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

Danışman
Prof. Dr. Erdinç Öztürk

EVLİ ÇİFTLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE EŞ DESTEĞİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. DAN. DENİZ YÜCEL
İSTANBUL, 2020

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

Danışman
Prof. Dr. Erdinç Öztürk

EVLİ ÇİFTLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE EŞ DESTEĞİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. DAN. DENİZ YÜCEL
İSTANBUL, 2020

EVLİ ÇİFTLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI İLE EŞ DESTEĞİ VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Evli çiftlerin çocukluk çağı ruhsal travmaları düzeyleri ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide, eş desteğinin aracı rolüne de odaklanılmıştır. Bu kapsamda çalışmaya katılan 194 evli çifttin bildirimleri Kişisel Bilgi Formu (KBF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) ile alınmıştır. Gerçekleştirilen analizler sonrasında elde edilen bulgularda, katılımcıların, %77.5'inin birden fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıkları görülmüştür. Duygusal ihmal (%78.9), en fazla bildirilen çocukluk çağı travması olmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile cinsiyet arasında sadece fiziksel ihmal açısından anlamlı bir farklılık görülmüş ve erkeklerin, kadınlardan daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldıkları bulunmuştur. Eş desteği ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuş ve erkek katılımcıların, eşlerinden daha fazla duygusal destek, takdir etme desteği, maddi yardım ve bilgi desteği ile eş desteği aldıkları görülmüştür. Eş desteği toplam ve alt ölçekleri ile çocukluk çağı travmaları varlığı arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş ve çocukluk çağı travmaları olmayan katılımcıların, çocukluk çağı travmaları olan katılımcılara göre daha fazla duygusal destek, takdir etme desteği, sosyal ilgi desteği ve eş desteği aldıkları görülmüştür. Eş desteğinin yordayıcılığına ilişkin analizlerde, duygusal ihmal ve duygusal istismar azaldıkça, katılımcıların eşlerinden duygusal destek alma olasılığının arttığı ve buna bağlı olarak, daha fazla travma sonrası büyüme yaşadıkları görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların çocukluk çağı travmaları azaldıkça, eşinin takdir etme desteği de artmış ve daha fazla yaşam felsefesinde değişim ile ilişkilerde değişim yaşama olasılıklarının olduğu görülmüştür. Benzer sonuçlar sosyal ilgi desteği alan katılımcıların, daha fazla ilişkilerde değişim yaşamasında ve travma sonrası büyüme yaşamasında da gözlenmiştir. Sonuç olarak, eşinden destek alan katılımcıların, daha fazla benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve travma sonrası büyüme yaşadıkları görülmüştür. Son olarak, çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme ilişkisinde eş desteğinin tam aracılık etkisi bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk çağı travmaları; eş desteği; travma sonrası büyüme

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS, SPOUSE SUPPORT AND POSTTRAUMATİC GROWTH IN MARRIED COUPLES

ABSTRACT

In the research carried out to determine the relationship between childhood traumas, spouse support and posttraumatic growth of married couples, also the relationship between childhood mental traumas and post-traumatic growth focused on the mediating role of spouse support. In this context, the notifications of 194 married couples who participated in the study were taken with Personal Information Form, Childhood Trauma Scale (CTQ-28), Spouse Support Scale (SSS) and Posttraumatic Growth Inventory (PGI). In the findings obtained after the analyzes, %77.5 of the participants were exposed to more than one childhood trauma. Emotional neglect (78.9%) was the only reported type of trauma. There was a significant difference between childhood traumas and gender only in terms of physical neglect, and men were found to be exposed to more physical neglect than women. Spouse support varies significantly by gender and male participants were found to receive more emotional support, appreciation support, financial aid, and information support and spouse support from their spouses. Significant differences were found between total and subscales of spouse support and childhood traumas, and non-traumatic participants were found to receive more emotional support, appreciation support, social interest support and spouse support than participants with trauma. In the analyzes of the predictor of spouse support, it was observed that as the emotional neglect and emotional abuse decreased, the participants were more likely to receive emotional support from their spouses and accordingly, they experienced more posttraumatic growth. However, as the childhood traumas decreased, the appreciation of the spouse increased, and it was seen that they were more likely to experience a change in relationships with change in more life philosophy. Similar results were observed in the participants who received support for social interest, experienced more change in relationships and posttraumatic growth. As a result, it was observed that the participants who received support from their spouse experienced more change in self-perception, change in life philosophy and posttraumatic growth. Finally, full mediating effect of spouse support was found in the relationship between childhood mental traumas and posttraumatic growth.

Keywords: Childhood traumas; spouse support; posttraumatic growth

ÖNSÖZ

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

Tez çalışmamın ortaya çıkmasında her daim kıymetli görüşleri ile yol gösteren ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, danışman hocam Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Erdinç Öztürk'e emeği ve büyük katkıları için sonsuz şükranlarımı sunuyorum. Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü'nde öğrencileri olmaktan onur duyduğum, tüm değerli hocalarıma katkıları ve emekleri için en içten şükranlarımı sunuyorum. İlk kez çalışma gerçekleştirmeme fırsat sunarak, araştırma yapma duygusunu derinden hissettiren çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Niyazi Karasar'a en içten şükranlarımı sunuyorum. Lisans döneminden itibaren her anımda yanımda olan ve en zor zamanlarımda desteğini esirgemeyen kıymetli hocam sayın Dr. Elçin Gölbaşı'na en içten sevgilerimi ve sonsuz şükranlarımı sunuyorum. Bu sürecin her aşamasında, varlığını hissettiren kıymetli hocam sayın Dr. Filiz Ekim Çevik'e en içten sevgilerimi ve sonsuz şükranlarımı sunuyorum. Her fırsatta, değerli görüşleri ile katkı sunan sayın Uzm. Psk. Görkem Derin'e sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

Hayatıma yön verirken hep yanımda olan, kararlarımı destekleyen, zorlandığımda güç veren, yorulduğumda harekete geçmem için teşvik eden ve hiçbir zaman haklarını ödeyemeyeceğim, sevgili annem Gülizar Yücel ve sevgili babam Rahmi Yücel'e, sevgili kardeşlerime, varlıklarını hissettirdikleri için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Samimiyetlerini derinden hissettiğim sevgili dostlarıma, destekleri için en içten sevgilerimi sunuyorum. Son olarak, tez çalışmama katılım sağlayan ve yaşam deneyimlerini içtenlikle paylaşan herkese teşekkürlerimi sunuyorum.

Ağustos 2020, İstanbul

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
ÖNSÖZ ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ ..... **x**
KISALTMALAR ..... **xiii**
1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2.GENEL BİLGİLER **8**
2.1. Evlilik ve Aile 8
2.1.1. Çocuk Yetiştirme Tutumları 9
2.1.1.1. Aşırı koruyucu tutum *11*
2.1.1.2. Otoriter tutum *12*
2.1.1.3. Tutarsız tutum *12*
2.1.1.4. İlgisiz tutum *13*
2.1.1.5. Çocuk odaklı tutum *13*
2.1.1.6. Destekleyici ve kabul edici tutum *14*
2.1.2. Ailede Travmatik Zemin 15
2.1.2.1. Dörtlü bağlanma modeli *17*
2.1.2.2. Görünürde normal aile dinamikleri *18*
2.1.3. Görünürde Normal Aile Modelleri 20
2.1.3.1. Dışa dönük (extratensive) aile *20*
2.1.3.2. İçe Dönük (introversive) aile *21*
2.1.3.3. Karma (mixed) aile *22*
2.1.3.4. Dönüşebilen (reversible) aile *23*
2.1.3.5. Bölünmüş (dissosiyatif) aile *24*
2.1.3.6. Şizoidi aile *25*
2.1.3.7. Melankolik (depressive) aile *25*
2.1.3.8. Narsistik aile *26*
2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları 26

2.2.1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Tarihsel Süreci 28
2.2.2. Çocukluk Çağı İstismarı ve İhmali 33
2.2.2.1. Fiziksel istismar 33
2.2.2.2. Duygusal istismar 35
2.2.2.3. Cinsel istismar 39
2.2.2.4. İhmal 43
2.2.2.4.1. Fiziksel ihmal 45
2.2.2.4.2. Duygusal ihmal 47
2.2.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Epidemiyolojisi 49
2.2.4. Travmaya Verilen Tepkiler 54
2.2.4.1. Aşırı uyarılma 56
2.2.4.2. Savaşma, kaçma, donma ve yabancılaşma 57
2.2.4.3. Büzülme ve uyuşma 58
2.2.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Yansımaları 60
2.2.5.1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu 63
2.2.5.2. Bipolar (ikiuçlu) bozukluk 67
2.2.5.3. Bordorline (sınırda) kişilik bozukluğu 70
2.2.5.4. Dissosiyasyon (çözülme) bozuklukları 74
2.2.5.5. Majör (yeğin) depresyon bozukluğu 86
2.2.5.6. Obsesif kompulsif bozukluk 89
2.2.5.7. Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar 91
2.2.5.8. Travma sonrası stres bozukluğu 95
2.2.5.9. Uyku bozuklukları 99
2.2.5.10. Yeme bozuklukları 103
2.3. Sosyal Destek 106
2.3.1. Aile ve Arkadaş Desteği 109
2.3.2. Profesyonel Destek 111
2.3.3. Eş Desteği 114
2.3.3.1. Eş desteği ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ilişkisi 117
2.4. Travma Sonrası Büyüme 120
2.4.1. Benlik Algısında Değişim 125
2.4.2. Kişilerarası İlişkilerde Değişim 125
2.4.3. Yaşam Felsefesinde Değişim 126

2.4.4. Travma Sonrası Büyüme ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İlişkisi 131
3.GEREÇ VE YÖNTEM 135
3.1. Araştırmanın Modeli 135
3.2. Evren ve Örneklem 135
3.3. Veri Toplama Araçları 135
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) 136
3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) 136
3.3.3. Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) 137
3.3.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) 137
3.4. İstatistiksel Analizler 138
4.BULGULAR 139
4.1. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri 139
4.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) 139
4.1.2. Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) 139
4.1.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) 139
4.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Olan Katılımcılara İlişkin Bulgular 140
4.3. Eş Desteği Ölçeği ve Tüm Alt Faktörlerinin Yordayıcılığı 181
4.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Olan Çiftlere İlişkin Bulgular 192
4.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İle Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Eş Desteğinin Aracılık Analizi 203
5.TARTIŞMA 205
5.1. Çalışmanın Temel Hipotezlerinin Değerlendirilmesi 205
5.2. Çalışmanın Temel Hipotezleri Dışındaki Bulguların Değerlendirilmesi 208
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 222
7.KAYNAKLAR 226
8.EKLER 267
8.1.EK 1: KATILIMCI ONAM FORMU 267
8.2.EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU 268
8.3.EK 3: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28) 272
8.4.EK 4: EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ (EDÖ) 273
8.5.EK 5: TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ (TSBE) 274
9.ÖZGEÇMİŞ 275

TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo I: Kişisel Bilgilere Ait Tanımlayıcı Veriler 140
Tablo II: Katılımcıların Evliliğine ve Çocuk Sayısına Ait Tanımlayıcı Veriler..... 141
Tablo III: Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve Psikolojik Destek Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler..... 142
Tablo IV: Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Ait Tanımlayıcı Veriler..... 143
Tablo V: Katılımcıların Anne ve Babasının Eğitim Durumu ile Yerleşim Yerine Ait Tanımlayıcı Veriler 143
Tablo VI: Katılımcıların Aile Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler..... 144
Tablo VII: Katılımcıların Evlilik Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler 145
Tablo VIII: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmalarıyla Baş Etme ile Eş Desteğine Sahip Olma Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler 146
Tablo IX: Katılımcıların Çocukluk Anılarına Ait Yanıtlarının Tanımlayıcı Frekansları 147
Tablo X: Katılımcıların Tek ve Çoklu Travma Frekansları 148
Tablo XI: Katılımcıların Tek Travma Frekansları 148
Tablo XII: Cinsiyet Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 149
Tablo XIII: Yaş Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 150
Tablo XIV: Eğitim Seviyeleri Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 151
Tablo XV: Çalışma Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 152
Tablo XVI: Gelir Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 153
Tablo XVII: Evlilik Sayısı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 154
Tablo XVIII: Evlenme Biçimi Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 155
Tablo XIX: Çocuk Sahipliği Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 156
Tablo XX: Çocuk Sayısı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 157
Tablo XXI: Psikiyatrik Tanı Varlığı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 158
Tablo XXII: Psikolojik Destek Alma Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması... 159
Tablo XXIII: Annenin Eğitim Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 161
Tablo XXIV: Babanın Eğitim Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 163
Tablo XXV: Bakım Veren Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 165
Tablo XXVI: Kardeş Sayısı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 166
Tablo XXVII: Aile Tipi Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması..... 167

Tablo XXVIII: Evlilik Sorunlarının Varlığı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 170
Tablo XXIX: Evlilik Problemi Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 172
Tablo XXX: Çocukluk Çağı Travmalarıyla Baş Etme Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 174
Tablo XXXI: Eş Desteği Varlığı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması 176
Tablo XXXII: Çocukluk Çağı Travmaları Varlığı ile Aile Tiplerinin Karşılaştırılması 177
Tablo XXXIII: Katılımcıların Tek ve Çoklu CTQ ile TSBE'nin Karşılaştırılması 178
Tablo XXXIV: Çocukluk Çağı Travmaları (CTQ) Varlığı ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması 179
Tablo XXXV: Katılımcıların Tek ve Çoklu CTQ ile EDÖ'nin Karşılaştırılması..... 180
Tablo XXXVI: Duygusal Destek ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişki..... 182
Tablo XXXVII: Duygusal Destek ve Duygusal İstismar Arasındaki İlişki..... 183
Tablo XXXVIII: Duygusal Destek ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Arasındaki İlişki..... 183
Tablo XXXIX: Takdir Etme Desteği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Arasındaki İlişki..... 184
Tablo XL: Takdir Etme Desteği ve Yaşam Felsefesinde Değişim Arasındaki İlişki..... 185
Tablo XLI: Takdir Etme Desteği ve İlişkilerde Değişim Arasındaki İlişki..... 186
Tablo XLII: Sosyal İlgi Desteği ve İlişkilerde Değişim Arasındaki İlişki 187
Tablo XLIII: Sosyal İlgi Desteği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Arasındaki İlişki 188
Tablo XLIV: Eş Desteği ile Benlik Algısındaki Değişim Arasındaki İlişki..... 189
Tablo XLV: Eş Desteği ile Yaşam Felsefesinde Değişim Arasındaki İlişki 190
Tablo XLVI: Eş Desteği ve Travma Sonrası Büyümede Değişim Arasındaki İlişki..... 191
Tablo XLVII: Yaş Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması 193
Tablo XLVIII: Eğitim Seviyeleri Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması..... 194
Tablo XLIX: Çalışma Durumu Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması 194
Tablo L: Evlilik Süresi Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması 195
Tablo LI: Evlenme Biçimi Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması..... 196
Tablo LII: Çocuk Sahipliği Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması 197
Tablo LIII: Evlilik Problemi Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması..... 197
Tablo LIV: Çocukluk Çağı Travmalarıyla Baş Etme Değişkeni ile Eş Desteği Ölçeğinin Karşılaştırılması 199

Tablo LV: Çocukluk Çağı Travması Olan Çiftler Arasında Eş Desteği Ölçeğinin ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması 200
Tablo LVI: Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Ölçekleri ile Eş Desteği ve Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi 201
Tablo LVII: Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Ölçekleri ile Travma Sonrası Büyüme ve Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi 202
Tablo LVIII: Eş Desteği ve Alt Ölçekleri ile Travma Sonrası Büyüme ve Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi 202
Tablo LIX: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Eş Desteğinin Aracılık Analizi 203

Şekil 1. Araştırma Modeli: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, Eş Desteği ve Travma Sonrası Büyüme 6
Şekil 2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Travma Sonrası Büyüme İlişkisinde Eş Desteğinin Aracılık Etkisi 204

KISALTMALAR

AMDP-LEI: AMDP Life Events Inventory

APA: American Psychological Association

ASD: Acute Stress Disorder

BD: Bipolar Disorder

BDI: Beck Depression Inventory

BED: Binge Eating Disorder

BP-NOS: Bipolar Disorder Not Otherwise Specified

BPD: Borderline Personality Disorder

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale;

CAMI: Computer Assisted Maltreatment Inventory

CASQ: Children's Attributional Style Questionnaire

CBCL: Child Behavior Checklist

CCSQ: The Children's Cognitive Style Questionnaire

CDI: Children's Depression Inventory

CES: Centrality of Events Scale

CPS: Child Protective Services

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

CTQ-EA: Emotional abuse subscale of the Childhood Trauma Questionnaire

CTQ-SF: Childhood Trauma Questionnaire-Short Form

CTS: Conflict Tactics Scale

DAS: Differential Abilities Scale for Children

DASS-21: Depression, Anxiety, and Stress Scales-21

DEQ: Depressive Experience Questionnaire

DES: Dissociative Experiences Scale

DID: Dissociative İdentity Disorder

DOCS: Dimensional Obsessive–Compulsive Scale

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FAD: McMaster Family Assessment Device

FFY: Federal Fiscal Year

GHQ-28: General Health Questionnaire-28

IES-R: Impact of Event Scale – Revised

MDD: Major Depressive Disorder

NATSCEV I-II: National Survey of Children's Exposure to Violence I-II

NCANDS: National Child Abuse and Neglect Data System

NCTSN: The National Child Traumatic Stress Network

NEO: Neuroticism, Extraversion and Openness

NIS-3: National Incidence Study-3

OCD: Obsessive Compulsive Disorder

PBI: Parental Bonding Instrument

PSI: Parenting Stress Index

PTGI: Posttraumatic Growth Inventory

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

SANS: Scale for The Assesment of Negative

SAPS: Scale for Assesment of Positive Symptoms

SASSI-3: Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SRCAP: Self-Report of Childhood Abuse Physical

SSI: Scale for Suicidal Ideation

SUD: Substance Use Disorder

TDK: Türk Dil Kurumu

TELD: The Test of Early Language Development

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VBS: Violent Behavior during the Sleep

VDAS: Van Dream Anxiety Scale

WCST: Wisconsin Card Sorting Test

Y-BOCS: Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Erken dönem çocukluk çağı travmalarının ve yanlış çocuk yetiştirme stillerinin, yetişkin bireylerdeki uzun dönemli ruhsal etkilerinin ve psikopatolojik dinamiklerin incelenmesi psikiyatri, psikolojik danışmanlık, klinik ve adli psikolojinin temel çalışma alanlarını oluşturmaktadır. Psikotravmatoloji kapsamında gerçekleştirilen bu çalışma, temel olarak evli çiftlerde hem çocukluk çağı ruhsal travmaları ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi hem de çocukluk çağı ruhsal travmalar ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracı rolünün belirlenmesi üzerine yapılandırılmıştır. Psikolojik travma çalışmaları olarak da ifade edilen *"psikotravmatoloji"* disiplini araştırmalarında; özellikle travmatik durum ve/veya olaylarla ilişkili insanların tepkilerine, travmaların tedavilerine ve önleme politikalarına odaklanılmaktadır. Kronik çocukluk çağı travmaları genel olarak süreç içerisinde gelişen, mobil seyir izleyen ve uzunlamasına psikopatolojik sonuçları olan bir sosyo-psikolojik dinamiği de temsil etmektedir. Diğer bir ifadeyle yetişkin bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamlarında çocukluk çağı travmalarının uzunlamasına olumsuz ruhsal etkileri bulunmaktadır ki, bu olumsuz ruhsal etkiler onların kendi psikolojik yapıları kadar evlilik dinamiklerini ve çocuklarına olan davranış stillerini de belirleyebilmektedir (Şar ve Öztürk, 2006; Öztürk, 2020).

Evlilik, toplumsal hayatın en temel çekirdeği olarak ergin iki kişinin yasal bağlara uyarak kurdukları biyolojik, psikolojik ve sosyal bir kurumdur. Evlilik ile kurulan aile; korunma ve barınma, sevme/sevilme ve sevgiyi paylaşma, bağımlı ve bağımsız olma, ait olma, statü edinme, güven duyma, kendini gerçekleştirme, çocukların bakımını ve eğitimini sağlama gibi ihtiyaçları karşılamaktır (Tan, 1976). Aynı zamanda aile, çocukların hayata dair ilk tecrübelerini edindikleri, kendilerine güven duyarak gelişim gösterdikleri, sosyalleşmeyi ve topluma uygun tutum ve davranışlar sergilemeyi öğrendikleri temel ortamdır (Kara, 2017, s.17). Son yıllarda araştırmacılar, evliliğe erişen ilişkilerin samimi doğalarını ve ebeveynler arasındaki yakın ilişkilerin optimal düzeyde kurulmasına katkıda bulunan faktörleri araştırmaya yakından ilgi göstermişlerdir (Yumbul, Çavuşoğlu ve Geyimci, 2010). Memnuniyet ve mutluluğun yaygın olarak yaşantılandığı başarılı bir evlilik, çiftler arasında istikrar ve uyum gerektirmektedir. Evlilik uyumunu etkileyen birçok önemli faktör bulunmakla birlikte, çocukluk çağı travmalarının bu faktörlerin başında geldiği söylenebilmektedir. Evlilik öncesi olumsuz yaşam olayları, disfonksiyonel bir deneyim olarak ailenin psikolojik atmosferini negatif yönden etkileyebilmektedir. Çocukluk çağı travmalarının şiddeti ile evlilik uyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmakta olup bu ilişki, evlilik uyumunun niteliğinde temel bir rol oynamaktadır (Hoseini ve ark.,

2018). Önemli bir stres kaynağı olan çocukluk çağı travmaları, bireylerin kişilerarası etkileşimlerini negatif yönde etkileyerek olumsuz tutum ve davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Conway ve Hutson, 2008). Travmaların negatif etkilerinin nötralize edilmesine belirli bir ölçüde katkı sağlayan eş desteği ve evlilik kalitesi, stresörlerle başa çıkmada da önemli bir savunma mekanizması olarak işlev görebilmektedir. Bu açıdan evlilik, eşinden destek almanın temel bir gereklilik olduğu sosyal bir ağa işaret etmektedir (Lev-Wiesel ve Amir, 2003). Evli insanlarda travmatik yaşantılar ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye odaklanan bir araştırmada da eş desteğinin travmatik olaylar ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkilediği ortaya çıkmıştır (Broman, Riba ve Trahan, 1996).

Anne ve babaların birbirlerine duydukları sevgi ve çocuklarına gösterdikleri yakınlık, çocuktaki huzur ve güvenin optimal düzeyde inşa edilmesi için gerekli olan temel unsurdur. Çocuğun psikososyal gelişiminde ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri büyük bir öneme sahiptir (Yavuzer, 2017a, s.169-170). Ebeveynlerin çocuk yetiştirme stilleri içerisinde ortaya çıkabilen çocukluk çağı travmaları, bireyde hem psikopatolojilerin gelişmesine hem de her türlü iletişim sorunlarına da yol açabilecek düzeyde işlevselliğin bozulmasına sebep olabilmektedir (Briere ve Scott, 2016, s.5; Öztürk, 2020). Travmatik yaşantıların yaygın biçimlerinden biri olan çocuk istismarı ve ihmali, belirli bir oranda aile üyeleri, bakıcıları veya tanıdık yetişkinler tarafından gerçekleştirilmektedir. Çocuk istismarı, cinsel, fiziksel ve duygusal boyuttaki olguları kapsamaktadır. Cinsel istismar, bir çocuk ile çocuktan daha büyük olan bir kişi arasında gerçekleşen herhangi bir cinsel veya cinsellikle ilgili eylem olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel istismar, alet kullanımın da eşlik ettiği, ağrı, acı ve yanma hissettirmek amacı ile çocuğa yönelik kasıt içeren ve bedensel zarar vermek amacıyla gerçekleştirilen fiillerdir. Duygusal istismar, çocuğun kimliğine yönelik aşağılayıcı hakaret, tehdit gibi korkutmaya yönelik eylemlerdir (Sadeh, 1996). İhmal ise, çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılayamamak olarak tanımlanmaktadır. İhmal, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir; (1) tıbbi ihmal, rutin kontroller için doktora götürmemek, yaralanmalar için tıbbi yardım almamak, diyabetik bir çocuk için insülin sağlamak gibi gerekli tıbbi tedavilere uyulmamayı; (2) fiziksel ihmal, yiyecek, su veya yeterli sanitasyon sağlayamamayı; (3) duygusal ihmal, çocuğa uygun sevgi ve destek sağlamamayı; (4) ihmali denetim, çocuğa uygun bakımı sağlayamamayı ve çocuk için yeterli sorumluluk üstlenmemeyi içermektedir (Perry, Colwell ve Schick, 2002).

