÇA

- Aktepe, E., & Kocaman, O. (2013). Hamilelikle sonuçlanan kardeş ensesti olguları. *Antolian Journal of Psychiatry*, 14, 177-80.
- Albal, E., & Kutlu, Y. (2010). The Relationship Between the Depression Coping Self-Efficacy Level and Perceived Social Support Resources. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1 (3), 115-120.
- Altınay, D. (2008). Psikodrama Grup Psikoterapisi El Kitabı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E, Bem, D.J., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Psikolojiye Giriş (Y. Alogan, Çev.) (6. Baskı). Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7 (1), 1-15.
- Bayraktar, S. (2012). Psikolojik Travma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bayraktar, S. (2015). İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Beck, T. A. (2011). Aşk Asla Yetmez (N. Öztan, Çev.) (1. Baskı). Türk Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Detamat.
- Blackburn, I. M. (2011). Depresyon ve Başa Çıkma Yolları (N.H. Şahin, R.N. Rugancı, Çev.) (8. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ. & Çoban, Ş. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 44 (2), 100-106.
- Bowlby, J. (2014). Sevgi Bağlarının Kurulması ve Bozulması (M. Kamer, Çev.) (2. Baskı). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. Orijinal yayım tarihi: 1979, 2005.
- Budak, S. (2005). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Burkovik, Y. (2013). Kaygılanacak Ne Var. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Butcher, J.N., Mineka, S., & Hooley, J. M., 2013, Anormal Psikoloji (O. Gündüz, Çev.) (1. Baskı). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Bülbül, F., Çakır, Ü., Ülkü, C., Üre, İ., Karabatak, O. & Alpak, G. (2013). Yineleyen ve İlk Atak Depresyonda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 93-9.

- Canbolat, U. (2013). Psikoloji Konuşmaları. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Dokur, M., & Profeta, Y., (2009). İlişki Denklemi. İstanbul: Goa Yayınları.
- Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Erşan, E. E., Kelleci, M. & Baysal, B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16, 214-224.
- Ferenczi, S. (2014). Psikolojik Travma. (H. Portakal, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Cem Yayınevi.
- Gençtan, E. (2013). Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. Ankara: Metis Yayınları.
- Glick, I.D., & Yalom, I.D. (2006). Depresyon Terapisi (Y. Engin, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Prestij Yayınları (Orijinal basım yılı 1995).
- Gökler, I. (2008). Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model... Yayınlanmamış Doktora tezi, Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2010). Evinizdeki Terapist (Z. Armay, Çev.) (5. Basım). İstanbul: Altın Yayınları.
- Gülseren, Ş. (2004). Depresyon ve Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 1, 5-13.
- Gümüş, H. (2015). Evli Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*,(4) 3, 19, 150-162.
- Gürhan, N. (2013). A'dan Z'ye Mobbing. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Hari, J. (2015, Şubat 13). Chasing the Scream, by Johann Hari. www.nytimes.com
- Herman, J. (2007). Travma ve İyileşme (T. Tosun, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Literatür Yayıncılık (Orijinal yayım tarihi: 1992).
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 3-13.
- Karadağ, H., Örsel, S., Kart, A., Özcaltepe, B., Türkçapar, H. & Kayran, E. (2011). Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Birlikte Görüldüğü Durumların Klinik Özellikleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 14: 164-172.

- Karasar, N. (2006). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ., Erden, G. & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler. *Kriz Dergisi*, 7 (2), 1-8.
- Kılınç, S., & Torun, F. (2011). Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86 (1), 39-47.
- Köroğlu, E. (2009). Psikiyatri El Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2013). Kaygılarımız, Korkularımız. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Levin, P. A., & Kline, M. (2014). Ey Travma Bizden Uzak Dur(A. Cebenoyan, Çev.) (1. Basım). İstanbul Doğan Egmont Yayıncılık (Orijinal yayım tarihi 2008).
- Luber, M. (Eds). (2010). Eye Movement Desensitization Reprocessing EMDR scripted protocols. New York: Springer Publishing Company.
- Mete, L. (2013). Ustasından Depresyon Tahlilleri. Ankara: Say Yayınları.
- Nichols, M. P. (2013). Aile Terapisi Kavramlar ve Yöntemler (O. Gündüz, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Oltmanns, T. F., Neale, J. M., & Davison, G. C. (2003). Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak’ a Çalışmaları (İ. Dağ, Çev.) (1. Basım). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (Orijinal yayım tarihi 1995).
- Orcutt, C. (2011). Kişilik Bozukluklarında Travma (E. Gök, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Özak Yayınevi (Orijinal yayım tarihi 2000).
- Öztürk, H., Sevindik, F. N. & Yaman, S. Ç. (2006). Öğrencilerde Yalnızlık ve Sosyal Destek ile Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, 383-94.
- Ruppert, F. (2011). Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları (F. Zengin, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Kaknüs Yayınları (Orijinal yayım tarihi 2008).
- Sayın, A., Aslan, S., (2005). Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (4), 276-283.
- Sevinçok, L., & Yüksel, N. (2000). Antidepresanlarla Tedavi Sırasında Ortaya Çıkan Etki Kaybı: Nedenler ve Tanısal Sorunlar. *Klinik Psikiyatri*, 3, 255-262.
- Shapiro, F. (2015). EMDR Terapisi Teknikleri ile Acı Anıları Silmek (F. Gülfidan, Çev.) (4. Basım). İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık (Orijinal yayım tarihi 2012).