Çocukluk çağı travmaları, iki temel boyutta değerlendirilmektedir. Tip I travma, tam ayrıntılı hatıraları, *kaos* ve yanlış algıları içermektedir. Tip II travma, inkar ve uyuşmayı, kendi kendine hipnozu, ayrışma ve öfkeyi içermektedir. Geçiş koşulları ise, sıklıkla ani ve şok

edici ölümler veya çocukları engelli bırakan kazalardan sonra ortaya çıkmaktadır. Geçiş koşullarında, çocukluk çağı travmalarının tip I ve tip II özellikleri birlikte bulunmaktadır. Özellikle dört özellik, travmatize olmuş çocuklarda belirli bir zamanla sınırlı kalmayarak hastalığın seyri hakkında işaretler vermektedir. Bunlar, *"kuvvetle görselleştirilmiş veya tekrar tekrar algılanan anılar, tekrarlayan davranışlar, travmaya özgü korkular ile insanlar, hayatın ve geleceğin yönleri ile ilgili tutum değiştirme"*dir. Bununla birlikte, çocukluk çağı travmalarının ayırt edilebilmesini sağlayan birkaç özellik bulunmaktadır. Bastırma, uyku problemleri, abartılı irkilme tepkileri, gelişimsel gerilemeler, sıradan korkular, kasıtlı kaçınma, panik, sinirlilik ve hipervijilans (aşırı tetikte olma) belirgindir (Terr, 1991). Travmatik reaksiyonlar, yoğun ve devam eden duygusal üzüntü, depresif belirtiler veya kaygı, davranış değişiklikleri, öz düzenleme ile ilgili zorluklar, başkalarıyla ilgili bağlanma sorunları, önceden edinilmiş akademik becerilerin gerilemesi, dikkatte düşüş gibi çeşitli tepkileri içerebilmektedir. Aynı zamanda zorluklar, kabuslar, uyku ve yeme zorluğu, ağrılar gibi fiziksel belirtileri bulunabilmekte; ilerleyen zamanlarla birlikte, bunlara uyuşturucu ya da alkol kullanımı, riskli davranışlarda ya da sağlıksız cinsel faaliyetlerde bulunma da eşlik edebilmektedir (NCTSN, 2020). Dolayısıyla bireyin telafi etmeye çabaladığı çocukluk dönemindeki yetersizlik hissi, öznel olarak gelecekteki güvenlik ve başarıyı vaat eder gibi görünen bir riskin yaratılmasıyla neticelenmektedir (Aydoğan, 2015, s.41).

Travmanın proses edilmesi sürecinde bireylerin yaşı, aile yapısı ve aldıkları sosyal destek gibi birçok faktörün etkili olduğuna yönelik oldukça fazla sayıda çalışma bulunmaktadır (Caffo vd., 2005). Travmatik olaylar her zaman ilişkilerde hasara neden olduğu için başkalarından gelecek destekleyici bir tavır, olayların etkilerini azaltabilmektedir. Çünkü travmatik olayın sonucunda, kendilik duyguları paramparça olduğundan birey ileri derecede yaralanabilmektedir. Dolayısıyla bu duygular, ilk başta olduğu gibi başkalarıyla kurulacak bağlantılar yoluyla yeniden inşa edilebilmektedir. Bu sebeple travmatize insanların aile, sevgili ve yakın arkadaşlardan beklediği duygusal destek, travmanın çözümünde önemli bir seyir izlemektedir. Bu destek ile temel güvenlik duygusu yeniden tesis edilince mağdur, kendiliğinde yenir bir pozitif bakış açısı geliştirebilmektedir (Herman, 2019, s.75-76, 78,81). Bu açıdan sosyal destek, çocukluk çağı travmalarının yetişkin mağdurlarındaki değişkenliğe katkıda bulunabilecek önemli bir faktördür (Evans, Steel ve DiLillo, 2013).

Sosyal desteğin kötü muamelenin uzun vadeli etkisine yönelik sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır (Murthi ve Espelage, 2005). Evli bireylerle yürütülen bir çalışmada, bazı çocukluk çağı travmalarının (cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal) artan şiddete bağlı olarak hem kadınlar hem de erkeklerde oldukça

şiddetli travma sonrası stres belirtileri görülmüştür. Hem aileden hem de arkadaşlardan algılanan sosyal desteğe bağlı olarak erkekler için tüm kötü muamele seviyelerinde daha düşük travma semptomları bildirilmiş kadınlar için arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin, travma semptomlarının azalmasına katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Evans vd., 2013). Bir başka çalışmada da aile ve arkadaşlardan gelen sosyal desteğin, cinsel istismar deneyimleri ile kayıp boyutları arasındaki ilişkiyi hafiflettiği bulunmuştur. Aileleri tarafından desteklendiğini düşünen mağdurlar, daha az destek algılayan mağdurlara kıyasla daha az kayıp (geleceği hayal etme gibi iyimserlik kaybı, çaresiz, kaybolmuş hissetme gibi öz kaybı ve çok hızlı büyüdüğünü düşünme gibi çocukluk kaybı) rapor etmişlerdir (Murthi ve Espelage, 2005). Çocukluk çağı travmalarıyla baş etme ile ilgili olarak, oldukça destekleyici bir eşi olan bireylerin, destekleyici bir eşe sahip olmayanlara göre 1.7 kat daha fazla dirençli oldukları belirtilmektedir. Bu sonuçlar, bir eşten algılanan sosyal desteğin, cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmalden kurtulan kadın ve erkek için çeşitli işlev alanlarındaki zorluklara karşı dayanıklılığa katkıda bulunduğunu göstermektedir (Dumont, Widom ve Czaja, 2007).

Zorluk, ıstırap ve kayıp ile karşı karşıya kalan kişilerde olumlu değişikliklerin olabileceği fikri oldukça önemlidir (Tedeschi ve Calhoun, 1995; Calhoun, Tedeschi, Cann ve Hanks, 2010). Bireylerin travma ile mücadelelerinde yaşadıkları olumlu değişiklikler, travma sonrası büyüme modelini yansıtmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Tedeschi ve Calhoun, 2004b). Travma sonrası büyüme (*PTG; Posttraumatic Growth*), travmatik olayları takip eden olumlu psikolojik değişikliklerle ilgili ortaya çıkan bir araştırma alanıdır (Woodward ve Joseph, 2003). Dolayısıyla PTG, travma ile mücadelenin bir sonucu olarak, olumlu psikolojik değişimin bildirildiği öznel deneyimler olarak tanımlanmaktadır (Knaevelsrud, Liedl ve Maercker, 2010). Tedeschi ve Calhoun (1996), travma sonrası büyümeyi kişinin benlik duygusu, kişilerarası ilişkiler ve varoluşsal sorunlar olarak üç alanda tanımlamaktadır. Benlikteki değişim, daha büyük bir dayanıklılık, bilgelik, güç ve daha fazla sınırlamanın kabulü anlamına gelmektedir. İlişkilerdeki değişim, arkadaşların ve ailenin takdiri ile değerini, artan şefkat ve fedakarlık duygusunu göstermektedir. Son olarak, varoluşsal meselelerdeki değişim her gün yeni bir takdiri, öncelikler ve değerlerdeki değişiklikler ile manevi inançlardaki değişiklikleri içermektedir (Knaevelsrud vd., 2010).

Travma sonrası ortaya çıkan uyumsuz süreçle baş edebilmek için son derece zorlu yaşam krizleriyle mücadelenin bir sonucu olarak ortaya çıkan olumlu bir değişim yaşanmakta ve bu değişim travma sonrası büyümeyi sağlayan bir deneyime dönüşmektedir. Bu açıdan PTG, sadece temele bir geri dönüş değildir, bu bazı insanlar için derinden derine bir gelişme deneyimidir. Yoğun ve şiddetli travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkabilen travma sonrası

büyüme, belirli bir oranda son derece olumsuz koşullara uyum sağlama çabası ile karakterizedir. Dolayısıyla bu büyüme kaçınılmaz bir sonuçtur. Çünkü kişisel sıkıntı ve büyümenin devam etmesi bir arada bulunmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004a). Bu açıdan PTG, her türlü trajik, zor ve korkunç felaketler yaşayan insanlar tarafından rapor edilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1995; Calhoun ve Tedeschi, 1999, s.11). Bu değişiklikler arasında iyileştirilmiş ilişkiler, kişinin yaşamı için yeni olasılıklar, yaşam için daha büyük bir takdir, daha büyük bir kişisel güç ve manevi gelişim bulunmaktadır. Travma sonrası büyümenin bu yönlerini bildiren travma mağdurlarının yakaladığı temel paradoks, *"kayıpların, değerli kazanımlar üretmesi"*dir (Tedeschi ve Calhoun, 2004b).

Travma sonrası büyümenin karşılıklı olarak artması da ön görülmektedir. Bu, hayat bilgeliği ve hayat öyküsünün gelişimi ile etkileşime giren, statik bir sonu bulunmayan, aksine devam eden bir süreçtir (Calhoun ve Tedeschi, 2001). Travma sonrası büyüme alanları diğer insanlarla daha yakın, daha samimi ve daha anlamlı ilişkiler kurmayı gerektirir. Genel kişisel güçlenme duygusu veya kişisel güce sahip olduğunun fark edilmesi, travma sonrası büyümenin alanlarını oluşturmaktadır. Bireyin sosyal sistemi de, özellikle travmatik olay ve büyümeyle ilgili temalarda, genel büyüme süreciyle ilgili yeni şemaların sağlanması ve empatik kabulün oluşturulması açısından önemli bir rol üstlenmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004a). Bu sebeple travmaya maruz kalan bireylerin, eş ve diğer ilgili kişilerden uygun sosyal desteği almalarının, geleneksel tedaviden daha etkili bir yol olabileceği bildirilmektedir (Billette, Guay ve Marchand, 2008). Özellikle eş tarafından sağlanan duygusal destek, empati, açık iletişim ve duygulara yönelik duyarlılığı içermektedir (Goff, Fick ve Oppliger, 1997). Bu açıdan duygusal destek faktörü, temel danışmanlık etkileri açısından PTG'nin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir (akt. Rieck, Shakespeare-Finch, Morris ve Newbery, 2005).

Travma şiddetine bağlı olarak, üniversite öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, sosyal destek ve PTG arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sonuçlar, kişinin aldığı duygusal desteğin, PTG ile pozitif ilişkide olduğunu göstermiştir. Başka bir kişiyle duygusal sorunlardan bahsetmek, genellikle zor durumları yönetme ve sorunları çözme gücü vermektedir. Eski bir atasözü, "*paylaşılan bir sorunun yarıya indirilmiş bir sorun olduğunu*" beyan etmektedir. Bu, önemli kişilerden sağlanan desteğin, daha yakın ilişkiler aracılığıyla PTG faktörlerinin gelişimi için bir kaynak sunabileceğine işaret etmektedir (Rieck vd., 2005). Dolayısıyla, geçmişte olanlarla, şu anda içimizde bir yerde olan şey arasında bilinçli bağ kurabilmek, içsel olanları algılamak, isimlendirmek, tanımlamak, iyileşmenin ilk adımını sağlamaktadır. Gerçek değişimin meydana gelmesi için de, bedenin tehlikenin

geçtiğini öğrenmesi ve şimdiki anın gerçekliğinde yaşaması gerekmektedir (Van der Kolk, 2019, s.68,21). İyileşmenin temel aşaması ise, güvenin tesis edilmesi, travma hikayesinin yeniden kurulması ve mağdur ile topluluğu arasındaki bağın onarılmasıdır (Herman, 2019, s.3). Yapılan alan yazın incelemeleri sonucunda, çocukluk çağı ruhsal travmaları ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakta; eş desteği, çocukluk çağı travmaları ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye yönelik literatür ise oldukça kısıtlı miktardadır.

Bu kapsamda çalışmamızın temel amacı, evli çiftlerin çocukluk çağı ruhsal travmalarının düzeyleri ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Araştırmanın diğer bir amacı, çocukluk çağı ruhsal travmalar ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide, eş desteğinin aracı rolü olup olmadığını değerlendirmektir. Dolayısıyla, çocukluk çağı ruhsal travmalarının, travma sonrası büyüme ve eş desteği üzerindeki yordayıcılık etkisinin incelenmesi bu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır. Araştırmanın temel varsayımı ise, çocukluk çağı ruhsal travmaları bildiren evli çiftlerde, eş desteği yüksek olduğunda, travma sonrası büyüme yüksek oranda gerçekleşecek olmasıdır. Çalışmanın temel hipotezleri şöyle belirtilmiştir:

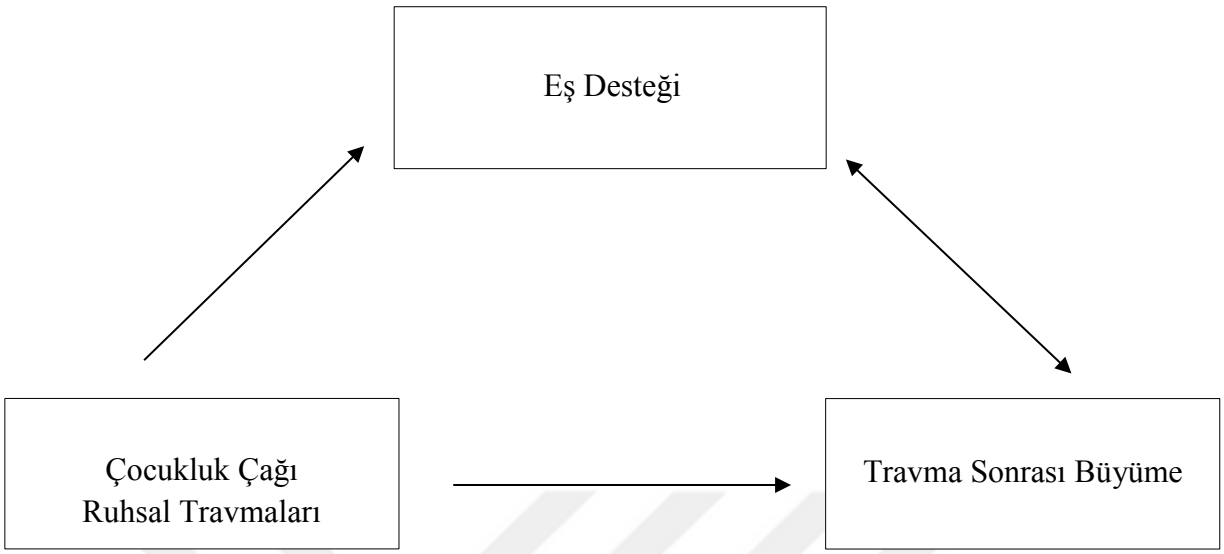
Temel Hipotezler

$H_{1.}$ Katılımcıların çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

$H_{2.}$ Katılımcıların eşlerinden aldıkları eş desteği arttıkça, travma sonrası büyüme puanları da artacaktır.

$H_{3.}$ Eş desteğine sahip olan çiftlerin travma sonrası büyüme puanları, eş desteğine sahip olmayan çiftlerden daha fazla olacaktır.

$H_{4.}$ Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık etkisi vardır.



Şekil 1. Araştırma Modeli: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, Eş Desteği ve Travma Sonrası Büyüme

Belirlediğimiz amaç doğrultusunda gerçekleştirilen bu çalışma, çocukluk çağı travmaları, eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi evli çiftlerde inceleyen ilk çalışmadır. Bu kapsamda, çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık rolünü inceleyerek bu boşluğu ele almak ve bilimsel literatür ile psikotravmatoloji çalışmalarına katkıda bulunmak nihai hedefimizi yansıtmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Evlilik ve Aile

Evlilik, toplumsal hayatın en temel çekirdeği olarak karşıt cinsten ergin iki kişinin, törel ve yasal bağlara uyarak kurdukları biyolojik, psikolojik ve sosyal bir kurumdur (Tan, 1976). Bir diğer tanımlamaya göre evlilik, iki yabancının bir araya gelerek kendilerini yeniden tanımladıkları dramatik bir eylemdir (Berger ve Kellner, 1964). Bu eylemin gerçekleşmesi için, cemiyetin temelini teşkil eden aileyi meydana getirmek amacıyla bir erkekle bir kadının hukuk tarafından düzenlenen bir yaşama birliğini tesis etmek düşüncesiyle, karşılıklı olarak ve kanunî kurallara uyarak, arzu ve iradelerini beyan etmeleri gerekmektedir (Saymen, 1957). Bu kurallara göre gerçekleştirilen evlilik; (1) kendi ailesinden ayrılabilmeyi, (2) rolleri, kuralları, ilişkileri konuşabilmeyi ve (3) yeni bir ilişki kurabilmeyi sağlayan üç temel görevi başarabilmektir (Gazioğlu, 2017, s.36). Bu açıdan evlilik, iki yabancının farklı değerler ve kültürlere bağlı olarak iki ayrı öykü ile bir araya gelmelerini ve gerçekleştirdikleri yeni ve özel bir yapı içinde, birbirleriyle sorunsuz ve uyumlu bir yaşam sürmelerini gerektirmektedir (Ateş, 2017, s.114).

Toplumun en temelini oluşturan aile, vazgeçilemez bir kurumdur (Tercan, 2003). Aile, evlilik ve kan bağına dayanan; eşler, çocuklar ve kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturulduğu toplum içindeki en küçük birlik olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Evlilik bağları ile teşekkül eden aile, insan ilişkilerinin en yakın ve en yoğun olduğu toplumsal bir kurumdur. Dolayısıyla aile, evlilik kurumun korunma ve barınma, sevme/sevilme ve sevgiyi paylaşma, bağımlı ve bağımsız olma, ait olma, statü edinme, güven duyma, kendini gerçekleştirme, çocukların bakımını ve eğitimini sağlama, toplumsal töre ve idealleri yeni kuşaklara aktarma gibi ihtiyaçları karşılamaktır (Tan, 1976). Aynı zamanda aile, çocukların yaşamla ilgili ilk deneyimlerini kazandıkları, kendilerine güven duygularını geliştirdikleri, sosyalleşmeyi ve topluma uygun tutum ve davranışlar sergilemeyi öğrendikleri ortamdır (Kara, 2017, s.17). Bununla birlikte, insan sağlığı ve mutluluğu için gerekli ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasını sağlayan en doğal ortamdır ve birçok fonksiyonun yerine getirilmesine yönelik imkanlar sunmaktadır. Bu doğal ortamda üyeler, birbirine bağlı kuvvetler olarak, duygularını paylaşma, çocuk büyütme, iş bölümü yapma gibi birden fazla unsur aracılığıyla etkileşimler yaratmaktadır (Nazlı, 2009, s.18,22). Ailede kurulan bu biyolojik ilişkiler, insan türünün devamını sağlayarak o güne dek toplumda oluşturulmuş maddi ve manevi zenginliklerin kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlamaktadır (akt. Yapıcı, 2010). Bu yönü ile aile, ilk insan

topluluklarından günümüze kadar devam eden köklü ve dinamik bir organizmayı temsil etmektedir (Yapıcı, 2010).

Evlilik ve aile kurma süreci çoğu zaman durağan bir yapı gibi algılanmaktadır ancak evlilik ve aile hayatı, bireyin kendi yaşantısında (*bebeklik, ilk çocukluk, ergenlik…*) olduğu gibi farklı dönemleri kapsamaktadır. Bu farklı dönemler "*aile yaşam döngüsü"* olarak tanımlanmaktadır (Gazioğlu, 2017, s.29). İşlev bozukluğu olan ailelerde, bu aşamalardan geçerken problem yaşadıkları ve yeni aşamaya uyum sağlayamadıkları gözlenmektedir. Solomon'a göre belli bir dönemdeki gelişimsel görevler tamamlanamadığında, aileler arasında uzun süreli problemlerin yaşanma riski bulunmaktadır ve başarılamamış bu görevler aşamalar arası taşınarak problem olarak sürdürülmeye devam etmektedir (akt. Gazioğlu, 2017, s.30). Bu aktarım sağlanırken, çocuk henüz doğumdan önceki süreçte etkilenmeye başlamakta ve ailenin o çocuğa karşı istekli ya da isteksiz oluşu, gerek ruhsal ve kültürel, gerekse toplumsal ve ekonomik yönden birçok sonuca yol açmaktadır. Çocukların ruhsal ve toplumsal açıdan sağlıklı bireyler olarak yetiştirilebilmesi için, ebeveynlerin gerekli ortamı hazırlaması ve sunmasına, bilinçli ve bilgili davranmasına bağlıdır. Dolayısıyla, anne, baba ve aile içindeki diğer bireylerin çocukla olan etkileşimi, çocuğun aile içindeki konumunun belirlenmesinde ve bu süreçte, çocuğa sergilenen tutuma bağlı olarak ilk yaşantıların örülmesinde büyük önem taşımaktadır (Yavuzer, 2018, s.115-119).

2.1.1. Çocuk Yetiştirme Tutumları

Aile yapısı, evlilik türlerine bağlı olarak şekillenmektedir. Tarihsel gelişim süreci içinde, diğer toplumsal yapı öğeleriyle etkileşime giren bu aile yapıları, kendi içinde bağlılığa dayanan bir düzen oluşturmaktadır. *Anaerkil aile*, kadının yönetimine dayalı olan ve doğan çocuğa anasının ya da ana soyundan başka bir yakının adının verildiği aile yapısını tanımlamaktadır. *Ataerkil aile,* erkek egemenliğine dayalı olarak baba soyluluğuna dayanmaktadır. *Geniş aile*, anne, baba ve evli çocukların bir arada yaşadığı aile biçimini yansıtmaktadır. *Çekirdek aile,* anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan en küçük aile biçimini ifade etmektedir. *Geçiş aile*, toprağa bağlı üretimden, sanayi toplumuna hızlı bir geçişin yaşandığı ve yaşam biçiminin değiştiği aile tipini temsil etmektedir (akt. Gül, 2017, s.22-26). Bu yapılar içinde evlilik ilişkileri, ebeveynlik ilişkilerini, ebeveynlik ilişkileri çocuğun davranışını ve gelişimini etkilemektedir. Bu ilişki ağı, ailedeki birey sayısı arttıkça daha da karmaşıklaşmakta fakat etkileşim yoluyla hem çocuğun dil gelişimini hem de bilişsel becerileriyle sosyal ilişkilerinin oluşturulmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte çocukların hayatta kalması, büyümesi ve gelişmesi için beslenme, hastalık ve kazalardan korunma ile

uyum sağlayabilmesi için dünya işlerinin nasıl yürüdüğünü öğrenme gereksinimlerini karşılamaktadır (Özkardeş, 2017, s.129,138-139). Bu açıdan ailenin görevlerini yerine getirebilmesi için üç temel sorumluluğu bulunmaktadır; (1) kendilerine bakmak ve özen göstermek, (2) eşleriyle olan birlikteliğe özen göstermek ve (3) çocukların bakımını üstlenerek onlarla ilgilenmektir. Bu görevler sağlıklı bir ortamda gerçekleştirildiğinde, anne babaların birbirlerine duydukları sevgi ve çocuklarına gösterdikleri yakınlığa bağlı olarak, çocuktaki huzur ve güven temeli sağlanmış olur. Çocuğun benliği, yetişkinlerin ona yönelttikleri davranışların bir yansıması olduğundan, anne babanın çocuk yetiştirme tutumları bu açıdan büyük öneme sahiptir (Yavuzer, 2017a, s.169-170).

Sağlıklı bir gelişim, psikososyal sürecin (örneğin, duygusal düzenleme, dürtü kontrolü, başkalarıyla sağlıklı ilişkiler geliştirme kapasitesi, istikrarlı, pozitif bir benlik duygusu ve sosyal normlar ve değerlerle özdeşleşme) gelişimine bağlı görünmektedir. Bir bebeğin hayatının ilk yıllarındaki bağlanma ilişkisi bu süreçte çok önemlidir. İlk yılların en kritiği olan bebeklik döneminde güvenli bir bağlantının geliştirilememesi, bireyin hayatı boyunca ilişkilerinde, duygu ve dürtülerinin düzenlenmesinde zorlukların yankılanmasına neden olmaktadır (Putnam, 2006). Anne babaların çocuklarına gösterdikleri tabii sevgi uygun bir derecede olmadığında da, benzer güçlükler ortaya çıkmaktadır (Adler, 2017, s.33). Ancak uyumlu ve özgür bir aile ortamında, tutarlı ve sağlıklı ilişkiler içinde yetişen bir çocuk, özerk bir birey olarak yetişkin yaşamına ulaşabilmektedir (Yavuzer, 2017c, s.26). Bu açıdan bakıcı insanlarla güven dolu bir bağlanma duygusu, kişilik gelişiminin temelini oluşturmaktadır. Bu bağ parçalandığında, travmatize insan temel kendilik duygusunu kaybetmeye başlar. Dolayısıyla, çocuğun pozitif kendilik duygusunun gelişmesi, bakıcının iyicil yaklaşımına ve güç kullanımına bağlıdır. Ebeveyn ya da bakım veren, çocuğun bireyselliğine ve haysiyetine hürmet ettiğinde çocuğun kendisine yönelik saygısı gelişerek, kendisini değerli hissetmeye başlar. Bu hislerle büyüdükçe, bedensel işlevlerini kontrol edip düzenlemeyi ve kendi bakış açısını biçimlendirip ifade etmeyi öğrenir (Herman, 2019, s.65). Çünkü doğumdan önce bebek, henüz başka biriyle gerçek bir ilişkisel bağ kuramamıştır ve artık ona özenli, uyumlu ve sevgi dolu bir bakıcı tarafından bakılacaktır. İlk ilişki, bakım verenin bebeğe acıktığında, üşüdüğünde veya korktuğunda tekrar tekrar gelmeye başlamasıyla gerçekleşecektir. Bu noktada bakıcıdan gelen bebeği beslemeye, ısıtmaya, temizlemeye ve yatıştırmaya yönelik tepkiler, gelişmekte olan beynin sosyo-duygusal ve iletişimsel bağdan sorumlu alanlarındaki sinirsel aktivasyonları dönüştürerek, bir dizi duyusal uyaran yaratır. Dolayısıyla sevgi dolu bir bakım verenin somatosensoriyel kokusu, görüntüsü, sesi ve dokunuşu bebekte sağlıklı bir potansiyel oluşturmak ve bu genetik potansiyeli sürdürmek için gerekli olan tüm duyusal

ipuçlarını sağlamaktadır. Tüm ilişkilerin oluşumu, bu ilk ve en birincil bağlanma ağına göre şekillenmektedir (Perry, 2002). Stres altında olan, destekleyici bir sosyal ağa sahip olmayan ve/veya ilgisiz çocuk yetiştirme inançlarına sahip olan ebeveynler, büyük ölçüde çocuklarına karşı duyarsız ve tepkisiz kalabilmektedirler (Rubin ve Mills, 1991). Bu nedenle çoğu kez, kendi ana babalarından gördükleri yöntemlerle çocuklarını dizginleme, suçlama, aşağılama yollarını deneyebilmektedirler (Yavuzer, 2017c, s.27). Ebeveynlerin davranışlarına bağlı olarak gerçekleştirilen bu çocuk yetiştirme yaklaşımları; baskıcı/otoriter, ilgisiz, aşırı koruyucu, tutarsız ve kararsız olarak şekillenmektedir (Yavuzer, 2017a, s.170). Sonuç olarak, çocuğun otonom becerileri bu yaklaşımlara göre geliştiğinden, ailenin çocuk yetiştirme tutumları özel bir öneme sahiptir (Yavuzer, 2017b, s.115,117).

2.1.1.1. Aşırı koruyucu tutum

Aşırı koruyucu tutuma sahip ebeveynler, çocuğun öz bakım becerilerini gerçekleştirmesine, kendi başına yemek yeme, uyuma gibi ilk temel alışkanlıklarını geliştirmesine fırsat vermeyerek, gerektiğinden fazla özen ve koruma göstermektedirler. Bebekleştirme, bu yaklaşımı benimseyen anne babanın en belirgin özelliğidir. 8-9 yaşlarına geldiğinde yemeğini annesinin yedirmesini bekleyen, 11-12 yaşlarında ebeveyni ile aynı yatağı paylaşan çocukta, bir ebeveyn bağımlılığının oluşması muhtemeldir. Büyümesine izin verilmeyen ve arkadaş ilişkileri oluşturmasına fırsat sunulmayan bu çocukların toplumsal gelişimleri de engellenmektedir (Yavuzer, 2017b, s.116,122-123). Bu tutum içinde büyüyen çocuklar, kendi başlarına karar verememekte ve kaygılı, güvensiz, hata yapmaya eğilimli, insan ilişkilerinde başarısız ve tutarsız bir kişilik geliştirebilmektedirler (Okumuş, 2018). Bu açıdan aşın koruyucu yaklaşım, çocuğun kendi kendisini yöneten bir kişi olmasını engellemektedir. Çünkü çocuğun bir yanlışlık yapacağından korkarak üzerine aşın derecede titreyerek, onun yerine işleri kendilerinin üstleniyor olması çocuğun bağımsız bir kişilik geliştirmesini güçleştirerek kendi kendisine yetmesine imkan vermemektedir (Kaya, 1997). Aynı zamanda bu tutum, çocuğun kendi yaşamındaki olaylardan başkalarını sorumlu tutmasına neden olarak savunmasızlığa açık, olması gerekenden daha fazla uyum gösteren, başkalarına aşırı bağımlı, sürekli dıştan denetimli ve başkalarının yönetiminde olmaya eğilimli, güvensiz, utangaç ve çekinik bir kimlik kazanmasına yol açmaktadır (akt. Derman ve Başal, 2013).

2.1.1.2. Otoriter tutum

Otoriter aileler, çocuktan olgun olmasını bekleyen, kural koyan ve bunlara uyması için ısrarcı olan, öte yandan sevgisini ve ilgisini çocuğa yansıtan, çocuğun bakış açısına önem veren, aile kararlarına katılımını destekleyen, rasyonel, hem çocuğun hem de ebeveynin haklarını gözeten demokratik bir tutum içindedirler. Ancak bu tutum aşırı bir noktaya vardığında çocuğa karşı talepkar ve ilgisiz noktaya da dönüşebilmektedir. Bu ebeveynlerde "*bunu yap, çünkü ben öyle istiyorum"* tutumu hakimdir ve ebeveynin sadece kendi isteklerine odaklanması söz konusudur (Özkardeş, 2017, s.140). Çocuğun davranışlarını değiştirmek için ebeveynler, onu aşağılama yolunu seçerek disiplin aracı olarak cezayı kullanmaktadır. Dolayısıyla çocuğu olduğu gibi kabul etmemek, onun mükemmel davranmasını, kapasitesini görmeksizin üstün başarı sergilemesini beklemek en belirgin işaretleridir. Baskıcı ve otoriter tutumda anne-babanın kısıtlayıcı ve cezalandırıcı bir yol izlediği, çocuklarını kendi kurallarına uymaları ve saygılı olmaları konusunda uyardıkları oldukça sık görülür. Bu tür sağlıksız aile koşullarında çocuk, nasıl düşünüp davranması gerektiğini bilemez (Yavuzer, 2017b, s.116,120). Dolayısıyla, ebeveynleri tarafından dayatılan özel kurallara uygun davranışlarda bulunmaya zorlanır (akt. Serinkan, 2012). Böyle bir baskı altında büyüyen çocuklarda, dıştan denetimli bir kişilik oluşmaktadır. Çünkü çocuk, içinden geldiği gibi davranmak yerine olması gerektiği gibi davranmaya koşullandırılmıştır (Yavuzer, 2017c, s.28-29).

2.1.1.3. Tutarsız tutum

Ebeveynlerin, çocuklarına karşılık psikolojik durumlarına göre verdikleri tepkilerden oluşmaktadır. Kurallar vardır ancak ne zaman uygulanacakları belirsizdir. Anne babanın olaylar karşısındaki değişken tavırları çocuk üzerinde olumsuz ve tutarsız bir görüntü çizmelerine neden olabilmektedir (Okumuş, 2018). Bu karasız yaklaşım, neyin uygun davranış olduğu konusunda çocuğu ikileme düşürmektedir. Aynı davranış yüzünden ilkinde ödüllendirilen ya da olumlu tepkiyle karşılanan çocuk, sonraki tepkide cezalandırıldığında ya da anne tarafından farklı, baba tarafından farklı değerlendirildiğinde hangi davranışın uygun olduğunu belirlemekte güçlük çekmektedir (Yavuzer, 2017b, s.123). Çünkü anne baba bazen aşırı hoşgörülü ve serbest, bazen engelleyici, baskıcı ve cezalandıran bir tutum içindedir (Aydoğdu ve Dilekmen, 2016). Özellikle anne babanın, çocuğun yanında ve çocuk ile ilgili konularda birbirlerini eleştirmeleri ya da birinin olumsuz bir tutum benimsemesine karşılık diğerinin olumlu bir tutum benimsemesi, çocuğun taraf seçmesine neden olabilmektedir (Yavuzer, 2017c, s.30-31). Çocuğun yaptığı bir yanlışta baba ceza verirken annenin şefkat

göstermesi, çocukta dengesiz bir kişilik yapısı oluşmasına sebep olabilmektedir (Okumuş, 2018). Aynı zamanda çocuğu cezalandırma ile karşı karşıya bırakmakta ve ceza verdiklerinde de nedenini açıklamamaktadırlar. Bu tutum içinde olan anne ve babalar, kendi tutarsızlıklarını çocuklarına da aktararak, onları tutarsız davranmaya itmektedirler (akt. Derman ve Başal, 2013).

2.1.1.4. İlgisiz tutum

Genellikle anne babanın kendi önceliklerini, çocuktan önde tuttukları ebeveyn yaklaşımıdır. Çocuğun sorumlulukları yerine kendi hayatları ile ilgili konular daha önemlidir (Okumuş, 2018). İlgisiz ebeveynler, çocuklarına çok az ilgi göstermekte ve çok az zaman ayırmaktadır (Özkardeş, 2017, s.141). Bu tutum, çocuğa karşı ilgisiz, çocuğun maddi ve manevi ihtiyaçlarına karşı duyarsız, sevgi ve şefkati yetersiz ve güvenli bir ortamda bulunmaktan uzak koşullar sunmaktadır. Böyle bir ortamda çocuk, çoğu zaman kendi haline bırakılmıştır (Kaya, 1997). Çünkü anne ve baba, çocuğa karşı kayıtsız bir tutum içindedir. Onunla ortak etkinliklerde bulunmaktan kaçınır, kendi sosyal yaşamını çocuğundan daha önemli görür ve çocuğun ihtiyacı olan ilgi, sevgi ve şefkatten onu yoksun bırakır. Dolayısıyla çocuk, anne baba sevgisinin ve korunma ihtiyacının karşılanmamasından dolayı duygusal bir açlık geliştirmektedir (Yavuzer, 2017b, s.116,118). Bu tutumlar sonucunda çocuk, kendisini yalnız hissetmekte ve güven duygusu sarsılmaktadır (Aydoğdu ve Dilekmen, 2016). Çocuğun kişiliği üzerinde en çok olumsuz etkiler bırakan tutum, ilgisiz ve sevgisiz davranılmasıdır (Kaya, 1997). Bu tutumun daha da ilerlemesi, çocuğu ihmal etme boyutunun farklı türlerine kadar götürmektedir (Özkardeş, 2017, s.141). İhmal edilen çocuklar, konuşma zorluğu çekmekte, sürekli hasta olmakta ve beslenme bozuklukları yaşayabilmektedir. İletişim kuramama ve özgüven eksikliğine sahip bireyler olma ihtimalleri de yüksektir. Aynı zamanda, anne ve babaları yerine dışarıdan bir modelle ve çoğunlukla da olumsuz bir modelle kendilerini özdeşleştirebilmekte ve zararlı alışkanlıklar edinmeye eğilim gösterebilmektedir (Okumuş, 2018).

2.1.1.5. Çocuk odaklı tutum

Çocuk odaklı ebeveynler, çocuğa karşı sıcak ve kabul edici bir tutum içindedirler ancak talepkar olmaktan kaçınmakta ve kontrol etmemektedirler (Özkardeş, 2017, s.141). Aşırı hoşgörülü tutum içinde olan ebeveyn, çocuğa teslim olma, onun ısrarlı isteklerini yerine getirme ve fazlasıyla özgürlük tanıma eğilimindedir. Görünürde çok ilgili olan anne babalar,

çocuğun üzerinde çok başarısız bir kontrol sergilemekte ve az sayıda talepte bulunmaktadır. Bu tür ailelerde, çocuğun benmerkezciliği körüklenmektedir. Böyle bir ortamda yetiştirilen çocuk, yetersiz sosyal gelişim sonucu arkadaşları arasında kabul görmeyen ve dışlanan bir birey olmakta, nadiren başkalarına saygı duymayı öğrenmektedir (Yavuzer, 2017b, s.122). Çünkü çocuk hangi yaşta olursa olsun, hatta karar veremeyecek durumda olsa dahi, karar almasına izin verilmektedir. Aynı zamanda bu çocuklar, sorumluluk almak zorunda da değillerdir (Özkardeş, 2017, s.141). Ana baba ile çocuk arasında sağlıklı bir iletişimin bulunmaması ve çocuğun dengesiz bir ortamda abartılmış bir sevgi gösterisi içinde büyüyor olması, onun doyumsuz bir birey olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu çocuklar, yaşamlarının ilk günlerinden itibaren her ihtiyaçlarının karşılanacağı, her isteğin buyruk niteliği taşıdığı beklentisini geliştirmekte ve yetişkinliklerinde de toplumun onlara vermediği hakları kendilerine tanımayı mümkün görmektedirler (Yavuzer, 2017c, s.29-30).

2.1.1.6. Destekleyici ve kabul edici tutum

Anne babanın çocuklarını, birey olarak gördükleri ve bağımsız kişiliğinin oluşmasına teşvik ettikleri bir tutum biçimidir. Aile içindeki kurallar, herkes için ve hep birlikte belirlenmekte ve çocuk bu sınırlar içinde özgür bırakılmaktadır (Okumuş, 2018). Duyarlı ve kabul edici ebeveyn, kendinden emin ve sakin bir biçimde dikkatini çocuğa yöneltmekte ve ilgi içinde hemen çocuğun istek mesajlarını yanıtlayarak ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. Ebeveyn ile çocuk arasında sözel iletişim kanalları her daim açık bulunmaktadır. Aynı zamanda beklentilere uyumsuz bir tepkiyle karşılık verdiğinde, çocuğa tehditle karşılaşmayacağı ve aşağılanmayacağı fark ettirilmektedir (Yavuzer, 2017b, s.116,121). Dolayısıyla çocuk tüm yönleriyle kabul edilmektedir (Okumuş, 2018). Çünkü ailede çocuğa değer verilmektedir. Anne baba gibi ailenin değerli bir üyesidir. Bu yaklaşım içindeki anne baba, çocuğun kendini gerçekleştirmesine ve bağımsızlık kazanmasına yardımcı olmaktadır (Kaya, 1997). Aynı zamanda anne baba, rehber ve iyi bir model olup çocuğun kararlar almasına ve seçimlerinin sonuçlarını üstlenmesine fırsat sunmaktadır (Okumuş, 2018). Çocuğu olduğu gibi kabul eden aile üyeleri, onun kendisi olarak gelişmesine, kendine özgü anlayış ve görüşlerini ifade etmesine olanak sağlamaktadır ve böyle bir ortamda yetişen çocuk, sosyal gelişim açısından yeterli ve özgüvenli bir kimlik oluşturmaktadır (Yavuzer, 2017b, s.116,121).

Sağlıklı aile üyeleri, aile içi iletişimden oldukça memnunlardır. Gelişimsel değişikliklere kolaylıkla adapte olurken, stresli olaylarla da çok iyi baş edebilirler. Buna karşılık dengede durmayı başaramayan sağlıksız ailenin fonksiyonelsizliği, ya aile üyelerini

aşırı biçimde iç içe (*enmeshment*) geçirir ya da kopukluk (*disengagament*) yaratarak birbirinden uzaklaştırır. İç içe ailelerde, aile etkileşimi çok yoğun ve yakındır. Üyeler, diğerinin yaşamına gereğinden fazla karışmaktadır. Bu aile ortamında çocuklar, ait olma ve bağımlılık duygularında, yoğun karmaşa yaşarlar. Bu aile sisteminin sınırları zayıf ve kolayca aşılabilir olduğundan, çocuklar ebeveynlerinin konumuna geçebilmekte ve buna karşılık, ebeveynlerin kontrolü de etkisiz kalabilmektedir. Kopuk ailelerde, aile üyeleri birbirine çok az bağlıdır. Kriz anında aile üyeleri çoğunlukla tepkisiz kalırlar çünkü izole olmuşlardır. Bu tür ailelerde sınırlar çok katıdır, aile üyeleri ne kendi duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını aile içinde karşılayabilir ne de diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarına yanıt verebilirler (akt. Nazlı, 2009, s.25,28-29). Sonuç olarak, anne babaların, çocuklarına yönelik tutumlarının sağlıklı olması, büyük ölçüde onların kendi içlerinde barışık, dengeli ve huzurlu olmalarına ve aynı zamanda birbirlerine karşı sevgi ve saygı içinde davranmalarına bağlıdır. Ancak bu ortamı etkileyen en temel faktör, anne babanın kendi çocukluk yıllarıdır (Yavuzer, 2017c, s.27). Çünkü çocuk yetiştirme tarzları ile çocukların aile içinde istismar ve ihmal edilmelerine yönelik bakış açısı, birbiriyle iç içe geçmiş olan iki temel konudur (Türel, Öztürk ve Çalıcı, 2018). Çocuk ihmali ve istismarına maruz kalan ebeveynlerin, kendi gelişim sürecindeki çocuklarını yetiştirirken onları, karşılaştıkları travmatik olaylardan zaman zaman koruyamadıkları da bilinmektedir. Bu nedenle, çocukların yaşadığı patoloji, çoğu zaman aile içinde yaşanan patoloji ile identiktir (Öztürk ve Şar, 2006; Şar, Öztürk ve Kundakçı, 2002; Öztürk, 2016). Görünürde normal aile dinamikleri içerisinde, çocuk yetiştirme stilleri açısından çocukluk çağı travmalarına yol açan durumlar bulunmaktadır (Derin ve Öztürk, 2018b). Genel olarak birçok ihmal ve istismar yaşantıları ile bağlanma sorunları da, görünürde normal aile ortamında yaşanmaktadır (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.23).

2.1.2. Ailede Travmatik Zemin

Her toplumda, her kültürde ve her tarihsel dönemde çocuk yetiştirme tarzları birbirinden farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, çocuk istismarı ve ihmaliyle, diğer bir ifadeyle çocukların aileleri tarafından ne oranda travmatize edildiğiyle yakından ilişkilidir. Çünkü çocuk yetiştirme tarzları, aile tarafından uygulanarak öncelikle anneden kıza olmak üzere kuşaktan kuşağa aktarılmaktadır. Öncelikle yeni doğan, toplumun ilk temsilcisi olan annesinin aracılığı ile kendisine sunulan çocuk yetiştirme tarzları ile karşılaşmaktadır. Bu ilk zamanlarda annenin çocuğuna hangi çocuk yetiştirme tarzı ile davrandığı kadar onunla kurduğu empati düzeyi de çocuğun ruhsal gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır (akt. Öztürk, 2016). Kendi geçmişinde bir tür travma yaşantısı olan anne ya da baba, gerek

aralarında gerekse de çocuklarıyla etkileşimlerinde zaman zaman güvene dayalı, samimi (şefkatli, ilgili) bir imaj çizerken bazen de istismarcı (saldırgan, öfkeli, dediğini kabul ettirmeye çalışan) bir kimliğine bürünebilmektedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.78-79). Ebeveynlerin bu yanlış çocuk yetiştirme stilleri, çocukları travmatize edebilmekte hatta onları diğer travmatik yaşantılara karşı savunmasız bırakabilmektedir. Bu süreç çocuk ve ergenleri, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarının etkisiyle, çoğu zaman dissosiyojen ve disfonksiyonel bir aile ortamı içerisinde yaşamaya mahkum etmektedir (Derin ve Öztürk, 2018b; 2019; Öztürk, 2016; 2017).

Yaşamları olumlu deneyimlerden ve sevgi dolu kişiler arası ilişkilerden oluşanların aksine, yaşamları travma ve negatif ilişkilerden oluşanların devam eden veya tekrarlayan negatif ilişkilerinde bir tür "*kendini gerçekleştiren kehanet"* riski bulunmaktadır (Cloitre ve Rosenberg, 2006). Çocukluk çağı travmalarının çeşitli türlerine yol açan bu felaketlerden biri, aile ihmaline kadar sürükleyen, çocuklar ve bakıcılar arasındaki bağın bozulmasıdır. Bağlanma, sağlıklı duygusal ilişkiler kurma ve sürdürme kapasitesidir. Çünkü bir bakıcı ve çocuk arasındaki birincil bağlanma ilişkisi, gelişim için sağlıklı bir duygusal matris sağlamaktadır (Perry vd., 2002). Yetişkinlikteki kişilik yapısının, henüz olgunluğa erişilmemiş yıllardaki (çocukluk) kilit figürlerle (özellikle bağlanma figürleri) kurulan ilişkinin bir ürünü olduğunu belirtilmektedir. Çocuğa küsmek, çocuğun yaklaşma girişimlerini geri çevirmek, çocuğu evi terk etmekle tehdit etmek ya da onu uzaklara yollayacağını söylemek gibi yaptırımlar, çocuklarda ruhsal açıdan büyük yıkımlara neden olmakta ve bunlar tekrar tekrar yoğun biçimde uygulandığında da vahim etkiler yaratmaktadır (Bowlby, 2014, s.261-262). Çünkü ebeveyn yetersizliğine veya travmalara maruz kalan çocuklar, ailelerinin hüküm sürdüğü şeylerin bilinçli olarak farkındadırlar (Turkel, 1992). Ancak bakım ortamında ortaya çıkan kişilerarası bağlanma şeması, zamanla normal bağlanmadan sapmaktadır. Örneğin, fiziksel olarak saldırgan bir evde, bakım için bir koşul olan yakınlık, fiziksel saldırıyı da ortaya çıkarabilmekte ve böylece bakım ile fiziksel saldırı eşleşebilmektedir. Cinsel istismara uğrayan evlerde yakınlık cinsel aktiviteyle gösterilebilir. Bu tür deneyimler, özellikleri ne olursa olsun, kişilerarası ilişki kurmanın kötüye kullanım anlamına geldiğini ve kötüye kullanımın bir bağlantı yolu olduğunu gösteren kişilerarası ilişki şablonlarına yol açmaktadır. Bu şemalar, gelecekteki davranışlar için otomatik olarak etkinleştirildiklerinde de, çocuklukta belirlenen negatif modelleri yetişkinlikte uyumsuz olan tekrarlayıcı aktivitelere yönlendirerek, tekrar travmaya açık hale getirmektedir (Cloitre ve Rosenberg, 2006).

2.1.2.1. Dörtlü bağlanma modeli

Dörtlü Bağlanma Modeli kişinin kendisi ve başkalarıyla ilgili zihinsel modellerini, olumlu ve olumsuz olmak üzere iki boyutta ele almaktadır. Olumlu benlik ve olumlu başkaları modelinde *güvenli (secure) bağlanma* yer almaktadır. Olumsuz benlik ve olumlu başkalarını içeren ilişkide *saplantılı (preoccupied) bağlanma* bulunmaktadır. Olumsuz benlik ve olumsuz başkalarını içeren ilişki modeli *korkulu (fearful) bağlanma* ve olumlu benlik ve olumsuz başkalarını ifade eden ilişki biçimi *kayıtsız (dismissing) bağlanma* boyutunu açıklamaktadır (Bartholomew ve Horowitz, 1991; Öztürk, 2017, s.14). Aşırı bağımlılık ya da kaygılı bağlanmada kişiler, bağlanma figürlerinin ihtiyaç duydukları zaman kendilerine yanıt vereceklerine dair güven sorunu yaşadıklarını, ancak bu figürlere yakın dururlarsa onlara ulaşabileceklerini düşünmektedirler. Bu kaygılı bağlanma, güvensiz bağlanmayı yansıtmakta ve bağlanma figürlerinin ulaşılamaz ve duyarsız olmasından ya da yanıt vermemesinden duyulan korkuyu açıklamaktadır. Bununla birlikte ebeveynlerin çocuklarını uslu durmadıkları takdirde sevmemekle ya da terk etmekle tehdit ettiklerinde de, çocuklarda kaygılı bağlanma eğilimleri güçlenmektedir (Bowlby, 2014, s.267,269,272,285,289,321). Zira, travmatize edilmiş çocukların psikolojik uyumu, ebeveynlerinin ihmal ve ilgisizliklerine karşılık temelde anne babaları ile bağ kurmaları (*attachment*) ve bu bağı sürdürmeleri üzerine kurulmuştur (Öztürk, 2017; Liotti, 2004). Özellikle de kronik çocukluk istismarı, olağan bakım ilişkilerinin oldukça bozulduğu ailedeki yaygın terör ikliminde vuku bulmaktadır. Mağdur çocuk, şiddet araçları ve ölüm tehdidiyle dayatılan karakteristik bir totaliter kontrol kalıbında aralıklı ödüller eşliğinde tecrit, gizlilik ve ihanet içinde istismar edilmektedir. Bu tahakküm ikliminde gelişen çocuklar, kendisini ihmal ve istismar edenlere bir yetişkinden daha çok patolojik bağlılık geliştirmekte ve bu bağlılıklarını kendi refahını, gerçekliğini, hatta hayatını hiçe sayarak sürdürmeye çalışmaktadır (Herman, 2019, s.123).