- Solmuş, T. (2008). *Bağlanma ve Aşkın İki Yüzü*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- St. Clement's University Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları Çocuk ve Ergen Psikolojisi. (1. Baskı). (2015). Ankara: Oğul Matbaacılık.
- Sungur, Z. M. (2009). *Sen, Ben ve Aramızdaki Her Şey*. İstanbul: Goa Yayıncılık.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 32 (4), 1054-63.
- Şenkal, İ., & Işıklı, S. (2015). Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon Belirtileri ile İlişkisi: Aleksitiminin Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 1-7.
- Tan, O. (2014). *Depresyon*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Tarhan, N. (2010). *Evlilik Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tarhan, N. (2013). *Duyguların Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tarhan, N. (2014). *Kadın Psikolojisi*. İstanbul: Nesil Yayınları.
- Tegin, B. (1980). *Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Türkçapar, H., & Ervatan, S. Ö. (2001). Antidepresan Güçlendirme Tedavileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 261-267.
- Ulusoy, M. (1993). *Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.
- Ulusoy M., Şahin N., & Erkmen H. (1998). Turkish Version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12 (2), 163–172.
- Ünal, F. E. (2008). *Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon*. Uzmanlık tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Yalçın, İ. (2005). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26 (1), 21-32.
- Yılmaz, B. (2007). Yardım Çalışmalarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri*, 10, 137-147.
- Zara, A. (2011). *Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: İmge Yayınevi.

EKLER

EK. I: ARAŞTIRMAYA KATILIM ONAY FORMU

Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans bölümünde öğrenci olan Ebru Özkurt Topcu'nun yüksek lisans tezi kapsamında, travmatik yaşantıları olan kadınlarda sosyal destek türlerinin depresyon düzeyleri ve antidepresan kullanımına etkisinin incelenmesi amacıyla uyguladığı bu ölçekleri gönüllü olarak doldurmayı kabul etmekteyim.

Ölçeklerde belirtmiş olduğum bilgilerimin, ölçeklerdeki cevap ve sonuçlarımın araştırma kapsamında ismimin kullanılmaması şartıyla tez sahibinin eğitim, bilgilendirme, yayınlama ve bu bağlamdaki amaçlar için kullanım hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirildim ve kullanımımı onaylamaktayım.

ADI SOYADI:

İMZA:

EK. II: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Cinsiyetiniz :

2- Yaşınız :

3- Medeni Durumunuz: a) Bekar
b) Evli
c) Boşanmış
d) Dul (Eşi vefat etmiş ise)

4- Nerelisiniz :

5- Anne-Babanız hayatta mı?

*Hayatta iseler yaşlarını belirtiniz Annenin Yaşı:.....

Babanın Yaşı:.....

*Eğer hayatta değilse; kaç yaşında vefat etmişlerdi?

-Annelerin vefat ettiği yaşı:.....

-Babanızın vefat ettiği yaşı:.....

6- Eğitim Durumunuz: a) Okur-yazar
b) İlkokul
c) Ortaokul
d) Lise
e) Üniversite
f) Yüksek lisans

7- Mesleğiniz:

8-Çalışma Durumunuz: a) Çalışıyor
b) Çalışmıyor
c) Emekli

9-Gelir Düzeyiniz: a) Alt
b) Orta

- c) Üst
- 10- Evlilik Şekliniz:**
- a) Severek (Flört Ederek) Evlendim
 - b) Görücü Usulü ile Evlendim
 - c) Kaçarak Evlendim
 - d) Kaçırılarak Evlendim
- 11- Kaç Yıllık Evlisiniz?**
- 12- Kaç Çocuğunuz Var?**
- 13- Aile Durumunuz:**
- a) Çekirdek Aile
 - b) Geniş Aile
 - c) Geniş Apartman Ailesi (Apartmanınızda akrabalarınız yaşıyorsa)
- 14- Kiminle / Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?**
- 15- Hiç psikiyatriste başvurduğunuz mu?**
- a)Evet
 - b)Hayır
- 16- EVET ise; başvuru sebebiniz, almış olduğunuz tanı nedir?**
- 17- Şuanda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?**
- 18- Son 6 ayda psikiyatrik ilaç kullandınız mı?**
- 19- EVET ise; adı nedir ve ne kadar süredir kullanmaktasınız?**
- 20- Kullandığınız psikiyatrik ilacı psikiyatrist kontrolünde mi kullanmaktasınız?**
- a)Evet
 - b)Hayır

EK. III: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 - (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 - (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 - (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 - (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 - (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 - (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 - (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 - (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 - (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17- (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18- (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19- (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20- (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK. IV: BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

0. Hiç 1. Hafif derecede 2. Orta derecede 3. Ciddi derecede

Sizi ne kadar rahatsız etti?