Aile içinde yaşanan çocukluk çağı travmaları, bireyin bütünlüğü ve ruhsal sağlığı üzerinde aile dışındaki travmalardan daha büyük etkiler yaratmakta, dolayısıyla aile içinde ihmal ve/veya istismar yaşayan çocuk ve gençlerin *vulnerabl* (yaralanabilir, kolay incinebilir, savunmasız ve hücuma açık) olma ihtimali çok daha yüksek bulunmaktadır (Öztürk, 2017, s.78). Aynı zamanda aile içindeki patolojik iletişim de, onların psikolojisi üzerinde sarsıcı etkiler bırakabilmektedir. Yüksek derecede emosyon ifadelerin ve *double bind*' in (kendisini iki arada bir derede, bir çift açmaz içinde bulma) eşlik ettiği travmatik ilişki süreçleri, ailesel kaosa dönüşmekte ve travmatik yaşantıların yanı sıra bu süreçlerin eşlik ettiği patolojik ilişkilerle birlikte travmatik aile yaşantılarına zemin hazırlayarak kişinin psikolojisi üzerinde travmatik bir etken yaratabilmektedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.78). Özellikle

görünürde normal aile dinamikleri ile karakterize ve gerçekte disfonsiyonel olan görünürde normal aile modelleri, çocukluk çağı travmalarına yol açmaktadır. Büyük oranda anne babalar subklinik süreçtedir. Nadiren biri psikiyatrik tanı alırken, çok nadir olarak her ikisi de tanı alabilmektedir. Sonuç olarak bu aileler, kendi hatalarından dolayı sorunlu çocuklar yetiştirmektedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.85; Öztürk, 2020, s.370).

2.1.2.2. Görünürde normal aile dinamikleri

Görünürde normal ailelerde, sık rastlanan ilişki dinamikleri bulunmaktadır. *Sahte karşılıklılık* dinamiğinde, anne ve baba anlaşmazlık yaratmama konusunda hassastır. Ancak bu durumda her iki tarafta kendine ait temel özellikleri ortaya koymaktan kaçınır. Görünürde mutlu bir aile tablosu olsa da, hiç kimse tam olarak kendisi değildir. Sonunda aile üyeleri içinden buna isyan eden biri çıkar ve bu isyan sorunlu bir genç, depresif bir anne, alkolik bir baba ya da aldatan bir eş olarak kendisini gösterir. Sahte karşılıklılıkta aile içinde kimse gerçek bir ilişki kuramadığından başta çocuk olmak üzere herkes için duygusal ihmal yaratan bir süreçtir. *Çift mesaj* dinamiği, yetişkinlerin çocuklarla iletişiminde çoğu zaman yapmasını istedikleri bir konuyu dile getirirken aynı anda bunun tam karşıtı anlamına gelebilecek bir tutum sergilemelerini ifade etmektedir. Örneğin *'bugünlerde hiç ders çalışmıyorsun'* şeklinde söylenerek ilkokul öğrencisi kızına sitem eden anne, kısa bir süre sonra *'bu kadar ders çalışılmaz ki, iyice abarttın'* diyerek çocuğunun zihnini oldukça karıştırır ve bu durumda çocuk ne yapacağını tam olarak kestiremez. Bu açıdan çift mesajlar, aile içinde çocuklar ile ebeveynlerin arasını en çok bozan patolojik dinamiklerdendir. *Ailede gizli cepheleşme* dinamiğine sahip ailelerde açıkça söylenmese de, çocuklardan birinin ebeveynlerinden birine daha yakın, diğerine daha uzak olması gibi gizli bir cepheleşme vardır. Çocuk ya da genç, anne ya da babasından aldıklarını kendi kişiliğiyle birleştirmek zorunda kalır ve bu cepheleşme onun ruhunda bir ikileşme yaratır. Bir çocuğa gereğinden fazla önem ve değer, diğer çocuğa ihmalkar tutumla karakterize olan çocuk ayrımı da bu dinamiği kapsamaktadır. *Hasta /aptal rolü* dinamiğinde, aile içinde ortak bir çaba ile bir günah keçisi ya da nefret nesnesi oluşturulur. Buna maruz kalan aile bireylerinden (bu genellikle çocuk olur) her problemin sorumlusu olarak görülür. Bu çocuğun psikolojik açıdan sorunlu görülmesi, yeteneksizlik ya da beceriksizlikle suçlanması, küçüklükten itibaren bu role sokulmasına ve yalnız bırakılmasına neden olur. Bunun sonucunda çocuk, gerçekten psikiyatrik problemler geliştirebilir. *Şımartılma* dinamiğine maruz kalan çocuklarda, özellikle *frustrasyon* toleransının düşük olduğunu gözlemlemek mümkündür. Çocuğun kişiliğinde narsistik bir yapılanmaya neden olarak sosyal ilişkilerinde ve karakter oluşumunda negatif izler

bırakmaktadır (Öztürk, 2017, s.81-83; Öztürk, 2020, s.360-363). Aynı zamanda çocukların hiçbir engelle karşılaşmalarına fırsat verilmediğinden, onların yeteneklerini geliştirmeleri için de yeterince imkan bulamamalarına neden olmaktadır (Adler, 2017, s.33). *Arkadaş anne/baba* dinamiğinde ebeveynler, çocuğu ile arkadaşıymış gibi iletişim kurar. Bu yaklaşım ebeveynlerin çocukları üzerindeki görev ve sorumluluklarını gerçekleştirmesinde ihmallere yol açabilir. *Anne Baba Reddi* dinamiği, çocuğu ile sürekli yarış halinde olan ebeveynlerde oldukça sık görülür. Çocuk ile yaşanan anlamsız ve şiddetli tartışmaların yanı sıra, çocuğunu sürekli eğitimlere, kurslara, sosyal faaliyetlere gönderme en belirgin göstergeleridir. Çocuğun yaşamını doldurmadaki bu çaba, ebeveynin çocuğu ile iletişiminde blokaj yaratmakta ve birlikte geçirilen nadir zamanlar ile olması gereken iletişimi kesintiye uğratarak duygusal ihmale neden olmaktadır. *Duyarsızlık* dinamiği, anne babanın, çocuğun başarısına, gelişimine, başarısızlığına, hastalığına tepkisiz kalmasıdır. Bu anne babalar, çocuklarıyla duygusal bir bağ kurmaktan yoksundur. Empati düzeyleri oldukça düşük olan bu anne babaların çocuklarıyla kurdukları sınırlı duygusal bağ, onların gerekli sevgi ve ilgiden mahrum yetişmesine neden olmaktadır. *Ebeveynlerin rol değişimleri ve diğerinin yerini doldurma girişimleri* dinamiğinde, ihmal eden ebeveynin yerini diğeri doldurmaya çalışır. Bu başarısız çaba, çocukla kurulan iletişimi, sadistik bir hale dönüştürebilir ve anne ya da babanın, diğer ebeveynin rolüne kayması ve özenmesi, çocuğun ruhsal yapısında negatif etkiler yaratmaktadır. *Yüksek beklenti düzeyi* dinamiği, anne babaların, çocuklarından bir yetişkin gibi davranmasını, örnek çocuk olmasını ya da geleceğini garanti altına almasını talep etmekle karakterize olan çok ısrarcı ve şiddetli isteklerini içermektedir. Çocuğun yapamayacağından fazla olan bu yüksek beklenti, onların üzerinde yoğun bir duygusal yük oluşturmaktadır (Öztürk, 2017, s.83-84; Öztürk, 2020, s.363-365). *Okutulmama* dinamiği, çocuklarını okutmayan ebeveynlerin, çocuklarının meslek sahibi olmasına engel olarak onları hem kendilerine hem de diğer insanlara adeta kurban etmesidir. Bu istismarcı ebeveynler, gelişimlerine engel oldukları çocuklarının, çaresizliğiyle beslenerek hem kendilerini iyi hissetmekte, hem de bu yolla onları kontrol edebilmektedirler. *Doktora veya dişçiye götürmeme* dinamiği, bir histerik ve yanlış çocuk yetiştirme stili körlüğündeki ebeveyn kitlesinin, kendi çocuklarının sağlık sorunlarına duyarsız kalarak ihmallerini sürdürmeleridir. Bir çocuğun ya da gencin ihtiyaç duyduğunda bir uzmandan sağlık yardımı almasının kısıtlanması, uzun dönemde onun ruh sağlığı üzerinde negatif etkiler yaratarak travmatize ve dissosiye etmektedir. *Çocuk işçiliği* dinamiği, ebeveynleri tarafından çocuğunu, evin geçimini sağlamak amacıyla, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ahlaki açıdan tehlikeli ve okuluna düzenli devam etmesini engelleyen işlerde çalıştırılmasıdır. Dissosiyojen aile ortamında yetiştirilen bu

çocuklar, fiziksel ve duygusal açıdan taşıyamayacakları yükler altında bırakılmış olurlar. *Değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar* dinamiği, anne baba ya da her ikisinden, özellikle de dominant olan ebeveynlerden biri tarafından kural veya kuralsızlıklar değişken oranlarda uygulanır. Net kuralların olmadığı bu aile ortamında, bazı kurallar dominant ebeveynin isteğine göre uygulanmakta ya da uygulanmamaktadır. Bu ebeveynler, sürekli çift mesajlar vererek affektif mobiliteleri ile çocuklarında psikiyatrik problemlerin gelişimine zemin hazırlamaktadır (Öztürk, 2020, s.365-367).

2.1.3. Görünürde Normal Aile Modelleri

Psikopatoloji açısından *Görünürde Normal Aile Modeli,* tanı alan bir çocuk ve genellikle tanı almayan ancak eşik altı tanı kriterleriyle seyreden anne babadan oluşan aile yapısını ifade etmektedir. Bu aile içinde nadir de olsa, eski yıllarda tanı almış ve tedavisi bitmiş ya da tedavi olmayıp zaman içinde nispeten normale yakın bir hal almış anne ve baba ile yine tanı alan bir kardeşe rastlanmaktadır (Öztürk, 2017, s.80). Görünürde normal olan ailelerdeki bu yoğun patoloji, sosyal iletişim esnasında diğer aileler ya da yakınlar tarafından çoğu zaman fark edilmez ve hatta bu görünürdeki normal ailelerin ilk izlenimleri onlar için pozitiftir. Zamanla içlerine girdiklerinde onların patolojilerinden kendilerini zor kurtarabilir ve çoğu zaman psikolojik açıdan etkilenebilirler (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.78).

2.1.3.1. Dışa dönük (extratensive) aile

Dışa dönük aile modelinde, dominant (baskın) olan ebeveynin, eşine ve tüm aile üyelerine karşı sadistik davranışlara kadara dönüşen aktif bir egoizmi bulunur. Evdeki tüm normlar da, bu baskın aile üyesi tarafından belirlenir ve evdeki sessizliği saplamanın tek yolu bu baskıcı emirlere uymaktan geçmektedir. Aksi durumda bu normlara uyulmadığında baskın aile üyesi tarafından krizli bir atmosfer yaratılarak ödettirilir. Pasif aile üyesi, çocuklarını bu istismarcı ve ihmalkar ebeveynin tutumlarından koruyamaz ve çoğu aile üyesi bu psikopatolojik sürece zamanla alışarak yadırgamaz olurlar. Bu aile modelinde, sosyal açısından tek hakim dominant üyedir. Genellikle üst sosyoekonomik ailelerde anne, alt sosyoekonomik ailelerde baba, bu rolü üstlenir. Dominant olan bu aile üyesinde, sık duygudurum dalgalanmaları, yoğun öfke ya da öfkeyi kontrol edememe, geçici dissosiyatif ya da paranoid belirtiler ve kimlik konfüzyonu görülür. Pasif gibi görünen ebeveynde ise, daha çok tutarsız ve comformist davranışlar, telkine açıklık ve sosyalizasyon eksikliği görülebilir. Nadir de olsa, pasif ebeveyn de ailedeki kontrolü ele geçirdiğinde istismarcı bir eğilim içine

girebilir ve *latent extratensive* konumunda olan pasif ebeveyn, partnerinin zayıf anında kontrolü ele almakta oldukça isteklidir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.85-86; Öztürk, 2020, s.370).

Bu aile modelinde yetişen çocuklar da, extratensif bir eğilim içindedirler. Çünkü çocuklar, ergen ve yetişkin olduklarında bu patolojideki dominant aile üyesini model alarak *explosif (patlayıcı)* bir yapı geliştirirler. Bu ailelerdeki çocukların zihinlerinde güç, patoloji ile özdeşleştiğinden dolayı en patolojik ebeveyni model alma eğiliminde olacaklardır ve var olan psikopatoloji ilişki kurma biçimleri daha da yoğunlaşarak sonraki kuşaklara aktarılacaktır. Aynı zamanda fiziksel ve duygusal travmaların en fazla yaşandığı bir aile ortamına dönüşmektedir. Dolayısıyla çocuk yetiştirmede ve aile dinamikleri açısından en patolojik aile modelidir. Eşler ve çocuklar nadiren birbirlerine karşı hatalarını kabul ederler. Aile içindeki yoğun sözel tartışmalar, fiziksel şiddete kadar gider. Bu atmosfer çoğu zaman patlayıcı özelliktedir ve evde yok denecek kadar az yaşanan duygusal yakınlık vardır. Bu durum evdeki tüm aile üyelerinin kendilerini bir aile gibi hissetmelerine engel olmaktadır. Ancak bu ailelerde boşanma olaylarına sık rastlanmaz çünkü patoloji adeta bir fanus içinde yaşanır. Dolayısıyla bu aileler, sosyal ortamda fark edilmezler. Narsist ve rekabete giren dışa dönük doğalarından dolayı, çevrelerinden kısa ya da uzun vadede yardım almış olsalar bile, küçük problemleri bahane ederek onlarla iletişimlerini keserler. Sonuç olarak bu psikopatolojik ailede yaşayan çocuklar, psikolojik bir yardım almazlarsa, kendi kurdukları ailelerinde de bu süreci devam ettirirler (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.86; Öztürk, 2020, s.370-371).

2.1.3.2. İçe Dönük (introversive) aile

İçe dönük aile modelinde her iki ebeveyn de introversif ve obsesif eğilimdedir. Aile içinde sınırlı bir iletişim vardır ve hiçbir zaman tam bir yakınlaşma sağlanamaz. Çocuklar da bu tutumla yetiştirildiğinden ciddi çatışmalar yaşanmaz. Çocuğun fiziksel bakımına, eğitimine ve gelişimine önem verilir ancak duygu alışverişi ve empati, aile içi iletişimde yetersizdir. Anne babanın sorumluluk duygusu, diğer ailelere yakın olsa da, duygusal anlamda yakınlık hissi tam yaşanamaz. Aynı zamanda belirgin düzeyde farklılaşan roller de yoktur. Sınırlar iyi çizilmiş olup, mesafe ve ayar problemleri yaşanmaz. Yüksek emosyon ifadelerine ve kontrolsüz davranışlara da izin verilmez. Dolayısıyla aile içi kaosun ve ilişki travmalarının en az yaşandığı aile modelidir. Genellikle fiziksel, duygusal ve cinsel istismar yoktur ancak ortalamanın biraz altında duygusal ihmal bulunur (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.86-87; Öztürk, 2020, s.372).

Toplum tarafından kolay kabul gören bu aile modeli, çocuğun topluma kolay uyum sağlamasına da yardımcı olabilmektedir. Çünkü çocukların özellikle fiziksel ihtiyaçlarına önem verilmesi ve yapabildikleri ölçüde biraz yetersizlikle devam eden duygusal yakınlıkları, çocuklarında aşırı bir psikopatolojiye ve bağlanma sorunlarına yol açmaz. Bu duygusal yetersizlik diğer akrabalar tarafından telafi edilir. Doğal olarak bu çocuklar uyumlu yapılarından dolayı, genellikle sosyal çevrelerinden destek ve yardım görürler ve yetişkin olduklarında, duygusal açıdan biraz sınırlı olsalar da mesleklerinde başarılı olarak diğer aile modellerine göre oldukça pozitif bir aile yaşamı kurabilirler (Öztürk, 2017, s.87; Öztürk, 2020, s.372).

2.1.3.3. Karma (mixed) aile

Karma aile modelinde ebeveynlerden biri içe dönük (introversive), diğeri dışa dönük (extroversive)' tür. İçe dönük olan ebeveyn çoğu zaman kadındır ve çocuklarıyla birlikte sürekli olarak eşinin sadizme kadar uzanan istismarına maruz kalır. Başta fiziksel ve duygusal travmalar olmak üzere ve aile terörizmi denilebilecek kadar yoğun aile içi travmalarının yaşandığı aile modelidir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.87; Öztürk, 2020, s. 372-373). Bu ebeveynlerin travmatik bir geçmişleri vardır ve bu travmatik geçmişi hem kendi travmatik yaşantılarının şimdiki zamandaki anıları üzerinde hakimiyet kurabilmek hem de zehir konteyneri olarak fayda sağlayabilmek adına çocuklarını ve hatta birbirlerini travmatize ederler (Öztürk, 2016; Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2020, s.373).

Dominant olan ebeveynin istismarına diğer aile üyeleri karşı koyamaz. O, gergin olduğunda bütün aile gerginleşebilir çünkü tüm aile üyelerine nüfuz etmektedir. Dolayısıyla aile içinde herkes, ona indeksli yaşar. Hatta bu etki istismarcıya bağlanmaya kadar gidebilir ve devamında istismarcıyla identifikasyona varabilir. Genel olarak aile bireylerinin hepsinde terörizmin bir an önce yaşanıp bitmesini ve her şeyin eski haline (o anki durumdan daha katlanılabilir olan hal) dönmesini isteme duygusu hakimdir (Öztürk, 2017, s.87-88; Öztürk, 2020, s.373). Sık, şiddetli ve uzun süreli krizlere karşılık, kısa süreli mutlu anlarla beslenen bu dissosiyatif girdap, bütün aile bireyleri için artık daha tolere edilebilir hale gelmiştir ancak bu hal, *reviktimizasyon* (yeniden mağduriyet) döngüsünün temelini oluşturmaktadır (Öztürk, 2020, s.373).

Bu ortamdaki çocukların baş etme mekanizmaları, kontrol odaklarına göre şekillenir. Çocuk yüksek içsel kontrol odağına sahipse, yaşananlardan kendini sorumlu tutabilmekte, yüksek dışsal kontrol odağına sahipse yaşananların kendi dışında kaynaklandığına kanaat getirebilmektedir (Öztürk, 2017, s.88; Öztürk, 2020, s.373). Çocuk istismarcı ve disfonsiyonel

bir ev ya da savaşın, fakirliğin ve kargaşanın olduğu bir çevrede büyürse yüksek dışsal kontrol odağı geliştirmeye yatkındır. Çünkü yaşadığı deneyimler hakkında, dış etkiler dışında diğer mekanizmalar fark edemez. Bu da çaresizlik ve güçsüzlük duygusun ortaya çıkmasına neden olur. İstismara uğradığında da kontrol odağının yönünü kendine çevirir ve çaresizlik, güçsüzlük içinde kendisini suçlamaya başlar (akt. Öztürk, 2017, s.88; Öztürk, 2020, s.374). Çocuk bu dinamiklerle, aile içindeki psikopatolojileri kendi içinde normalize ederek katlanmaya çalışır ve istismarcı ailelerde çocuk kendisini sorgulamaya başlar. Bu sorgulama onun uyum odaklı savunmalarını yıksa da çocuk, istismarcı ebeveyne duyulan nefret ve öfkeyi kendisine yönlendirmesiyle ailesine olan bağını sürdürmeye çalışır (Öztürk, 2020, s.374). Bu modelde aile içinde yaşanan travmatik yaşantılar, yakın iletişimde olunan kişiler tarafından da ifade edilmediğinden ve çocukların ifade etme çabalarına ceza ile karşılık verildiğinden, aile içindeki seyircilerin bulunmasıyla istismarın daha uzun süre, daha şiddetli ve çok daha sık yaşanmasına yol açmaktadır. Sonuç olarak bu modelde yaşayan çocuklar içe dönük ya da dışa dönük olabilirler ancak nadirde olsa bir yardımcı ego (öğretmen, akraba, komşu gibi) psikopatolojik sürece müdahale edebilirse olumsuz etkileri daha aza indirilebilir (Öztürk, 2017, s.89; Öztürk, 2020, s.375).

2.1.3.4. Dönüşebilen (reversible) aile

Dönüşebilen aile modelinde hangi ebeveynin içe dönük, hangi ebeveynin dışa dönük olduğu belli değildir. Aile içinde sürekli olarak roller değişiklik gösterir ve bu rol değişimlerinin ne bir zamanı, ne bir nedeni yoktur. Belirli bir an ve olayda dominant olan ebeveyn, başka bir andaki aynı olayda pasif olabilir. Değişen tutumlar ve davranışlar içinde duygular, sevgiden hızlıca nefrete dönüşebilir. Bu aile modeliyle yetiştirilen çocuklarda güvensiz bağlanma stili yerleşiktir ve bütün ilişkilerinde sevgi ile nefret çatışması hüküm sürmektedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.89-90; Öztürk, 2020, s.375-376). Bu açıdan istismarcıya bağlanma kilidinin anahtarı, sevgi/nefret çatışmasının çözümlenmesi ve inkar edilmiş hislerin idrakinden geçmektedir. Çünkü çocuğun istismarcıyı hem sevme hem de nefret etme ikilemi, çocukta ciddi bir problem olarak içselleştirilir. Bu sebeple bireyin her yönden sağlıklı bir yetişkin olarak yoluna devam edebilmesi için travmayla baş etme sonrasındaki adım olarak bu çatışmaları çözümleyebilmesi gerekir. Aksi durumda kişi, bu çatışmaların çözüldüğünü varsayacak fakat daha sonra bir vesile ile yeniden kaçınılmaz biçimde kendisini bu çatışmanın ortasında bulacak ve bunun sonucunda ambivalansif ve defansif tutumu hiç olmadığı kadar daha da güçlenecektir (akt. Öztürk, 2017, s.90; Öztürk, 2020, s.376).

Bu aile modeli, çocuklara en çok duygusal travmaları yaşatan aile modelidir ve her sosyoekonomik düzeydeki ailelerde görülebilir. Çocuklar bu güvensiz bağlanma stiliyle yetiştiklerinden dolayı, patolojilerinin sonucu olarak yetişkinliklerinde, ebeveynleriyle benzer bir doğada olurlar (Öztürk, 2017, s.90; Öztürk, 2020, s.376). Aile içindeki bu dönüşümlü istismar odağı, bütün aile bireylerinin sınırlarını kırarak mesafelerini bozar ve onları diğer istismarcı kişiler için hedef haline getirir (Öztürk, 2020, s.376). Aynı zamanda bu ailelerin kendine özgü kural ve normları bulunmadığından, toplum tarafından kabul görmeyerek dışlanmaktadırlar. Ailede stabil bir iletişim tarzı oluşamadığından süregiden bir kriz durumu yaratılır ve yakın iletişim kurulan kişilerde krizin çözümüne dahil edilir. Bir zaman sonra ailenin bu kuralsız ve değişken yapısı daha patolojik hale gelir (Öztürk, 2017, s.90; Öztürk, 2020, s.376).