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sıcak/ateş basmaları | | | | |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme | | | | |
| 4. Gevşeyememe | | | | |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu | | | | |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik | | | | |
| 7. Kalp çarpıntısı | | | | |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu | | | | |
| 9. Dehşete kapılma | | | | |
| 10. Sinirlilik | | | | |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu | | | | |
| 12. Ellerde titreme | | | | |
| 13. Titreklilik | | | | |
| 14. Kontrollü kaybetme korkusu | | | | |
| 15. Nefes almada güçlük | | | | |
| 16. Ölüm korkusu | | | | |
| 17. Korkuya kapılma | | | | |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi | | | | |
| 19. Baygınlık | | | | |
| 20. Yüzün kızarması | | | | |
| 21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan) | | | | |

EK. V: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 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...	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
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 seslenirlerdi.					
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, sökükle 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 gösterirlerdi.					
14.	Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca 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 hissederlerdi.					
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.	Duygusal 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)
NP.FR.678

Revizyon No:0 (25.04.2013)

EK. VI: TRAVMATİK YAŞANTILAR LİSTESİ

Birçok kişinin başından, yaşamının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da birebir tanık olduğunuz olayların HEPSİNİ yanındaki kutucukları işaretleyerek belirtiniz.

1. Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı ()
2. Doğal afet (örneğin, deprem, sel baskını gibi) ()
3. Fiziksel bir saldırıya maruz kalma ()
4. Cinsel bir saldırıya maruz kalma ()
5. Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma ()
6. Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi) ()
7. Zorunlu göçe maruz kalma ()
8. İşkenceye maruz kalma ()
9. Yaşamı tehdit eden bir hastalık ()
10. Sevilen ya da yakın birinin ani ve beklenmedik ölümü ()
11. Bunların dışında bir travmatik olay (lütfen kısaca yazınız):

.....
.....

EK. VII: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Kesinlikle evet



ÖZGEÇMİŞ

10 Haziran 1988 Adana doğumlu olan Ebru Özkurt Topcu, 1995 - 2005 yılları arasında ilköğretim ve lise eğitimini Özel Adana Lisesinde tamamlamıştır. Maltepe Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden 2009 yılında yüksek onur öğrencisi olarak mezun olmuştur. 2013 yılında Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı olan Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Lisans eğitimi süresince Adana Doğu Anaokulu gelişim psikolojisi, Adana HiltonSA oteli endüstri psikolojisi, Metin Sabancı Rehabilitasyon merkezi özel eğitim, Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi, Balıklı Rum Hastanesi ve Surp Pırgıç Ermeni Hastanelerinde klinik psikoloji alanında olmak üzere çeşitli stajlar yapmıştır.

Lisans eğitimi boyunca Kadıköy Belediyesi Aile Sağlığı merkezinde, Yeniden derneği Bağımlılığı Önleme programı “Kulaktan Kulağa” projesinde gönüllü olarak çalışmıştır. Maltepe Üniversitesi Aile Okulu projesinde koordinasyon bölümünde görev almıştır.

Lisans eğitimini tamamladıktan sonra bir yıl Amerika'da dil eğitimi almış daha sonrasında psikoterapi alanında çeşitli eğitimler almıştır. Beş yıl süreli teori ve süpervizyon eğitimini kapsayan Yrd. Doç. Dr. Murat Dokur tarafından verilen Aile ve Çift Terapisi eğitimini tamamlamıştır. Çözüm Odaklı Terapi, EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma) eğitimlerini almış ve uygulamaktadır. Psikodrama temel eğitimi ve Bilişsel Davranışçı Terapi alanlarında da eğitimler almıştır.

01.01.2011 - 01.06.2012 tarihleri arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı olan Kadın ve Aile Sağlığı merkezinde psikolog olarak görev almış ve bireysel, aile, çift terapileri uygulamıştır. Ergen ve yetişkin bireyler ile de bireysel terapi ve grup çalışmaları yürütmüştür.

20.09.2013 - 15.05.2014 tarihlerinde İstanbul Ataşehir İDEA danışmanlık merkezinde bireysel ve çift terapileri uygulamıştır.

Adana'da özel bir danışmanlık merkezinde bireysel, aile ve çiftlerle psikoterapi ve grup çalışmalarını sürdürmektedir.