2.1.3.5. Bölünmüş (dissosiyatif) aile

Dissosiyatif aile modeli, açıklanan dört aile modelinden biridir ancak ayırıcı olan aileden en az biri dissosiyatiftir (özellikle çocuk, nadiren anne) ya da subklinik dissosiyatif yaşantılar oldukça hakimdir. Aile içinde saklanan sırların bulunması ve zamansız olarak bu sırların (örneğin evlat edinilmiş veya evlatlık olarak verilmiş bir çocuk, akrabalar arasında yaşanan eski öyküler, şüpheli ölümler, ebeveynlerin dual yaşamları gibi) açıkça konuşulması oldukça sık görülmektedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.90; Öztürk, 2020, s.376-377). Çoğunlukla anne ya da diğer kadın akrabaların öykülerinde intihar girişimleri bulunmaktadır. Ailedeki ebeveynler, tüm öfke ve açmazlarını bir çocuğun üzerine odaklayarak, öteki çocukları aşırı koruma eğilimine girebilirler. Bu ailedeki çocuklar, dışa dönük ailelerdeki gibi oldukça travmaya maruz kalsalar da kurban olarak seçilmeleri söz konusudur (Öztürk, 2017, s.90; Öztürk, 2020, s.377). Çifte mesaj, sahte karşılıklılık, güvensiz bağlanma, ailede gizli cepheleşme, hasta ya da aptal rolü, şımartılma, anne babalık reddi, çocuk ayrımı, ihmal ve duyarsızlık bu aile modelinde diğerlerine göre daha sık görülmektedir. Daha çok ailede kutuplaşan roller ve dönüşümlü istismarcı-kurban-seyirci döngüsü hakimdir. Bu ailelerin çocukları, değişken iletişimleri olan, suicide riski yüksek, depresif ve explosif (patlayıcı özellikte) kişiler olabilmektedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.91; Öztürk, 2020, s.377).

2.1.3.6. Şizoidi aile

Şizoidi aile modelinde, ebeveynlerin sosyal çevre ile ilişkileri yok denecek kadar azdır. Dışarıdan bakıldığında kendi halinde bir izlenim vermekle birlikte tuhaf da görülebilmektedir ve hem anne ile baba arasında hem de çocukla kurulun iletişimde ilişkiler patolojiktir. Dolayısıyla çocuklar açısından en dazla fiziksel ve duygusal ihmalin yaşandığı aile modelidir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.91; Öztürk, 2020, s.377). Bu anne babalar, kötü niyetli ya da istismarcı değillerdir. Sadece psikolojik yapılarından dolayı yalnız kalmayı tercih ederler ve empati kurmak konusunda yetersizlikleri bulunduğundan bu yetersizliklerini de değiştirebilme imkanları yoktur (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2020, s.377).

Ebeveynler daha çok *infantil* (çocuksu) ve *immature* (olgunlaşmamış) bir kişilik yapısı sergilerler. Bu ailelerde ya çocuklara hiç sorumluluk verilmez ya da tüm sorumluluk büyük çocuklardan birine yüklenir. Yetişkin kimliğine itilen çocuk, duygusal olarak aşırı bir yük üstlenmek zorunda kalır. Patolojiden dolayı zamanla evin maddi ve manevi sorumluluğunu üstlenemeyen ebeveynler, tüm geçimi çocuklarından bekler hale gelirler (Öztürk, 2017, s.91; Öztürk, 2020, s.377-378). Bu ailelerin dağınık bir yaşam stili vardır. Aile bireylerinin birbirlerine karşı sorumluluk duyguları yoktur ve bu bireyler ortalama fiziksel bakımlarını bile gerçekleştiremezler (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.91; Öztürk, 2020, s.378). Sonuç olarak bu aile modelinde yetişen çocuklar, bazen yaşamla baş etmek adına bir kaçış yolu bulurlar. Özellikle zeki ve uyumlu olanlar, çevrenin takdir ve desteğini alarak başarılı bir iş ve aile yaşamı oluştururlar ancak aktüel yaşamlarında şizoid yapılarını da korurlar (Öztürk, 2017, s.91; Öztürk, 2020, s.378). Bu çocuklar, ebeveynlerinin değişim şansı olmayan konularda yetersiz kaldıklarını fark ettiklerinden hiçbir zaman onlara yönelik bir öfke geliştirmezler. Aynı zamanda ebeveynleriyle yaşlılıklarında da ilgilenerek bakımını üstlenirler. Bu süreçlerde ebeveynlerle kurulan derin iletişim, geçmişin ihmal odaklı yaraların kolaylıkla sarılmasına yardımcı olur (Öztürk, 2020, s.378).

2.1.3.7. Melankolik (depressive) aile

Depresif aile modelinde ebeveynler ve çocuklar, depresif bir mod içindedir. Aynı zamanda aile içinden birkaç kişi depresyon tanısı bile alabilir. Evde iletişim negatif odaklı olup sürekli bir şikayet etme söz konusudur. Kendilerine sürekli haksızlık yapıldığı, daima başlarına kötü bir şey gelecekmiş beklentisi, herkesin onların kötülüğünü istediğini düşünme ve en küçük şeylerden bile kendisini sorumlu tutma gibi yanlış inanışlar hakimdir. Hayata dair beklentiler oldukça düşüktür. Bu ailelerde zaman zaman obsesif bir tabloya rastlanabilir. Aile

içinde en küçük kurallara uyulmadığında bile çocuk, sevilmemekle ya da reddedilmekle karşı karşıya bırakılabilir. Dolayısıyla, bu aile modeline sahip ebeveynler *fragile* (kırılgan), depresif ve tutuk çocuk yetiştirirler. Aynı zamanda ebeveynlerin tutumu aşırı kontrolcü olup, bireysel olmaktan uzak, bağımlı ve aşırı kuralcı bir yapıdadır. Bu ailelerde çocuk depresyon tanısı almasa da, anne mutlaka almaktadır (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.91-92; Öztürk, 2020, s.378-379).

2.1.3.8. Narsistik aile

Narsistik aile modelinde ebeveynler, genellikle kibirli, hak iddia edici, teşhirci ve hatta istismarcı bir yapıdadır. Statü açısından orta üst ya da üst sosyoekonomik düzeydedirler (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.92; Öztürk, 2020, s.379). İletişime geçtikleri aileler, daha düşük sosyoekonomik düzeydeki mütevazi ailelerdir çünkü bu aileler, seyirci olarak görülmekte ve narsistik aileler tarafından kullanılmaktadır. Narsistik ailelerde kıskançlık ve rekabet duyguları ön plandadır. Bu ailede yetişen çocuklar, abartılı bir özgüvene sahip oldukları için diğer çocuklarla iletişim problemleri yaşamakta ve uyumsuz davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu çocuklar kendi ebeveynlerini model almanın yanı sıra ender olarak iletişime geçilen mütevazi aile üyelerini model alıp onlarla iletişimlerini sürdürebilirler (Öztürk, 2017, s.92; Öztürk, 2020, s.379).

Sonuç olarak görünürde normal aile modelleri ve görünürde normal aile dinamikleri, travmatik yaşantıların etkisiyle yalnızca dissosiyatif bozukluğu vakalarının aile yapılarına özgü olmakla kalmayıp başka ruhsal bozuklukların aile yapılarında da gözlemlenebilmektedir. Yanlış çocuk yetiştirme stillerini benimseyip uygulayan bu aileler, disfonksiyonel oldukları için çocuğun gelişim sürecinde başta fiziksel ve duygusal çocukluk çağı travmaları ve ihmali olmak üzere nadiren cinsel travmaların yaşandığı ailelerdir. Çünkü çocuklarını travmalara karşı koruma yetenekleri sınırlı olduğundan, bu ailelerdeki patolojik dinamiklerle yetişen çocuklar, sosyal yaşamlarında da kırılgan ve savunmasız yapılarından dolayı daha fazla travmatik yaşantılara maruz kalabilmektedirler (Öztürk, 2017, s.92; Öztürk, 2020, s.379).

2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları

Çocukluk çağı travmaları, ani ve dışarıdan gelen bir darbe veya bir dizi hamle sonucu, bireyi zihinsel olarak çaresiz bırakan ve savunma sistemlerini geçici olarak fonksiyon dışı bıraktıran olumsuz yaşam deneyimleridir. Çocukluk çağı travmalarının hiçbiri çocuğun kendi zihninde oluşturulmaz, aksine çocuğun dışındaki olaylarla başlar ya da başlatılır (Terr, 1991).

Bu sebeple travma, çocuğun hayatını veya bedensel bütünlüğünü tehdit eden korkutucu, tehlikeli veya şiddetli bir olaya dönüşen, sevilen birinin hayatını veya fiziksel güvenliğini tehdit eden bir olaya tanık olmayı da ifade etmektedir (NCTSN, 2020). Ulusal insidans çalışması (NIS)-3'de, 18 yaşından küçük bir çocuğun, ebeveyni veya ebeveyn yerine geçen ikamesi tarafından yaralanması (zarar standardı) veya yaralanma riski (tehlike standardı) ile karşı karşıya bırakılmasına bağlı olarak sarsılmasını, yakılmasını veya boğulmasını içeren eylemler fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Duygusal istismar, sözlü şiddet, sert ve fiziksel olmayan cezalar veya tehditleri içermektedir (akt. Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Cinsel istismar, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılmasıdır (akt. Alpaslan, 2014). İhmal ise, çocuğun yiyecek, giyecek, fiziksel güvenlik, barınma, yeterli gözetim, sağlık gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamama veya temel duygusal ihtiyaçlarından yoksun bırakma, çocuğun sıkıntısına duygusal olarak tepkisiz kalma, sosyal ihtiyaçlarına cevap vermeme veya çocuğun olgunluk seviyesinin ötesinde ve güvenli olmayan durumlara maruz bırakma eylemlerini içermektedir (Teicher ve Samson, 2013). Bu çocukluk çağı travmalarına maruz kalmak, canlandırma riskini arttırmaktadır (Cloitre ve Rosenberg, 2006). Çocukluk çağı travmaları, yeterli kişilerarası desteğin yokluğunda, baskı ile ayrışmış disforik etkilere neden olmakta ve yeniden tecrübe edildiğinde, geçmiş deneyimler olarak bellekte tutularak birleştirilmektedir (Chu, 1991). Bu etki, yetişkinlikteki psikolojik işleyişte de zararlı sonuçlara dönüşebilmektedir (Nash, Hulsey, Sexton, Harralson ve Lambert, 1993). Çünkü çocukluktaki travmaların tüm formları, kişilerin hayatı ve çaresizliği için yoğun korku ve tehdit yaratmaktadır (Leonard, Follette ve Compton, 2006) ve travma deneyimi her bir çocuğa özgü olarak gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, ciddi sonuçlar, travmanın yoğunluğuna ve sıklığına bağlı olarak gerçekleşmekte; çocuğun özellikleri, fail ile ilişkisi ve bakıcıya erişimi, travmanın etkilerini değiştirebilmektedir (English, 1998).

Wyatt ve Newcomb (1990), istismar yaşantısını betimledikleri çalışmalarında, travma koşulları (*son istismarın yaşı, istismarın süresi, istismarcının yakınlığı, istismarın şiddeti, psikolojik baskı, genç failin suiistimali*) ile arabulucu değişkenlerin (*istismara hemen olumsuz tepkiler, dahili özellikler, açıklamanın kapsamı, yetkililerin katılımı*) olumsuz etkilere neden olduğunu açıklamışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, travma değişkenlerinin sadece ikisinin (istismarın ciddiyeti ve istismarcının yakınlığı), sonuç değişkenine doğrudan ve önemli etkileri olmuştur. Travma değişkenlerinin diğer dört koşulu (son istismarın yaşı, istismarın süresi, psikolojik baskı, genç failin suiistimali), sonuç değişkenine önemli ve

doğrudan bir katkı yapmamasına rağmen, bunlardan üçü (genç bir failin suiistimali hariç), ara değişkenlerin en az birini önemli ölçüde etkilemiş ve bu da sonuç değişkenine önemli ölçüde etki etmiştir. Travma değişkenlerinin ikisinin (istismarın şiddeti ve istismarın yakınlığı) yetişkinlerin olumsuz sonuçları üzerinde hem doğrudan hem de dolaysız etkileri olmuştur. Varsayılan dört aracılık değişkeninden sadece biri (yetkililerin katılımı) bu işlevi yerine getirmemişken, dahili arabulucu değişkenleri (acil olumsuz tepkiler ve içsel nitelikler) anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Çünkü bunlardan biri veya her ikisi de son istismar yaşının, istismar süresinin ve psikolojik zorlamanın olumsuz sonuçlar üzerindeki etkisini tam olarak açıklamıştır.

2.2.1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Tarihsel Süreci

Travma, bir durumun hem öznel hem de nesnel bileşenleri ile ilgili bir deneyimdir (Şar ve Öztürk, 2006). Travmatik deneyimler, gizli sırlarla nesiller boyu sürerek, evimizde, ailemizde, zihnimizde, duygularımızda, eğlence ve dostluk kapasitemizde, hatta biyolojimizde ve bağışıklık sistemimizde izler bırakmaktadır (Van der Kolk, 2019, s.1). Aynı zamanda travma, sadece durumsal bir olgu değildir, zamanla gelişen ve seyir izleyen, uzunlamasına bir sosyo-psikolojik süreçtir (Şar ve Öztürk, 2007; Şar ve Öztürk, 2006) ve bu süreçte travmatik olaylar, hayata ve beden bütünlüğüne yönelik tehditlerle ya da şiddet ve ölümle kişisel bir karşılaşmayı gerektirmektedir (Herman, 2019, s.42).

Çocukluk çağı travmaları, bireyin uyum kapasitesini, problem çözme ve olayların üstesinden gelebilme becerilerini, önemli derecede engellemekle birlikte kişinin bilişsel ve duygulanım alanlarında da yetersizliklere yol açmaktadır (Öztürk, 2003; 2017; Öztürk ve Derin, 2019a). Bu açıdan çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanmaktadır. Bununla birlikte travmatik bozuklukların, mahvedici tek bir olayın etkilerinden, uzamış ve tekrarlayan istismarın daha karmaşık etkilerine uzanan bir çeşitliliği bulunmaktadır (Herman, 2019, s.3). Dolayısıyla krizler ve travmatik olaylar, bireyi duygusal, davranışsal ve fiziksel olarak olumsuz etkileyen, baş edilmesi güç ve normal yaşam şartlarını zorlaştıran olaylar ve durumlar sonucunda, bireyin fiziksel bütünlüğünü, yaşamını, dünyaya ve insanlara karşı olan inançlarını tehdit etmeye yönelik karakteristik özellikler içermektedir (Zara, 2011, s.92). Bu sebeple gelişmeleri sekteye uğrayan bireyler, yaşamlarına yeni deneyimler katamamaktadırlar. Onlar için travmada olmak, sanki travma hala devam ediyormuş gibi değişmeden ve sabit bir biçimde yaşamını sürdürmek anlamına gelmekte ve

her yeni karşılaşma ya da geçmişteki olay yüzünden yeniden bozulmaktadır (Van der Kolk, 2019, s.53).

Tarihi çalışmalar, nörolojik patolojilerin bireyselleştirilmesine ve yeni bir psikiyatrinin doğmasına odaklanmıştır (Walusinski, 2011). Travma ve psikiyatrik hastalık arasındaki ilişkilerin ilk sistematik olarak araştırılması, Paris'teki *Salpêtrière Hastanesi*'nde büyük nörolog Jean Martin Charcot tarafından gerçekleştirilmiştir. *Le pere de la neurologie* olarak bilinen Profesör Jean Martin Charcot, modern tıp tarihindeki en etkili hekimlerden biridir. Freud, Babinski, Janet, Tourette ve Bouchard gibi öğrencileri ile bir isimsiz adaya ve en az 13 isimsiz hastalığa kendinden bir iz bırakmıştır. Charcot'un klinik işyeri olan *L'Hôpital Salpêtrière*, yarısından fazlası nörolojik hastalıktan muzdarip yaklaşık 5000 hastaya ev sahipliği yapmıştır. Eski bir barut deposu olan Salpêtrière, Paris toplumunun kötü yoksulluğunun yanı sıra hapishane, hastane ve iltica olarak hizmet vermekle birlikte, akıl hastaları ve cezai deliler için kalacak yer haline getirilmişti. Charcot, bu hastalığa yakalanmış bireyler kohortunda klinik özellikleri ayırt edebildi ve hastalarını gruplandırarak nörolojik bozukluklarının daha fazla anlaşılmasını ve yeniden sınıflandırılmasını sağlayan otopsiyi gerçekleştirdi (Waraich ve Shah, 2018). Artık Charcot, Salpêtrière'deki tıbbi bakımın gözetiminden resmen sorumlu oldu ve yaklaşık 3000'e varan nörolojik hastalar, kendisine vaka olmakla, ona çalışmalarını yapabileceği bir ortam sundu (Jay, 2000). Çalışmalar sonucunda Charcot, kadın hastalarda konvülsiyonlar, bükülmeler, bayılma ve bilinç bozukluğunun sergilendiği *histero-epilepsi* adlı yeni bir hastalık keşfettiğini düşünmüştü (Waraich ve Shah, 2018). Artık histerilerde, geniş bir deneyime sahipti ve bu vakalara nevroz demeyi tercih etti. Böylece, onları felç, anestezi, spazm ve kontraktür olarak sınıflandırarak bir dizi türü tanımlamış oldu. Charcot ayrıca akranlarının tıbbi görüşüne karşılık, histerinin erkeklerde nadiren bulunduğunu savundu. Histeriye, travmanın neden olabileceğini ve *demiryolu işçisi veya asker olan erkek vakalarında* ortaya çıkabilen bozukluğun organik bir durum olduğuna ve travmadan kaynaklanan nörolojik semptomların anlaşılmasına yol açtığına inanıyordu (Thorburn, 1967). Bu nedenle Charcot, bu hastalarda histerik atakların çözülemez olduğunu ve dayanılmaz deneyimlerin sürdüğünü açıklayan ilk kişi oldu (akt. Van der Kolk, 2007). Hiç şüphe yok ki, erkek vakalarda ve travmatik nevrozlarda histerinin varlığı üzerine yaptığı orijinal çalışmalar en büyük değere sahip olmakla birlikte, birinci dünya savaşında yaralıların değerlendirilmesinde de hekimlere, klinik rehberlik sundu (Thorburn, 1967). Charcot'un, geleneksel koğuş turlarının yerini, Salpêtrière amfi tiyatrosunda ışıklandırılmış bir sahnede, tiyatral klinik gösterilere ve hasta görüşmelerine bıraktı. Hipnoz ve klinik gösterilerdeki vakalar, halka açıldı. Bu *histeri şovları,* Paris'in entelektüellerinin ve

aristokrasisinin merakını uyandırdı ki, o dönem içinde histeri moda haline dönüştü. Bu yeni öğretim yönteminin dikkat çekmesi üzerine, Charcot'un nöroloji öğrencilerinden Sigmund Freud'u nevrozların psikolojik kökenleriyle ilgilenmeye itti (Waraich ve Shah, 2018).

Freud, travmatik deneyimin tekrarlayıcı müdahalesini, ilk olarak travmatik olayı idare altına alma girişimi olarak kavramlaştırmakla birlikte, "*tekrarlama zorlanımı"* (repetition compulsion) olarak tanımlamıştır (akt. Herman, 2019, s.51). Pierre Janet ise, travmatik bir olayın meydana gelmesini ve tamamen patlayan psikopatolojik ifadesi arasında uzun bir zaman geçebileceğini *"Duygunun asıl rahatsızlıkları, tam olarak kışkırtan olayın anında ortaya çıkıyor."* olarak açıklamıştır (akt. Van der Kolk ve Van der Hart, 1989). Bununla birlikte Janet, insanların şiddetli duygular yaşadıklarında, *zihnin olanları mevcut bilişsel planlarla eşleştiremeyebileceğini* öne sürmüş ve deneyime ait anıların kişisel farkındalığa entegre edilemez olduğunu, bunun yerine bilinçli farkındalıktan ve gönüllü kontrolden ayrıldıklarını vurgulamıştır (akt. Van der Kolk, 2007). Bu nedenle, travmanın zihin üzerindeki etkilerinin ilk kapsamlı formülasyonunu, travmatik anıları entegre etmemenin fikrine dayandığını *"Anlatım hafızası dediğimiz resitali yapamıyorlar ve yine de zor durumla karşı karşıya kalıyorlar."* sözleriyle açıklayarak, bu travmatik olayların bütünleşmesini (sentez) önleyen ve bununla birlikte travmatik anıları, sıradan bilinçten ayıran bir *"hafıza fobisi"* ile sonuçlanacağını belirtmiştir. Sonuç olarak travmanın hafıza izlerinin, kişisel bir anlatıya dönüştürülemedikleri sürece *tasfiye edilemeyen* bilinçsiz sabit fikirlere kadar uzandığını ve bununla birlikte dehşet verici algılamalar, obsesyonel meşguliyetler ve kaygı tepkileri gibi somatik deneyimler olarak sürmeye devam edeceğini bildirmiştir (akt. Van der Kolk, 2007).

Janet, parçalanmış travmatik anıları bilinçli farkındalığın dışında tutma çabalarının bu hastaların psikolojik enerjilerini aşındırdığını ve odaklanılmış yaratıcı eylemlerde bulunma ve deneyimden öğrenme kapasitelerine müdahale ettiğini öne sürmüştür (akt. Van der Kolk ve Van der Hart, 1989). Bununla birlikte travma geçirmiş hastaların, travma anımsatıcılarına orijinal tehditle ilgili olan ancak şu anda uyarlanabilir değeri olmayan tepkilerle tepki verdiklerini gözlemlemiş ve hastaların *travmaya bağlı* (Freud daha sonra *sabitlenmiş* terimini kullanacaktı) deneyimi kişisel farkındalıkların bütünlüğüne entegre edemediklerinde ve ayrıca hatırlatmalara maruz kaldıklarında, travmanın somatosensör temsilinin baskın olmaya başladığını *"Travmatik anıları entegre edemedikleri görülüyor, yeni deneyimleri özümseme kapasitelerini de kaybettiler. Bu kişilikleri kesinlikle belli bir noktada durmuş ve yeni unsurların eklenmesi veya asimilasyonuyla daha fazla büyüyemez. Tüm travmatize hastalar yaşamlarının evrimini kontrol etmiş gibi görünüyor; aşılmaz bir engele bağlanırlar."* olarak belirtmiştir (akt. Van der Kolk, 2007).

Josef Breuer ve Freud, *Histerik Olayların Fiziksel Mekanizması'*nda histerik saldırıların doğasını; *"Histerik olayların açıklamasının bir ayrışma varlığını varsaymanın gerekli olduğunu düşündüğümüze dikkat çekmeliyiz, bilinç içeriğinin ayrılması… Tekrarlayan histerik atakların düzenli ve esaslı içeriği, hastanın daha önce deneyimlediği psişik bir durumun tekrarlamasıdır."* olarak açıklamışlardır (akt. Van der Kolk, 2007). Breuer ve Freud, bu çalışmayı 1895 yılında *Histeri Çalışmaları'*nda genişlettiklerinde Janet'e olan borçlarını kabul etmiş ve "*histeriklerin esas olarak anımsamalardan muzdarip olduğunu*" belirtmişlerdir. Ancak Freud'un sonraki görüşünde, bilinçten ayrılan çocukluk çağı travmaların gerçek anılar olmadığını, çocuğun egosunu tehdit eden ve bu isteklerin bilinçli farkındalığına karşı savunmalara teşvik eden, kabul edilemez cinsel ve saldırgan istekleri olduğunu *Otobiyografik Çalışma'*da (1925), "*Bu hikayelere (çocukluk cinsel travmasının) inandım ve sonuç olarak, çocukluktaki cinsel baştan çıkarma deneyimlerinin sonraki nevrozunun kökenlerini keşfettiğimi varsaydım. Okuyucu benim inancımla başını sallamaya eğilimli hissediyorsa, onu tamamen suçlayamam… Sonunda bu baştan çıkarma sahnelerinin hiç gerçekleşmediğini ve sadece hastalarımın oluşturduğu fanteziler olduğunu kabul etmek zorunda kaldım.*" sözleriyle açıklamış ve böylece çocukluk çağı travmaların aslında hayali canlandırmalar olduğunu kabul ettiğini belirtmiştir (akt. Van der Kolk, 2007). Freud'un düşüncesindeki bu değişiklik (travma kuramından vazgeçilmesi), sonraki yıllarda Breuer'in dissosiyatif bozuklukları da içine alan çok geniş bir şizofreni tanımı yapmasıyla birleşmiş ve 20.yüzyılın ilk yarısında travma ve ayrışma (dissosiyasyon) konusunun unutulmasında önemli bir işlev görmüştür (Öztürk, 2003; Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2017, s.7). Sonuç olarak psikiyatri, bir disiplin olarak, normal insan ruhunun nasıl işlediğine ilişkin araştırmalarında Freud'u izlemeyi sürdürmüş ve gerçek hayattaki travmayı, fantezi lehine göz ardı etmiştir (Van der Kolk, 2007). Bununla birlikte histeri hastalarının ilk travmatik anılarından kurtulmaktan aciz görünmesi üzerine I. Dünya Savaşı, Freud da dahil olmak üzere dünyayı; travmanın, insanların ruhları üzerindeki etkilerinin kaçınılmaz gerçekliğiyle karşı karşıya getirmiş ve Freud'u, *travma üzerine fiksasyon* konusuna geri dönmeye itmiş ve böylelikle Janet'in şiddetli duyguların travmatik nevrozların köklerinde olduğu fikrini yeniden canlandırmıştır. Çünkü Freud, her nevrozun (1) bir amacı olduğunu, (2) bilinçaltı niyetlerle hastalığa ışık tuttuğunu ve ayrıca (3) savaşın sonunda savaş nevrozlarının ortadan kalkacağına inanmıştı ancak her üç konuda da yanılmıştı. Bu yanılgı sonrasında Freud da, travmanın tekrarlama zorlanımından etkilendiğini *Psikanaliz Üzerine Giriş Dersleri'*nde (1917) "*Travmatik nevrozlar, travmatik olaya yönelik bir fiksasyonun köklerinde olduğunu açıkça gösterir. Bu hastalar travmatik nevrozları rüyalarında düzenli olarak tekrarlarlar…*

Saldırının hastanın travmatik duruma tam olarak nakledilmesine uygun olduğunu bulduk. Sanki hasta travmatik durumu bitirmemiş gibi." sözleriyle açıklayarak travmatik deneyimlerin canlılığını koruduğunu dile getirmiştir (akt. Van der Kolk, 2007). Sonuç olarak travmatik olaylar insanların kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemlerini altüst ederek travma anında kurbanın ezici bir kuvvet tarafından çaresiz hale getirilmesine neden olmaktadır (Herman, 2019, s.41). Çünkü travmatik deneyim, anlam atfetme yeteneğine müdahale ederek ilişkisel kapasiteleri azaltmakta ve geçici kontrol kaybına yol açmaktadır (Şar ve Öztürk, 2006).

Travmatik deneyimin çözümü birden fazla bileşenden oluşmaktadır. Travma çözümünün ayırt edici özelliği, kişinin travmatik deneyime yeterince yanıt verebilme yeteneği ve fırsatına bağlı olmasıdır. Bununla birlikte, travmatik bir durumda mevcut yanıtlar oldukça sınırlı olabilmektedir. İlk olarak, kişi travmatik durumdan kaçabilmektedir. İkinci olarak, özne çözülene kadar durumu işleyebilmektedir. Üçüncü bir olasılık da, deneyimin bazı yönlerini inkar edebilmektedir ancak bu süreç, travmatik deneyimin yetersiz işlenmesiyle sonuçlanmaktadır (Şar ve Öztürk, 2006). Bu açıdan travmatik olayların şiddeti tek bir boyutta ölçülememektedir. Travmayı nitelemeye yönelik basit çabalar, en nihayetinde dehşetin anlamsız kıyaslamalarına kadar uzanmaktadır. Bununla birlikte belirli tanınabilir deneyimler, zarar olasılığını arttırarak gafil avlanma, tuzağa düşme ya da tükenme noktasına kadar varmaktadır (Green vd., 1990). Dolayısıyla zarar olasılığı, travmatik olaylar fiziksel ihlali ya da yaralanmayı, aşırı şiddete maruz kalmayı ya da grotesk ölüme tanık olmayı kapsadığında da artmaktadır (akt. Herman, 2019, s.42).

Travmatik hatıralar, bilinç dışında daha da gelişebilecek sabit fikirler olarak devam etmekte ve bazen rüyalarda, geriye dönüşlerde (*flasback*) ya da diğer ayrışma bölümlerinde kendilerini göstermektedir (Van der Hart ve Horst, 1989). Travmatik olayın bir başlangıcı, ortası ve sonu vardır ancak geçmişe dönüşler olayın kendisinden daha kötü bir hale gelmektedir. Çünkü ne zaman saldıracağı bilinemeyeceği gibi, bitmesini sağlamanın da hiçbir yolu yoktur (Van der Kolk, 2019, s.16). Bu açıdan bilişsel yansıtma kapasitelerini engelleme girişimleri, travmanın bir sonucu ve bir uyarlaması olabilmektedir. İstismara uğrayan çocuk için, istismarcının kötü niyetini düşünmek çok acı verici olmakla birlikte, bu strateji çocuğun yeterince işleyebilme kapasitesini zayıflatmakta ve ayrışma dahil olmak üzere ciddi psikiyatrik sekeller ortaya çıkarmaktadır (Fonagy ve Target, 1995). Sadece travmanın bilişsel farkındalığına varmak da oldukça yanıltıcı olabilmektedir. Olayların farkında olan, ancak ilgili duygusal deneyimin bilincinde olmayan hasta, deneyimi gerçeğe uygun bir şekilde bildirmemeye eğilimlidir. Bu tür hastalar çoğunlukla, olayların önemini, ezici bir şekilde

unutmak için inkar etmektedir. Ancak hastalar, depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, kendi kendine tahrip edici veya disfonksiyonel davranışlar gibi çok çeşitli semptomlar gösterebilmelerine rağmen yine de travmatik olayların önemini inkar etmeye devam etmektedir (Chu, 1991). Bu inkarın üzerine, travma yaşayan kişilerin koşullar karşısında yaptıkları ya da yapamadıkları şeylerden duydukları utanç da eklenmekte ve korktukları, öfkelendikleri, bağımlı ya da kışkırmış bir şekilde davrandıkları için kendilerini sürekli küçümsemeye dönüşmektedir (Van der Kolk, 2019, s.13). Sonuç olarak bu utanç, çaresizliğe, bedensel bütünlüğün ihlaline ve haysiyetin başkalarının gözünde zarar görmesine bir yanıt olarak sürmeye devam etmektedir (akt. Herman, 2019, s.65).

2.2.2. Çocukluk Çağı İstismarı ve İhmali

2.2.2.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, bir çocuğun ölümü de dahil olmak üzere fiziksel zarara neden olan eylemlerdir. Fiziksel istismar eylemleri, bir çocuğun tekmelenmesi, ısırılması, sarsılması, bıçaklanması veya yumruklanmasını kapsamaktadır (English, 1998). Aynı zamanda fiziksel istismar, genellikle bir yetişkinin eylemlerinden kaynaklanan kaza dışı bir yaralanmanın varlığıyla ortaya çıkmaktadır. Bu eylemler açık fiziksel şiddet veya aşırı ceza (zehirlenme ve aşırı sıcağa veya soğuğa maruz kalma dahil) ile karakterize edilmekle birlikte, çoğunlukla çocuğun ebeveynin taleplerini yerine getirememesi nedeniyle çocuğa yönelik ebeveynin öfkesinin de eşlik etmesidir (akt. Malinosky-Rummell ve Hansen, 1993). Dolayısıyla fiziksel istismar, yetişkin biri tarafından gerçekleştirilen fiziksel saldırılar sonucu yaralanma riskini ortaya çıkarmakta ya da yaralanma ile sonuçlanmaktadır (Kong ve Bernstein, 2009). Fiziksel istismara sıklıkla, cinsel istismar ve duygusal istismar da eşlik etmektedir (Cloitre ve Rosenberg, 2006).

Klimes-Dougan ve Kistner (1990) tarafından yapılan çalışma, ebeveynleri veya yasal vasileri tarafından katılmasına izin verilen 11 istismara uğramış ve 11 istismara uğramamış (her iki grupta da 7 erkek ve 4 kız) çocuk ile yürütülmüştür. İstismara uğrayan çocukların birincil bakıcılarının, çocuklarının kaza dışı yaralanmalarından dolayı devlet yetkililerine bildirdiği ve raporlandırılarak belgelenen vakaları içermektedir. Bildirilen son istismar olayı, çalışmaya başlamadan önce ortalama 24.73 ay (dağılım=9/41 ay) önce gerçekleşmiştir. Bulgular, birincil yaralanmaların, yumuşak doku travması olduğunu göstermiştir. Sonuçlar istismara uğrayan okul öncesi çocukların, istismara uğramamış okul öncesi çocuklara göre daha sık akranlardan çekilme veya daha yüksek saldırma olasılığının olduğunu ve daha fazla

uyumsuz davrandıklarını göstermiştir. Fiziksel istismara uğrayan 5 yaş altı 134 çocuk (dörtte biri düşük doğum ağırlıklı bebekler) ile yürütülen çalışmada; iki yıldan fazla süredir maruz kaldıkları şiddet sonrasında, çocukların 21'inin öldüğü, yarısına yakınının ciddi yaralandığı, 62'sinde belirgin ve kalıcı hasar olmayan ciddi yaralanmalar ile 31'inde yüzeysel yaralanmalar olduğu belirlenmiştir. Soruşturmanın detaylarında 65 çocuğun bir kereden fazla dövüldüğü, 20'sinde kalıcı nörolojik sekeller oluştuğu tespit edilmiştir. Çocukların aldıkları darbeler sonucunda 59 çocuğun, hastanede 1 hafta, 16 çocuğun 2-4 hafta ve 7 çocuğun 5 hafta veya daha uzun süre kalması gerekmiştir. Aynı zamanda fiziksel istismar mağduru çocukların kardeşleri arasında da mortalite ve morbidite yüksek bulunmuştur. 12 çocuğun ebeveyni, cinayet veya adam öldürmekten mahkum edilmiştir. Vakalar ile ilgili *"başını yatağa çarpmış olmalı, yataktan düşmüş, kolayca yaralanıyor"* gibi ifadeler, ebeveynler tarafından ilk açıklama olarak bildirilmiştir. Sonuçlar, çocuklara yönelik fiziksel istismarın nevrotik annelerle ilişkili olduğunu, birçok annenin uzun zamandır duygusal ve kişilik problemleri yaşamış olduğunu ve doğum öncesi faktörlerden bağımsız olarak çocuklarına karşı tutumlarını reddettiklerini göstermiştir (Smith ve Hanson, 1974).

1967-1971 yılları arasında Orta Batı'da bir metropol bölgesindeki çocuk ve yetişkin ceza mahkemelerinin istismar ve ihmal davaları incelenmiş ve 11 yaşından küçük çocuklar örneklem olarak belirlenmiştir. Fiziksel istismar vakalarında morluklar, yanıklar, sıyrıklar, yırtılmalar, yaralar, kesikler, kemik ve kafatası kırıkları gibi yaralanmalar ile diğer fiziksel yaralanma kanıtları bulunmuştur. Çalışma için yaş, cinsiyet, ırk, aile ve sosyal sınıf açısından benzer olan çocuklarla eşleştirilerek kontrol grubu oluşturulmuştur. 1989-1995 yılları arasında iki saatlik takip görüşmeleri yapılmıştır. Erken çocukluktaki fiziksel istismara yönelik öz raporlar, resmi fiziksel istismar vakalarıyla karşılaştırılarak mahkeme kayıtlarıyla kanıtlanmış ve değerlendirilmiştir. Ağır Şiddet ve Çok Şiddet alt ölçekleri (CTS) ile Çocukluktaki Fiziksel İstismar Raporu (SRCAP) sonuçlarına göre, fiziksel olarak istismara uğramış bireyler, çocukluk döneminde cinsel istismara ve ihmale de uğradıklarını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, fiziksel istismara uğrayan katılımcıların, kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla daha ciddi oranda fiziksel istismar yaşadıklarını göstermiştir (Widom ve Shepard, 1996).

Ebeveyn alkol kötüye kullanımı (sadece anne, sadece baba veya her iki ebeveyn) ile çocukluk çağı travmaları (istismar, ihmal ve hane halkı işlev bozukluğu) arasındaki ilişkiye odaklanan bu çalışmaya 8629 (kadın=4674 / erkek=3955) yetişkin katılmıştır. Ebeveyn alkolü kötüye kullanımı olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, anne (kadın=2.4 / erkek=2.0), baba (kadın=18.1 / erkek=14.8) veya her iki ebeveynin (kadın=3.8 / erkek=2.8) alkol kötüye kullanımının, her çocukluk çağı travma kategorisi için yaklaşık 2 ile 13 kat daha yüksek

olduğu bulunmuştur. Örneğin, alkolü kötüye kullanan her iki ebeveynle birlikte büyüyen erkekler için hırpalanmış bir anneye sahip olma olasılığı, 13 kat artmıştır. Alkol kötüye kullanımıyla ilişkili olarak çocukluk çağı travmaları alt kategorilerinden en fazla fiziksel istismar (kadın=25.1 / erkek=27.9) ve hane halkı işlev bozukluğu alt kategorilerinden ebeveyn ayrılığı veya boşanma (kadın=25.4 / erkek=22,6) ile hanedeki ruhsal hastalığın (kadın=25.3 / erkek=14.3) etkili olduğu görülmüştür (Dube vd., 2001).

Hall ve diğerleri (1991) tarafından yapılan çalışmanın son dalgasını yansıtan bu çalışmaya 248 anne katılmış ve bu kadınlardan 225'i temel görüşmeyi tamamlamıştır. 210 anne, altı ay sonra ikinci veri toplama aşamasını tamamlamıştır. Son aşama 12'inci ayda gerçekleşmiş ve 206 kadın tarafından tamamlanmıştır. Katılımcıların 61'i, en yaygın istismar eylemlerinin itilmek, yakalanmak, sürülmek veya tokatlanmak olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların %52'si, vurulduklarını ya da bir nesneyle vurma girişimlerinin yapıldığını ifade etmiş, 10 kişiden dördü, kendilerine bir şey atıldığını, 5 kişiden biri çocuklukta dayak yediğini belirtmiştir. Kadınların %70'i çocuklukta bir çeşit istismara uğradığını rapor etmiştir. Kadınların %36'sı şiddetli fiziksel istismara, %22'si cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Cinsel istismara uğrayanların yarısı eylemin şiddetli olduğunu ve kadınların beşte biri çocuklukta hem fiziksel hem de cinsel istismara uğradığını belirtmiştir. Şiddet içermeyen cinsel istismar yaşayanlar arasında, %14'ü fiziksel istismar, %4'ü hafif fiziksel istismar ve %45'i şiddetli fiziksel istismar olduğunu bildirmiştir. Sonuç olarak, çocukluk çağındaki şiddetli fiziksel istismar, yetişkinlikteki yüksek depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (Hall, Sachs, Rayens ve Lutenbacher, 1993).

2.2.2.2. Duygusal istismar

Duygusal istismar, bir çocuğun değer ve refah duygusuna yönelik yetişkin bir kişi tarafından gerçekleştirilen aşağılayıcı veya tehdit edici davranışlar ile sözlü saldırıları ifade etmektedir (Kong ve Bernstein, 2009). Diğer bir tanımlamaya göre duygusal istismar, çocuğu reddetme, tecrit etme, terörize etme, görmezden gelme veya onun ruhsal bütünlüğünü bozmayı içeren eylemlerin tümünü ifade etmektedir (English, 1998). Bununla birlikte duygusal istismar, çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesini, sosyal ilişkiden yoksun bırakılmasını, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle kullanılmasını, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulmasını ve topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesini kapsayan, aynı zamanda duygusal ve psikolojik gelişimine zarar veren tekrarlayıcı davranışlardır (akt. Dinleyici ve Dağlı, 2016). Çocuğa küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal

bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, sürekli alay etme, aşağılama duygusal istismarın diğer biçimleridir (Acehan vd., 2013).

Duygusal istismar ve duygusal ihmal oldukça sık olmakla birlikte, fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlük yaşanmaktadır. Duygusal ihmalde ise yeterli duygusal destek sağlamamak, ilgi ve sevgi göstermemek ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermek yer almaktadır. Duygusal istismar ve ihmalinin tanımlanması için şu ölçütler karşılanmalıdır; (1) duygusal istismar ve ihmali ana, baba ve çocuk arasındaki ilişki ile ortaya çıkar. (2) Bu ilişki, çocuğun ruh sağlığında ve gelişiminde bozukluk yaratması açısından zarar vericidir ve (3) oluşumu için bir fiziksel temas ön koşul değildir. Durumun tanımlanması için duygusal yanıtsızlık, çocuğa karşı olumsuz ve yanlış tutumlar, çocuğun gelişimiyle ilgili uyumsuz beklenti ve davranışlar, çocuğun kişilik ve ruhsal sorunlarını fark edememe, çocuğun sosyal uyumunu başlatacak yönergeleri sağlayamama etkenleri bulunmalıdır (Glaser, 2002).

Duygusal istismar ve ihmali, çocuklarda ve ergenlerde en sık görülen travma biçimleridir. Ne yazık ki, duygusal istismar ve ihmali, yakın zamana kadar araştırmaların odağı olamamıştır, çünkü fiziksel veya cinsel istismardan daha az zarar verici olduğu düşünülmüştür. Ancak mevcut araştırmalar, duygusal istismarın psikolojik durumun işlevselliğinde uzun süreli ve daha güçlü bir ilişkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Kaplan vd., 1999). Çocuklar kendilerine bakmakla yükümlü olan yakınlarına bir tür bağ ile bağlanmak istemekte ve her hangi bir şeye ihtiyaçları olduğunda önce bu kişilerden yardım beklemektedirler. Ancak, çocuklar yakınlık ilişkisi içinde oldukları kişilerden bir talepte bulunduklarında onların ilgisiz, kayıtsız ve bazen de şiddet ile karşılık vermesi durumunda psikolojik olarak yıkımla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (akt. Özgentürk, 2014).

Negatif çıkarımsal stillerin, depresyonun hem semptomlarına hem de teşhisine karşı savunmasızlığa katkıda bulunduğuna dair kanıtlar dikkate alındığında, bu bilişsel savunmasızlığın gelişimine katkıda bulunabilecek faktörleri incelemek gerekmektedir. Mevcut çalışma iki alt çalışmadan oluşmakla birlikte, birincil amacı ebeveynlerden gelen duygusal istismar deneyimlerinin ve akranlardan alınan sözel mağduriyetin, çocukların çıkarımsal stillerindeki olumsuz değişikliklere ve depresif semptomlardaki artışa katkıda bulunacağı hipotezlerini test etmektir. Çalışma 1'de, 12 aylık bir takip sırasında meydana geldiği bildirilen duygusal istismar düzeylerinin çocukların nedenleri, sonuçları ve benlik özellikleriyle ilgili çıkarımsal stillerindeki olumsuz değişikliklerin yanı sıra depresif semptomları takip edilmiştir. Çocukların çıkarımsal stilleri, Çocukların İlişkisel Stil Anketi (CASQ) ve Çocukların Bilişsel Stil Anketi (CCSQ) kullanılarak ölçülmüştür. Bulgular,

duygusal istismar raporlarının, çocukların sonuçlara ve benlik özelliklerine ilişkin çıkarımsal stillerindeki değişikliklerin yanı sıra, depresif belirtilerle önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışma 2'de özellikle ebeveynlerden gelen duygusal istismar raporlarının yanı sıra akranlardan gelen sözlü mağduriyet raporlarını değerlendirilmiştir. Bu aşamada, depresif belirtileri değerlendirmek için Çocuk Depresyon Envanteri (CDI) ve duygusal istismar düzeylerini değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travma Anketi'nin duygusal istismar alt ölçeği (CTQ-EA) kullanılmıştır. İkinci çalışmadaki bulgular, duygusal istismar ve sözlü mağduriyet raporlarının, çocukların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili çıkarımsal stillerindeki değişikliklerin yanı sıra, depresif belirtilerle önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Her iki aşamanın ortak sonuçları, çocukların ebeveynlerinden gelen duygusal istismar ile akranlardan gelen sözlü mağduriyetlerin, çıkarımsal stillerindeki olumsuz değişiklikler ile depresif belirtileriyle ilişkili olduğunu göstermiş ve aynı zamanda her iki kaynaktan gelen duygusal istismarın, çocukların depresif belirtilerinin gelişimi için benzersiz bir risk oluşturduğunu ortaya koymuştur (Gibb ve Abela, 2008).

Duygusal istismar, aleksitimi, genel sıkıntı ve düzensiz beslenme arasındaki ilişkiyi sunmakta olan çalışmaya, Midwestern Üniversitesi'nde lisans ve lisansüstü programlarda öğrenim gören 588 kadın öğrenci katılmıştır. Katılımcılar, duygusal istismar, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve düzensiz beslenme ile ilgili öz bildirim anketlerini tamamlamışlardır. Mevcut sonuçlar, duygusal istismar, düzensiz beslenme ve aleksitimi arasındaki ilişkilerde depresyon ve anksiyetenin rolünü ortaya koymuştur. Yapısal model bulgularında, duygusal istismar ve düzensiz beslenme arasındaki ilişkiye aleksitimi ve genel sıkıntı (yani depresyon ve anksiyetenin bir bileşeni) aracılık etmiştir. Daha sonra kısıtlayıcı yeme davranışları ve tutumları, genel sıkıntı ve bulimik davranışlar arasındaki ilişkiye aracılık etmiştir. Bu sonuçlar duygusal istismar ve düzensiz beslenme arasında zayıf fakat anlamlı bir ilişkiye işaret etmektedir ve aleksitimi ile genel sıkıntı dahil, çok değişkenli bir modelde bir dizi arabuluculuk ilişkisini ortaya koymuştur. Sonuç olarak bu çalışma, çocuğun duygusal istismarının hayatta kalanları üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğini öne süren araştırmaları desteklemektedir. Bununla birlikte, önemli olan bu sonuçların, çocukluk çağı travmaları literatüründe sıklıkla göz ardı edilen duygusal istismarın, dikkate değer olması, yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan bireylerin yanı sıra çocuklukta duygusal istismar yaşayan bireylerin, sıkıntı ve olumsuz etkilerle başa çıkmanın uyarlanabilir yollarını ele alan müdahalelerden yararlanması gerektiğini göstermektedir (Hund ve Espelage, 2006).

Wekerle ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, duygusal istismarın travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) ile flört şiddetindeki etkisini incelemektir.

Çocuk koruma hizmetleri (CPS) kapsamında 14-17 yaş aralığındaki 402 genç çalışmaya dahil edilmiştir. Bulgular, %68'i kadın ve %55'i erkek olmak üzere gençlerin yarısından fazlası, ebeveynlerinin acı verici şeyler söylediğini belirterek duygusal istismar bildirmişlerdir. Kadınların yarısından fazlası (%63-67) ve erkeklerin yaklaşık yarısı (%44-49) flört şiddeti yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bulgular, duygusal istismarın hem PTSD hem de erkekler ve kadınlar arasındaki flört şiddetinde önemli bir yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar; (1) CPS gençliğinin, şiddete ve PTSD bağlantılı müdahalelere karşı yüksek öncelikli bir grup olduğunu ve (2) CPS gençliğinin, ergenlik yaşamında çocukluktaki duygusal istismarın olumsuz etkisini yaşamaya devam ettiğini vurgulamıştır.

Ebeveyn çatışması ve duygusal istismarın çocuklar ile aileler üzerindeki etkisini inceleyen ampirik araştırmaları derleyen bu çalışmada, amaca yönelik olarak dört farklı alt grup (karşılıklı çift çatışması, sözel ve duygusal istismar/kontrolün çocuklar üzerindeki etkisi; baba tarafından yürütülen sözlü ve duygusal istismar/kontrolün çocuklar üzerindeki etkisi; anne tarafından yürütülen sözlü ve duygusal istismar/kontrolün çocuklar üzerindeki etkisi ve aile içi stres, sınırlar, ittifaklar ve aile yapısı da dahil olmak üzere eş istismarının aile sistemi üzerindeki etkisi) kategorize edilmiş ve gözden geçirilmiştir. 1990 yılından bu yana yapılan 82 çalışma, ebeveynler arasında çatışmaya tanık olmanın, çocukların işleyişini doğrudan zayıflatan stresli bir olay olduğunu ve yıkıcı interparental çatışmanın, ebeveynlik bozuklukları ile ilişkisi yoluyla çocukların işlevlerini dolaylı olarak baltaladığını ortaya koymuştur. Baba faktörünü araştıran çalışmada, babanın yıkıcı evlilik çatışmasına yönelik eylemlerinin, ebeveynliğinde ve zaman içinde çocukların uyumunda önemli bir rol oynadığını ve aynı zamanda baba tarafından sürdürülen düşmanlığa tanık olmanın, okul çağındaki bir çocuk için hem başlangıç depresyon seviyeleri hem de zaman içinde yüksek depresyon yörüngeleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Annenin etken olduğu yalnızca 2 çalışma bildirilmiş ve ortak bulgular anneden gelen duygusal istismarın, çocukların depresif semptomları açısından daha yüksek riske sokabileceğini göstermiştir. Aile yapısının duygusal istismar ile ilişkisine bakıldığında, bağımsız ailelerin aile alt sistemleri arasında yüksek düzeyde aile anlaşmazlığı, düşmanlık ve kopma ile kendini gösteren aşırı katı, esnek olmayan ve uzak ilişki sınırları yaşanırken, karışık ailelerin aile alt sistemleri arasında zayıf sınırlar sergilenmiştir. Bu sistemler, yüksek düzeyde çatışma, düşmanlık ve psikolojik kontrolün sergilenmesini tetiklemiştir. Bu bulgular, aile ilişkilerinde sıcaklık, sevgi ve esnek olma gibi iyi tanımlanmış sınırlar yaşayan uyumlu ailelerden gelen çocuklarla karşılaştırıldığında, bağımsız ailelerden gelen çocuklar, interparental ilişkide daha büyük güvensizlik belirtileri, daha yüksek

seviyelerde eşzamanlı ve müteakip içselleştirme ve dışsallaştırma belirtileri göstermiştir (Sturge-Apple, Skibo ve Davies, 2012).

2.2.2.3. Cinsel istismar

Briere (1988), cinsel istismarı, bir dizi olay veya tuhaf eylemleri içeren mağduriyet durumuna çoklu faillerin ve fiziksel istismarın da eşlik ettiği tetikleyici bir *travmatik süreç* olduğunu ifade etmiştir. Putnam (2003) ise, çocuklukta cinsel istismarı, bir dizi cinsel aktiviteyi içeren karmaşık bir yaşam deneyimi olarak tanımlamıştır. Bunlar arasında cinsel ilişki, cinsel ilişki teşebbüsü, teşhircilik, çocukların yetişkin cinsel aktivitesine veya pornografisine maruz bırakılması ve çocuğun fuhuş veya pornografi için kullanılması yer almaktadır. Bununla birlikte, çocuğun yaşı ve cinsiyeti, failin yaşı ve cinsiyeti, çocuk ve fail arasındaki ilişkinin niteliği, istismarın sayısı, sıklığı ve süresi ortaya çıkacak sonuçları etkilemektedir. Freud'a göre çocukluk cinselliği (gerçek ya da hayal ürünü), yetişkinlikte semptomlar ve çatışmalar için önemli bir kaynaktır (Jain, Vythilingam, Eapen ve Reddy, 1992). Bazı mağdurlar içinse cinsel istismar, ev ortamının derinden ve geniş ölçüde patojenik olduğuna dair bir sinyal değişkeni olarak yansıyabilmektedir (Nash vd., 1993).

Finkelhor ve Browne (1985) tarafından önerilen modelde cinsel istismar sonucu travmaya neden olan dinamikler; (1) travmatik cinselleşme, (2) ihanet, (3) güçsüzlük ve (4) damgalanma olarak tanımlanan faktörler ile analiz edilmiştir. Travmatik dinamikler, genel dinamiklerdir ve mutlak cinsel istismara özgü değildir; diğer travma türlerinde de görülmektedirler. Ancak, bu dört dinamiğin bir dizi koşulda birleştirilmesi, cinsel istismarı ortaya koymaktadır. Bu dinamikler, çocukların dünyaya ait bilişsel ve duygusal yönelimlerini değiştirir ve çocukların kendilik kavramlarını, dünya görüşlerini ve duygusal yeteneklerini çarpıtarak travmaya yol açar. Örneğin, damgalanma dinamiği, çocukların kendi değerlerini anlamalarını sekteye uğratırken, güçsüzlük dinamiği, çocukların hayatlarını kontrol etme yeteneklerini hissetmelerine engel olur. Dört travmatik dinamiği, yalnızca istismar olayıyla açıklanmamaktadır. Öncesinde bir geçmişi ve istismarı takiben bir geleceği olan ve devam eden süreçlerdir. Travmatik dinamiklerin istismar öncesi aşamada, özellikle çocuğun aile hayatı ve kişilik özellikleri ile ilgili olduğunun anlaşılması gerekmektedir.

Travmatik cinselleşme, bir çocuğun gelişim seviyesine uygun olmayan cinsel davranışlara defalarca maruz kalması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Cinsel davranış sevgi, ilgi, ayrıcalıklar ve armağanlar değişimi yoluyla gerçekleşir ve böylece çocuk, cinsel davranışı başkalarını gelişimsel olarak uygun ihtiyaçları karşılamak üzere manipüle etmek için bir strateji olarak kullanmayı öğrenir. Çocuğa suçludan iletilen cinsel davranış, cinsel

ahlak ile ilgili yanlış algılamalar ve kafa karışıklıkları yoluyla aktarılarak, çok korkutucu anıların çocuğun zihninde cinsel aktivite ile ilişkilendirilmesine neden olur. Buna bağlı olarak, cinsel istismar deneyimleri, kışkırttığı travmatik cinselleşmenin miktarı ve türü açısından büyük ölçüde değişime uğramaktadır. Örneğin, suçlunun çocuğun cinsel tepkisini uyandırmak için çaba gösterdiği deneyimler, muhtemelen bir suçlunun doyum için pasif bir çocuğu kullandığından daha fazla cinselleştirici olacaktır. Çocuğun katılmaya çalıştığı deneyimlerin, kaba kuvvet kullanılanlardan daha cinselleştirici olması da muhtemeldir. Ayrıca bir çocuğun anlayış derecesi, cinselleşme derecesini de etkileyebilmektedir. Gelişim düzeyinden dolayı, cinsel nitelikteki eylemlerin daha azını anlayabilenlere göre daha fazla farkındalığa sahip bir çocuk için bu eylemler daha fazla cinselleştirici olabilmektedir. Böylece travmatik olarak cinselleşmiş olan çocukların cinsel davranışlarının uygunsuz repertuarları, cinsel kendilik kavramlarıyla ilgili kafa karışıklıkları, kavram yanılgıları ve cinsel aktivitelerle ilgili olağandışı duygusal ilişkilerle yaşadıkları deneyimlerden ortaya çıkmaktadır (Finkelhor ve Browne, 1985).

İhanet, çocukların hayati derecede bağımlı oldukları birinin onlara zarar verdiğini keşfettiği dinamiği ifade etmektedir. Bu, bir taciz (*molestation*) deneyiminden sonra çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, istismarda veya sonrasında çocuklar güvenilir bir kişinin onları ahlaki standartlarla ilgili yalanlar veya yanlış beyanlar yoluyla manipüle ettiğinin idrakine varabilir. Çocuklar sadece suçluların elinde değil, aynı zamanda aile üyelerinin istismar etmesi sonunda da ihanet duygusunu yaşayabilmektedir. Bununla birlikte güven duymalarına karşılık onları koruyamayan ya da istismarı açıkladıktan sonra kendisine inanamayarak tutum değiştiren bir aile üyesi de, ihanetin dinamiklerini etkileyebilmektedir. Bu sebeple en yakında bulunan aile üyeleri veya diğer güvenilir kişiler tarafından gerçekleştirilen cinsel istismar deneyimleri, açıkça yabancıların istismarından daha fazla ihanet potansiyeli içermektedir. Bununla birlikte ihanet derecesi, çocuktan alınanlardan ve suçlu olan kişi ile ilgili ne hissettiğinden de etkilenebilmektedir. Bir babanın istismar eyleminden başından beri şüphelenen bir çocuk, teması başlangıçta besleyen ve seven olarak hisseden ve daha sonra gerçekte neler olduğunun farkına vardığında şok olmuş olandan daha az ihanete uğramış hissedebilir. Aynı zamanda ihanetin derecesi, bir ailenin ifşaya vereceği tepki ile de ilgilidir. İnkar edilen, suçlanan veya dışlanan çocuklar hiç şüphesiz, desteklenenden daha büyük bir ihanet duygusu yaşayacaklardır (Finkelhor ve Browne, 1985).

Mağduru güçsüz bırakma dinamiği, çocuğun iradesinin, arzularının ve duygularının sürekli olarak kontrol altına alındığı süreci ifade etmektedir. Cinsel istismar deneyiminin birçok yönü, bu dinamiğe katkıda bulunmaktadır. Çocuğun bedensel ve ruhsal bütünlüğü

tekrar tekrar istila edildiğinde, cinsel istismardan kaynaklı temel bir güçsüzlük meydana gelmektedir. Bu, failin istismar sürecinin bir parçası olarak uygulayabileceği herhangi bir baskı ve manipülasyonla daha fazla şiddetlenmektedir. Çocuklar, istismarı durdurma girişimlerinin hüsrana sonuçlandığını fark ettiklerinde güçsüzlük daha da artmaktadır. Çocuğun katılımı için tehdit ederek sürekli olarak emreden otoriter bir istismarcı, muhtemelen daha fazla güçsüzlük duygusu aşılayacaktır. Ancak, sadece kuvvet ve tehdit gerekli değildir, çocuğun hapsolmuş hissettiği her türlü durum güçsüzlük duygusu yaratabilmektedir. Açıkçası, çocuğun söylediği ancak inanılmadığı bir durum da, daha fazla güçsüzlük yaratacaktır. Buna karşılık, çocuklar kötüye kullanımı etkili bir şekilde sona erdirebildiklerinde veya en azından oluşması üzerinde bir miktar kontrol sağlayabildiklerinde, kendilerini daha az güçsüz hissedeceklerdir (Finkelhor ve Browne, 1985).

Son dinamik olan *damgalama* (stigmatizasyon), çocuğa deneyimleri hakkında iletilen ve daha sonra çocuğun kendi imajına etiketlenen olumsuz çağrışımları (örneğin, kötülük, utanç ve suçluluk) ifade etmektedir. Bu olumsuz anlamlar birçok şekilde iletilebilmektedir. Doğrudan çocuk istismardan dolayı suçlanabilir, küçümsenebilir ya da utandırılabilir. Buna bağlı olarak damgalanma, çocuğun aile veya toplumdaki diğer insanlardan aldığı tepkilerle ya da duyduğu ifadelerle de pekiştirilebilir. Stigmatizasyon, çocuğun eylemi ifşa etmesi durumunda, çevredekiler şok veya histeriyle reaksiyona girer ve çocuğu suçlarsa kesinlikle pekiştirilmektedir. Bununla birlikte çocuklar, çevrelerindeki insanlar tarafından, başka olumsuz özelliklerin empoze edilmesiyle (örneğin, ahlaksız, şımarık) de damgalanmaktadır. Aynı zamanda, cinsel istismarın mağduru olmanın sırrını saklamak, farklı olma duygusunu pekiştirdiğinden damgalanma hissini arttırabilmektedir. Buna karşılık, bu tür deneyimlerin başka birçok çocuğun da başına geldiğini keşfedenler, damgalanmanın belli bir oranıyla baş edebileceklerdir (Finkelhor ve Browne, 1985).

Cinsel istismar mağduru çocuk, keşif krizinde ikincil travma ile karşı karşıyadır. Özel deneyimlerini dış dünyanın gerçekleriyle uzlaştırmaya yönelik çabalarına karşılık, yetişkinlerden gelen inançsızlık, suçlama ve reddedilme nedeniyle çoğu zamana saldırıya uğramaktadır. Çocuğun korunması ve iyileşmesi için çok önemli olan yetişkinlerin bu şekilde terk etmesi, çocuğu kendini suçlama, kendinden nefret etme, yabancılaşma ve yeniden canlandırmaya yönlendirmektedir (Summit, 1983). Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kadınlar, kendileriyle ilgili bir şeyin temelde zarar görmüş olduğunu, üzücü bir duyguyla daha fazla mücadele etmeleri gerektiğini bildirmişlerdir (Nash vd., 1993). Herman ve Schatzow (1987) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya katılan 53 kadın hasta, bir akrabalarının cinsel istismarına uğradıklarını ya da durumun böyle olduğundan şüphelendiklerini ancak açıkça

hatırlayamadıklarını bildirmişlerdir. Büyük çoğunluğu (%75), babalarını ya da üvey babalarını istismar eden olarak adlandırmıştır. Kardeşler %26, amcalar %11, büyükbabalar ise %6 oranında bildirilmiştir. İki kadın annelerini, biri kız kardeşini, biri de kuzenini istismarcı olarak nitelendirmiştir. Hastaların %30'u, birden fazla kişi tarafından istismar edildiğini rapor etmiştir. Bildirimler sonucunda, cinsel istismarın başlangıç yaşı 2 ila 19 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 8 olarak belirlenmiştir. Bulgular, cinsel deneyimlerin, fiziksel temasın bildirilmediği (bunlara uygunsuz maruziyet veya önerileri içerme eğiliminde olduğu) birkaç olaydan, penetrasyona kadar uzandığını göstermiştir.

Friedrich, Urquiza ve Beilke (1986) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, cinsel istismara uğramış çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma davranışlarının herhangi birinin anlamlı bir şekilde cinselleştirilmiş davranış ile ilişkili olup olmadığını belirlemektir. 24 ay içinde istismara uğrayan 3-12 yaşları arasında 85 çocuk (24 erkek ve 61 kız), çalışmaya dahil edilmiştir. Çocukların davranış özelliklerinde, erkeklerin yaklaşık %35'i ve kızların %46'sı içselleştirme, erkeklerin %36'sı ve kızların %39'u dışsallaştırma eğiliminde olduğu bildirilmiştir. 5 yaş ve altı çocuklar ile 6-12 yaş arası çocuklar karşılaştırıldığında %51'e oranla % 36'sında içselleştirme, %31'e oranla %44'ünde dışsallaştırma puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, küçük çocukların davranışlarında daha çok içselleştirici, büyük çocukların daha dışsallaştırıcı eğilim içinde olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte içselleştirme davranışının cinsel istismarın sıklığı ve ciddiyeti, çocuğun cinsiyeti, failin çocukla ilişkisi ile ilişkili olduğu, dışsallaştırma davranışının çocuğun yaşı, faille ilişkisi, geçen süre ve cinsiyetle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar, davranışların içeriğinde cinsel davranışın, failin, istismar sıklığının ve sayısının önemli bir etken olduğunu vurgulamıştır.

Kendi çocukluklarında cinsel istismara uğrayan annelerin, çocuklarının cinsel istismara uğrama riskinin yüksek olup olmadığını ve cinsel istismar geçmişinin ebeveynlik yeteneklerini etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla, çocukları başkaları tarafından cinsel istismara uğrayan 67 anne ve 65 kontrol grubu annesi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma grubu, cinsel istismara uğradığı için Sydney Metropolitan bölgesindeki iki eğitim hastanesi çocuk koruma ünitesine başvuran 62 kız ve 22 erkek çocuktan oluşmaktadır. Genel Sağlık Anketi (GHQ-28), Aile Değerlendirme Aracı (FAD), Çocuk Depresyon Envanteri (CDI), Çocuk Davranışı Kontrol Listesi (CBCL) ve aracı ölçekler ile veriler toplanmıştır. Kendi çocukluklarında cinsel istismara uğramış annelerin, cinsel istismara uğramış çocukları, çocukken cinsel istismara uğramayan annelerin cinsel istismara uğramış çocukları ile karşılaştırılmıştır ve bu karşılaştırmada çocuklardaki benlik saygısı, depresyon ve davranış

faktörlerine bakılmıştır. Elde edilen verilerde, çocukluklarında cinsel istismara uğramış annelerin, kontrol annelerine kıyasla kendi çocuklarının cinsel istismara maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocukluklarında cinsel istismara uğrayan ve çocukları cinsel istismara uğrayan 67 anneden 23'ü (%34), 65 kontrol annelerinin 8'ine (%12) kıyasla, kendi çocuklarında cinsel istismar öyküsü bildirmişlerdir. Kendileri çocukken cinsel istismara uğramış annelerin, çocuklara cinsel istismarda bulunan bir eş seçme olasılıklarına bakıldığında; çocukken cinsel istismara uğrayan 23 anneden 13'ünde (%57) kendi çocuklarında aile içi cinsel istismar, çocukken cinsel istismara uğramamış 44 annenin 26'sında (%59) aile içi cinsel istismar vakası görülmüştür. Sonuç olarak bu çalışma, annenin kendi çocukluğundaki cinsel istismara uğramasının, gelecek nesilde ortaya çıkan cinsel istismar riskinin artmasına neden olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda cinsel istismara uğrayan çocukların davranışları ile depresyon ve benlik saygısı düzeyleri, anneleri cinsel istismara uğramamış olanlardan daha fazla olmadığı tespit edilmiştir (Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch ve O'Toole, 1998).

Plunkett ve diğerleri (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, cinsel istismar (4-15 yaşları arasında) yaşayan 183 gençte intihar girişimi ile intihar düşüncesinin yaygınlığını incelemektir. Cinsel istismar geçmişi olan gençler ile cinsel istismar yaşantısı olmayan karşılaştırma grubundaki bireylere, çalışmaya alındıktan 5 ve 9 yıl sonra intihar girişimleri ve intihar düşüncesi hakkında sorular sorulmuştur. 5 yıl önce (takip yaşı 15 yıl) görülen 84 genç ve 9 yıl önce (takip yaşı 19 yıl) görülen 99 gençten 6'sının (%3.3) öldüğü bildirilmiştir. İntihar girişimine yönelik analizlerde; kohort 1'de (çalışmadan itibaren sonraki 5 yıl) 67 kontrolün 4'üne kıyasla, 55 gencin 16'sı kendilerini öldürmeye çalışmış, kohort 2'de (incelemeden 9 yıl sonra) 66 kontrolün 20'sine kıyasla, 36 gençten 13'ü, intihar girişiminde bulunmuştur. Olgular ve kontroller arasında intihar düşüncesi açısından anlamlı farklılıklar görülmüştür. Kohort 1'deki kontrollerle karşılaştırıldığında intihar düşüncesi 2.9 iken, kohort 2'de bu değer 1.9 olarak bulunmuştur. Sonuçlar, cinsel istismar yaşayan gençlerin intihar oranının, ulusal Avustralya oranlarından 10.7 ile 13.0 kat yüksek olduğunu göstermiştir.

2.2.2.4. İhmal

Erken yaştaki ebeveyn bakımına bağlı yetersizlikler, yetişkin yaşamında hem akut hem de kronik psikososyal bozukluklarla ilişkili olabilmektedir (Maughan ve McCarthy, 1997). Çocukluk çağı travmalarının en yaygın biçimi olan ihmal, olumsuz psikolojik ve gelişimsel sonuçlar doğurmaktadır (De Bellis, 2005). İhmal, bakım veren tarafından sunumu reddedilen veya geciktirilen yiyecek, giyecek, barınma, sevgi ve ilgi gibi temel ihtiyaçların

karşılanmaması, yetersiz denetim veya terk eylemlerini içermektedir. Bu eylemsizlik, hem fiziksel hem de duygusal ihmal için geçerlidir (English, 1998). Fiziksel ihmal, terk etme, denetim eksikliği ve çocuğun beslenme, kıyafet, hijyen ile güvenlik gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamama olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi ihmal, gerekli tıbbi tedavinin sağlanmaması veya koruyucu tedbirlerin alınmamasıdır. Duygusal ihmal, bir çocuğun sevgi, duygusal destek veya yeterlilik gereksinimlerine dikkat edilmemesi, çocuğu aşırı aile içi şiddete maruz bırakmak ve çocuğun uyumsuz davranışlarına izin vermek olarak tanımlanmaktadır (akt. De Bellis, 2005). Eğitimsel ihmal, bir çocuğun okula devam etmesine izin verilmemesi, zorunlu okul çağındaysa eğitimine kayıtlı edilmemesi ve gerekli özel eğitimin sağlanmaması olarak tanımlanmaktadır (Perry vd., 2002).

İhmal, iç içe geçmiş bir etki hiyerarşisinden (sosyal, ekolojik, aile, ikili bağlılık dahil) kaynaklansa da, iç süreçlerin bilgisi ihmal içeren davranışlar hakkında temel bilgiler sağlayabilmektedir. Özellikle, ebeveynler çocukların bakım ihtiyacının göstergesi olan uyaranlara kayıtsız kalabilmektedir çünkü (1) sinyali algılamamışlardır, (2) sinyali ebeveynlik yanıtı gerektirmediği şeklinde yorumlamışlardır, (3) bir yanıtın gerekli olduğunu biliyorlardır ancak yanıt mevcut değildir veya (4) bir yanıt seçmiş ancak uygulayamamışlardır. Bu nedenle her aşamadaki başarısızlık, farklı bir ihmali türünü temsil etmektedir (Crittenden, 1993). Bu açıdan ebeveyn faktörleri, ihmal olasılığını korumak veya artırmak için ekolojik değişkenlerle etkileşime girebilmektedir (De Bellis, 2005). Asıl olarak, ihmalin büyük bir kısmı bakım verenin hayatındaki kaostan kaynaklanmaktadır. Yetersiz çocuk yetiştirme bilgisi veya becerisi ile kaynak eksikliği, ihmal edici bir duruma fazlasıyla katkıda bulunabilmektedir (Perry vd., 2002). İhmalin bir diğer önemli yönü de zamanlama konusudur. Gelişim sırasında çocuğun ihtiyaçları değişir; bu nedenle, bir yaşta ihmal edilebilecek şey başka bir yaşta ihmal değildir. Yaşamın bir evresinde yaşam için gerekli olan aynı deneyim, başka bir yaşta çok az önemli hatta uygunsuz olabilir ancak ihmal ne kadar erken ve yaygın olursa, çocuk için gelişimsel problemler o kadar yıkıcı olur (Perry, 2002). Dolayısıyla, olumsuz sonuçlar ihmalin zamanlamasına, niteliğine, süresine, ihmalden sonra sağlanan iyileştirici ve zenginleştirici deneyimlerinin doğasına ve bu süreçlerin süresine bağlıdır (Perry vd., 2002).

İngiltere'deki ulusal bir çalışmada 18-24 yaşlarındaki gençlere çocukluk çağı ihmali ile ilgili çeşitli sorular (fiziksel bakım, çocuklukta yetişkin sorumluluklarını üstlenmek zorunda kalmak, ebeveynleri tarafından terk edildikleri için kendi gereksinimlerini karşılamak zorunda kalmak, çocukların tehlikeli yerlere veya durumlara girmesine izin verilmesi, gece boyunca çocukların yetişkin gözetimi olmadan evde kalmalarına izin verilmesi, yetişkin gözetimi olmadan çeşitli amaçlarla dışarı çıkmalarına izin verilmesi gibi) yöneltilmiştir. Bu

kriterlere göre, örneklemin %6'sının ciddi bakım eksikliği yaşadığını görülmüştür. Ciddi bakım eksikliği düzeyinde olanlar, sık sık aç kaldıklarını, kirli kıyafetlerle okula gitmek zorunda olduklarını, hastalandığında doktora götürülmediklerini, ebeveynlerinin uyuşturucu veya alkolün kullanıldığı yerlere gittiğini, terk edildiklerini ve tehlikeli fiziksel koşulları olan bir evde yaşamak zorunda olduklarını bildirmişlerdir. Ara bakım eksikliği (%9), yukarıdaki koşulların uygulandığını, ancak daha az sıklıkta olduğu bildirilmişlerdir. Denetim yokluğu, oldukça yüksek bulunmuştur. Ciddi denetim yokluğu, 10 yaşın altındaki çocukların yetişkin gözetimi olmadan gece boyunca evde kalmasına izin verilen ya da 14 yaşın altındaki ebeveynlerin nerede olduğunu bilmeden gece boyunca dışarıda bırakılmasına izin verilen çocukları içerdiği belirtilmiştir. Toplamda, örneklemin %4'ü iyi bakılmadığını (düzgün beslenmedikleri, terkedildikleri, tehlikeli veya kirli evlere sahip oldukları, çok fazla yalnız bırakıldıkları veya uygun şekilde denetlenmedikleri), sadece %2'si tedavilerinin ihmal edildiğini bildirmişlerdir (Cawson vd., 2000).

Annelerin çocuklarına uyguladıkları fiziksel ve duygusal istismar ile ihmal davranışlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, 143 aile alınmıştır. Veri toplama aracı olarak soru formu oluşturulmuş ve bu formlar, anneler ile yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Bulgularda, annelerin %87.4'ünün çocuklarını fiziksel olarak istismar ve ihmal ettikleri, %93'ünün ise çocuklarını duygusal olarak istismar ve ihmal ettikleri saptanmıştır. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan fiziksel ihmal davranışları incelendiğinde; annelerin %28.7'sinin çocuklarının isteklerini göz ardı ettiğini, %32.2'sinin ise çocuğu hastalandığında iyileşmesini beklediğini ancak durumu çok kötüleştiğinde doktora başvurduğunu göstermektedir. Yaklaşık her altı anneden birinin de (%14.7) çocuğunun eğitimi ile ilgili konularda okul idaresi ile görüşme yapmadığı saptanmıştır. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ihmal davranışlarına bakıldığında, annelerin çoğunluğu (%81.1) çocuklarına sevdiklerini belli etmeme davranışlarında bulunduklarını bildirmişlerdir (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002).

2.2.2.4.1. Fiziksel ihmal

Fiziksel ihmal, bakıcıları tarafından çocuğun gıda, barınma, güvenlik, gözetim ve sağlık dahil tüm fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak belirtilmektedir (Kong ve Bernstein, 2009). Bu açıdan çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmaması fiziksel ihmale maruz kaldığını göstermektedir (Acehan vd., 2013). Sağlık ihmali ise, fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılmakta olup, çocuğun hasta

olduğunda hekime götürülmemesi ya da geç götürülmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içermektedir. Tüm bunların sonucunda bir ebeveynin yeterli tıbbi bakım vermeyi ihmal ettiğinde kümülatif zarar meydana gelmektedir (English, 1998). Fiziksel ihmalin özel bir türü de henüz doğmamış bebeğin ihmalidir. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması, bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlığını da etkileyecektir (akt. Acehan vd., 2013). Çünkü fiziksel ihmal, bireyin normal fizyolojik düzenlemeye uygun bir iç durumunu oluşturma ve sürdürme kabiliyetini azaltmaktadır. Beslenme eksikliği ve duygusal uyarım eksikliği, önemli büyüme düzenleyici hormonların salınımını değiştirerek beyin de dahil olmak üzere vücudun olağan fiziksel gelişimini zarara uğratmaktadır (Perry vd., 2002).

Çocuklukta fiziksel ihmalin yetişkinlikte kalıcı etkileri üzerine çok az çalışma bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ergenlerde yürütme işlevinin göreceli olarak azaldığı bildirilmektedir. Bununla birlikte, ergenlikteki yürütücü işlev bozukluğunun, riskli davranışlara karşı artan kırılganlık ve okul işlevlerinde bozulma gibi önemli olumsuz sonuçları olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmamış ergenlerin bildirdiği çocukluk çağı travmaları ile yürütücü işlev ve bilişsel esneklik arasındaki ilişkiyi incelemektir. 12-17 yaşları arasında 30 ergene (%50'si kadın), retrospektif öz rapor, CTQ ve Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) uygulanmıştır. Mevcut sonuçlar, çocukluktaki fiziksel istismarla birlikte, fiziksel ihmalin spesifik yürütücü işlev kapasitelerinin gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermiştir (Spann vd., 2012).

Viola, Tractenberg, Pezzi, JKristensen ve Grassi-Oliveira (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, bağımlılık derecesi ve bilişsel bozulma ile ilişkili olabilecek çocukluk ihmaline maruz kalmanın etkisi incelenmiştir. Katılımcılar, fiziksel ihmal öyküsü olan (n=37) ve fiziksel ihmal öyküsü olmayan (n=48) crack kokain bağımlısı kadınlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Sonuçlar, crack kokain bağımlısı kadınlarda çocukluk çağı fiziksel ihmalinin, özellikle bilişsel yürütücü işlevler (sözel akıcılık, inhibisyon, çalışma belleği, bilişsel esneklik, seçici dikkat ve karar verme) ve bilişsel bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda, fiziksel ihmal öyküsü bildiren grup, fiziksel ihmal öyküsü bildirmeyen gruba kıyasla bilişsel esneklik, inhibitör kontrol, seçici dikkat, çalışma belleği ve sözel akıcılıkta bozukluklar göstermiştir.

Farklı ihmal türlerinin, çocukların gelişimi üzerindeki etkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ihmal öyküsü olmayan çocukların bilişsel, dil

ve davranışsal işlevleri, erken ihmal yaşantısı olan çocuklarda karşılaştırılmıştır. 3 ile 10 yaş arasındaki ailesel ihmal öyküsü (USN) ve kurumsal yetiştirme öyküsü (IA) olan çocuklar ile ihmal öyküsü olmayan çocuklar, Diferansiyel Yetenekler Ölçeği (DAS), Erken Dil Gelişimi Testi (TELD), Davranış Kontrol Listesi (CBCL) ve Ebeveynlik Stres Endeksi (PSI) kullanılarak karşılaştırılmıştır. 60 çocuktan oluşan bir kohort; (a) fiziksel veya duygusal ihmal geçmişi olan ABD'li çocuklar (USN); (b) uluslararası kurumlardan evlat edinilen çocuklar (IA) ve (c) ihmal, istismar veya evlat edinme öyküsü olmayan ABD'li çocuklar (kontrol) biçiminde üç gruba ayrılmıştır. Uluslararası evlat edinme (IA) ve ABD ihmal gruplarından (USN) gelen 32 çocuktan 8'i (%25) uyuşturucu madde kötüye kullanan, 11'i (%34.4) alkolü kötüye kullanan ve 13'ü (%40.6) utero içen önceki bir bakıcısının olduğunu bildirmiştir. İhmal ve istismar bulgularına göre, 18 (%56.3) çocuğun fiziksel ihmali ve 6 çocuğun (4'ü doğum öncesi bakım olmadan) tıbbi ihmali (%18.8) olduğu belirtilmiştir. USN ve IA öyküsü olan çocuklar, ihmal edilmeyen gençlerle karşılaştırıldığında, daha düşük bilişsel ve dil puanları ve daha fazla davranış problemleri göstermişlerdir. Buna karşılık, IA grubu, USN grubundan daha iyi davranışsal uyum sergilemiştir. Hem içselleştiren (endişeli / depresif, geri çekilmiş depresif ve somatik şikayet) hem de dışsallaştırıcı (kural çiğnemek ve agresif davranışlar) davranış sorunları en çok USN grubunda görülmüştür (Spratt vd., 2012).

2.2.2.4.2. Duygusal ihmal

Duygusal ihmal, bakım veren tarafından çocuğun sevgi, cesaretlendirme, aidiyet ve destek gibi temel psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak ifade edilmektedir (Kong ve Bernstein, 2009). Temel olarak çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanmaktadır (akt. Acehan vd., 2013). Çocuğu duygusal karşılıktan mahrum bırakmak (çocuğun duygusal etkileşim gereksinimini hiçe saymak, çocuğa pozitif duygulanım gösterememek, çocukla etkileşiminde duygu göstermekten kaçınmak), diğer taraftan sosyal çevrede iletişim ve etkileşim için fırsat yaratmayarak çocuğu izole etmek de duygusal ihmalin önemli göstergelerindendir (Dinleyici ve Dağlı, 2016). Duygusal ihmal aynı zaman, çocuğun uyuşturucu veya alkol kullanmasına izin verme, gerekli psikolojik bakımı sağlamayı reddetme veya başarısızlığına tepkisiz kalma, sürekli küçümseme ve sevgiyi durdurma gibi eylemleri de içermektedir. Dolayısıyla duygusal ihmal geçmişinden gelen çocuklar, bir dizi duygusal ve davranışsal zorluklar yaşayabilmektedirler. Çünkü ihmal ortamından gelen çocukların sosyal etkileşimlerinde genellikle daha pasif ve daha geri çekilmiş oldukları belirtilmektedir (Perry vd., 2002).

Zweig ve Paris (1991) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan hastaların çocukluğunda duygusal ihmal ve aşırı korumanın rolü ile ilgili hipotezleri test etmektir. Katılımcılar, genel bir hastanenin psikiyatri kliniğinden ve ruh sağlığı kliniğinden dahil edilen erkek ve kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcılar, BPD (n=62) ve BPD olmayan (n=99) olarak iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruba da katılımcıların bakım ve koruma boyutları konusunda ebeveynlik hatırlamalarını ölçen Ebeveyn Bağlama Aracı (PBI) uygulanmıştır. Bulgulara bakıldığında, borderline kişilik bozukluğu olan hastalar, borderline tanımlanmayan hastalara göre ebeveynlerinin daha az şefkatli olduğunu, hem babalarının hem de annelerinin anlamlı derecede daha düşük bakım ve güvenlik sergilediklerini ve daha kontrol sahibi olduklarını bildirmişlerdir. Cinsiyet farklılığına ilişkin verilerde, erkek ve kadın borderline hastaların, ebeveynlerine yönelik benzer anılara sahip olduğunu göstermiştir.

Ebeveynlerin duygusal ihmalinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren bir başka çalışmada, çocukların ebeveyn duygusal ihmal algıları ile gelecekteki psikopatoloji arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Katılımcılar, İskoçya'nın batısında ikamet eden 11-15 yaşları arasındaki yaklaşık 1700 çocuktan oluşmaktadır. Okul temelli boylamsal çalışmada, 11 yaşındaki çocukların ebeveynlik hakkında anlatıları, PBI ile ölçülmüş ve sonraki ölçüm 15 yaşında tekrarlanarak psikiyatrik tanı ile ilişkileri incelenmiştir. Bulgular, küçük bir grup çocuğun (%3), ebeveynlerini büyük çoğunlukla duygusal olarak ihmal ve kontrol edici olarak algıladıklarını göstermiştir. Bununla birlikte, bu gruptaki 11 yaşındaki çocuklarda psikiyatrik bozukluğa ilişkin puanlarda artış olmamasına rağmen, 15 yaşındaki çocuklarda madde kullanımı dışında tüm psikiyatrik alt ölçeklerde artan puanlar tespit edilmiştir. Buna göre, ebeveynleri tarafından duygusal ihmale maruz bırakılan 15 yaşındaki çocuklarda psikiyatrik bozukluk olasılığının iki katından fazla olduğu gösterilmiştir (Young, Lennie ve Minnis, 2011).

Duygusal ihmal ile davranış boyutları arasındaki ilişkiyi yapısal model analiziyle yansıtan bu çalışmaya, 4, 6 ve 8 yaşlarındaki 377 çocuk katılmıştır. Analiz için üç temel ihtiyaçtan doğan operasyonel sekiz gizli yapı (ebeveyn desteği yapısında sosyal destek, babanın desteği ve aile sevgisi; çocuk desteği yapısında anne desteği ve sevgi; ebeveyn çatışması ve şiddet yapısında, aile çatışması ve toplum şiddeti ve/veya güvenlik yapısında toplum güvenliği) belirlenmiştir. Anneden algılanan düşük düzeyde destek, çocukların davranış sorunlarındaki içselleştirilme ve dışsallaştırılma ile ilişkilendirilmiştir. Aile çatışmasına maruz kalma da bu sorunlara ve sosyal zorluklara bağlanmıştır. Bulgular, çocukların çok az sevgiyi hissetme duygusunun, daha sonraki dışsallaştırma davranışı ve sosyal problemlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu ilişki, dışsallaştırıcı eylemler (suçlu

davranış, agresif davranış ve dikkat sorunları), içselleştirici eylemler (geri çekilmiş, endişeli / depresif ve somatik şikayetler) ve sosyal problemler olarak toplam varyansın %5.4 ile %22.8'i ile açıklanmıştır. Sonuç olarak, psikolojik çocuklarına ulaşamayan veya sevgi ve destek sağlamayan ebeveynlerin, sadece sorunları içselleştiren ve dışsallaştıran değil, aynı zamanda güçlükleri olan çocuklara sahip olma olasılığı daha yüksektir (Dubowitz vd., 2005).

2.2.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmalarının epidemiyolojisini anlamak, hizmet sistemlerini etkili hale getirmek ve sunmak için çok önemlidir (Saunders ve Adams, 2014). Amerika Birleşik Devletleri (1994) genelindeki kamu kurumlarından toplanan veriler, yaklaşık üç milyon olası istismar veya ihmal vakasının yetkililere bildirildiğini ve bir milyondan fazla çocuğun travmaya maruz kaldığını ortaya koymuştur (English, 1998). Birçok çalışmada da, çocukluk çağı travmaların birlikte bulunduğu belirtilmektedir. ABD ulusal ergen araştırması, 6483 (3-17 yaş) katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bulgular, ergenlerin %58.3'ünün en az bir çocukluk çağı travmasına maruz kaldığını ve bunların %59.7'sinin birden fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığını göstermiştir. En sık görülen çocukluk çağı travmaları; ebeveyn boşanmaları (%28.4), ebeveyn suçluluğu (%26.3), aile ekonomik sıkıntısı (%16.2) ve ebeveyn akıl hastalığı (%15.6) olmuştur (McLaughlin vd., 2012).

Çocukluk çağı ruhsal travmaların sıklığını araştıran bir çalışmaya, 912 (326 erkek ve 513 kız) öğrenci katılmıştır. Çalışma için uygun olan 839 öğrenciden toplanan veriler, değerlendirmeye alınmıştır. Elde edilen verilerde, ihmal en sık bildirilen (16.5) ruhsal travma olmuştur. Sıklık açısından bunu, duygusal (15.9), fiziksel (13.5) ve cinsel (10.7) istismar (ensest dahil) takip etmiştir. Ensest, katılımcıların %4.4'ü tarafından bildirilmiştir. Fiziksel istismara erkeklerde, duygusal istismara ise, kızlarda biraz daha yüksek oranda rastlanmıştır. Katılımcılardan 547'si (%65.2), herhangi bir tür travmaya uğramadıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın 172 katılımcı (%20.5) bir tür travmaya, 73 katılımcı (%8.7) iki tür travmaya ve 47 katılımcı (%5.6) farklı üç ya da daha çok travmaya maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Zoroğlu vd., 2001). Gençlerle (n=2000) yapılan bir başka çalışmada da, fiziksel istismarın yaygınlığı araştırılmıştır. Bulgular, katılımcıların %33'ünün en az bir kez, aile üyelerinden biri tarafından fiziksel saldırıya maruz kaldığını göstermiştir (Finkelhor ve Dziuba-Leatherman, 1994). Bazı ulusal veriler de, fiziksel istismar yaşantısının kadınlara göre erkeklerde daha olası olduğunu ve erkeklerin daha yüksek oranda ciddi yaralanma insidansına sahip olduklarını göstermiştir (akt. Evans, 2010).

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile ilgili başka bir araştırmaya 9508 yetişkin katılmıştır. Çalışma; duygusal, fiziksel veya cinsel istismar ile anneye karşı şiddet, madde bağımlığı, zihinsel bozukluğu olan, intihar eğilimi gösteren veya hapsedilen hane halkı üyeleriyle yaşama kategorilerinde incelenmiştir. Bulgularda, 109 (%1.1) katılımcı duygusal istismar, 44 (%0.5) katılımcı fiziksel istismar ve 753 (%7.9) katılımcı cinsel istismar ile ilgili sorulara pozitif yanıt vermiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%52) bir tür olumsuz maruziyet yaşadığını; %6.2'si ise, 4 ve daha fazla maruziyet yaşadığını bildirmiştir (Felitti vd., 1998). Örneklemin 4674'ünün (%54) kadın ve 3955'inin (%46) erkekten oluştuğu benzer bir çalışmaya, duygusal ve fiziksel ihmal kategorileri de eklenerek ilişkisel analiz yapılmıştır. Bulgular, fiziksel istismar bildirme yaygınlığının (%80.5), duygusal istismara (%20.1) kıyasla daha yüksek olduğunu, aile içi şiddete tanıklık edenlerin (%22.7) oranının, madde bağımlılığı yaygınlığına (%64.5) göre daha az olduğunu göstermiştir. Genel olarak, katılımcıların üçte ikisinin (%67.3) en az bir çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı rapor edilmiştir (Dong vd., 2004).

İngiltere'de, 2869 genç (18-24 yaş) ile yapılan çocukluk çağı travmalarına ilişkin çalışmanın verilerine göre, gençlerin %69'u pozitif yanıt vermiştir. Katılımcıların çoğu (%78) evde, çoğunlukla anne (%49) veya baba (%40) tarafından ebeveyn şiddetine maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların, %7'si ebeveynleri veya bakıcıları tarafından ciddi şekilde istismar edildiğini, %14'ü orta düzeyde istismar edildiğini bildirmiş ve %3'ü bu eylemleri 'endişe nedeni' olarak değerlendirmiştir. Fiziksel ihmal boyutunda, ciddi bakım eksikliği, sık sık aç kalma ve sık sık kirli giysilerle okula gitmek zorunda kalma, hastalandığında doktora götürülmeme, uyuşturucu veya alkol kullanımının olduğu ortamlarda bulunma veya ebeveynleri tarafından terk edilmiş ve tehlikeli fiziksel koşulları olan bir evde yaşamak zorunda kalma gibi kriterlere göre analiz yapılmıştır. Bulgularda, katılımcıların %6'sı ciddi bakım eksikliği yaşadığını belirtmiştir. Ara bakım eksikliği (yukarıdaki koşullara daha az sıklıkta maruz kalma), %9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %2'si ise 'endişe nedeni' düzeyinde fiziksel ihmal bildirmişlerdir. Duygusal istismar boyutunda katılımcıların %17'si psiko-fiziksel kontrol ve %18'si psikolojik saldırı rapor etmişlerdir. Duygusal ihmal boyutunda ise %1'i çocukken sevginin gösterilmediğini ve %3'ü kendilerine çok az sevgi verildiğini belirtmiştir. Cinsel istismar sonuçlarına bakıldığında katılıcıların %3'ü (ensest dahil) cinsel istismara maruz kaldığını ve %1'i penetrasyon eylemleri veya girişimleri ile röntgencilik/pornografi gibi ciddi boyutta istismar rapor etmişlerdir (Cawson, Wattam, Brooker ve Kelly, 2000).

Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması kapsamında, toplam 1328 hanede 1886 çocukla (%54'ü erkek ve %46'sı kız) görüşme yapılmıştır. Nitel verileri göre 7-14 yaş arası kız çocuklar, en çok arkadaş, öğretmen, baba ve anneleri tarafından duygusal istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu yaştaki erkek çocuklar ise duygusal istismara en çok öğretmenlerinin, arkadaşlarının ve babalarının neden olduğunu bildirmişlerdir. 15-18 yaş dilimindeki erkeklere bakıldığında, daha çok arkadaşlarının ve babalarının; aynı yaş dilimindeki kızlara ise öğretmenlerinin ve annelerinin duygusal istismar uyguladıklarını bildirmişlerdir. Fiziksel istismarda; 7-14 yaş kız çocukları en çok anne, baba, öğretmen, arkadaş ve büyük kardeşler tarafından bu davranışlara maruz kaldıklarını; erkek çocuklar ise, arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve tanımadıkları birinin fiziksel istismarına uğradıklarını bildirmişlerdir. 15-18 yaş arası kızlar, az sayıda fiziksel istismar bildirmişler ve uygulayanların daha çok baba ve öğretmen olduğunu belirtmişlerdir. 15-18 yaş dilimindeki erkekler bu yaş dilimindeki kızlardan çok daha fazla fiziksel istismar olayından söz etmişler ve uygulayanların daha çok baba, arkadaş ve tanımadıkları kişiler olduğunu belirtmişlerdir. İhmal davranışlarından söz eden çocukların sayısı oldukça azdır. Çocukların ihtiyaçlarını ihmal eden yetişkinlerin baba, anne ve öğretmen olduğu belirtilmiştir. En çok söz edilen ihmal davranışı sevgi göstermemektir. İlgi göstermemek, ihtiyaçlarını karşılamamak (kırtasiye, okul forması vb.), okula yollamamak deneyimlenen diğer ihmal çeşitleridir. Nicel araştırma verileri ise, 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğunu göstermektedir. Fiziksel istismara tanık olma en fazla ev dışında gözlemlenirken, duygusal istismara tanıklık ev ve ev dışı ortamlarda benzer oranlarda gerçekleşmektedir. Cinsel istismara tanıklık ise, daha çok okul ortamında yine bir çocuğun başka bir çocuğa uyguladığı haliyle ortaya çıkmaktadır. Yaşanılan çevre, çocukların cinsel istismara tanık olduğu diğer bir ortamdır. Çocukların %25'nin ihmale maruz kaldığı görülmektedir. 7-18 yaş arası çocukların maruz kaldıkları ihmal türleri arasında en çok yaşanan ihmal türünün yalnız bırakılmak olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismar alanında istenmeyen davranışlara maruz kalma tüm 7-18 yaş grubu genelinde her iki çocuktan biri için (%51) gerçekleşmektedir. Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı %45'tir. Cinsel istismar ise %3 olarak bulunmuştur. Çocukların %1'i, son bir yıl içinde, izlemek ya da bakmak istemediği halde, cinsel içerikli bir film izlettirildiğini; bir dergi ya da bilgisayardaki cinsel içerikli resimlere bakmaya zorlandığını; %0.5'i ise, herhangi birinin, kendisine, istemediği halde dokunmak, kendine dokundurtmak gibi cinsel içerikli başka bir davranışta bulunduğunu belirtmiştir (SHÇEK, 2010).

Cinsel istismar, çocuktaki başka bir önemli travma kaynağıdır. ABD'deki üniversite öğrencileriyle yapılan 59 çalışmanın meta-analizinde, cinsel istismar insidansının erkekler için %3 ile %37, kızlar için %8 ile %71 arasında değiştiği; erkeklerinin %14'ünün ve kadınların %27'sinin cinsel istismar olarak sınıflandırılabilecek olaylar bildirdikleri ortaya koyulmuştur. Çoğu çalışma (%70), çocuk veya ergen (genç kişinin katılma isteğinden bağımsız olarak) ile diğer bir kişi arasındaki cinsel deneyimleri, cinsel istismar olarak tanımlamıştır. Çalışmaların %20'si cinsel istismar tanımlarını sadece istenmeyen cinsel deneyimlerle sınırlandırmıştır. Çoğu çalışma (%73) cinsel istismarı hem temaslı hem de temassız (örneğin, teşhircilik) cinsel deneyimleri içerecek şekilde uyarlamıştır. Çoğu çalışma (%88), cinsel istismara maruz kalan çocuklar veya ergenler için spesifik üst yaş sınırlarını bildirmiştir. Bu çalışmaların çoğu (%75) katılımcı olan çocuk için en eski dahil edilebilir yaşın orta veya daha sonraki ergenlik üzerine odaklanmış olduğunu ve genellikle 16 yaş için %35 ve 17 yaş için %25 olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların az bir kısmı (%25) yalnızca katılımcıların 14 ve daha küçük yaş grubunu temsil ettiğini göstermiştir. Çalışmaların yaklaşık üçte biri (%32), cinsel istismarın istenmeyen veya zorlanan akran deneyimlerini içerdiğini ve %16'sı yakın aile cinsel istismarına işaret ettiğini rapor etmiştir (Rind, Tromovitch ve Bauserman, 1998).

Çocukların Şiddete Maruz Kalma Ulusal Araştırması (NatSCEV I, 2008)'nda, 0-17 yaş arası gençlerin %6'sının son bir yıl içinde en az 1 cinsel istismara (cinsel saldırı, tecavüz, cinsel taciz) maruz kaldıkları gösterilmiştir. 14-17 yaş arası ergenlerdeki cinsel istismar oranı, geçmiş yıl için %16 ve yaşam boyu %28 olarak bulunmuştur. Daha spesifik olarak bu yaş grubundaki ergenlerin %11'i (kızların %19'u), fiziksel temas içeren en az bir cinsel saldırı yaşadıklarını ve %8'i (kızların %14'ü), yaşamları boyunca en az bir teşebbüs veya tecavüze maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Ulusal olarak temsil edilen bu örneklemdeki çocukların ve gençlerin çoğunluğu (%60.6), bir önceki yıl içinde en az 1 kez doğrudan mağdur edildiklerini rapor etmişlerdir. Bununla birlikte, %46.3'ü fiziksel bir saldırı yaşamış, her 4 kişiden 1'i (%24.6) bir mülkiyet suçu yaşamış, 10 kişiden 1'i (%10.2) çocuklara kötü muameleye tanık olmuş, %9.8'i aile içi saldırıya tanıklık etmiş, her 4 kişiden 1'i (%25.3) şiddete tanık olmuş veya yıl içinde başka bir dolaylı mağduriyet biçimi yaşamıştır. Bununla birlikte her 10 çocuktan biri (%10.2), mağduriyete bağlı yaralanmaya maruz kalmıştır (Finkelhor, Turner, Ormrod ve Hamby, 2009). NatSCEV II sonuçları, temel olarak bu oranları tekrarlamıştır. 14 ile 17 yaşlarındaki kızlarda, herhangi bir cinsel mağduriyet türü için geçmiş yıl prevalansı %23, cinsel saldırı için %11 ve denenen veya tamamlanan tecavüz için %8 olarak bulunmuştur. 14-17 yaş grubu, herhangi bir cinsel mağduriyet için yaşam boyu yaygınlık

oranları erkekler için %20 ve kadınlar için %35; herhangi bir cinsel saldırı için erkekler için %4, kadınlar için %17 ve herhangi bir tecavüz girişimi için, erkeklerde %3 ve kadınlarda %13 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda, çocukların beşte ikisi (%41.2) fiziksel saldırı yaşamış ve 10 çocuktan 1'i (%10.1) saldırıya bağlı yaralanma yaşamıştır. Genel olarak, çocukların ve gençlerin %57.7'sinin, toplam 5 maruziyetten (saldırı ve zorbalık, cinsel istismar, kötü muamele, mal mağduriyeti ve tanıklık mağduru) en az bir tanesini yaşantıladığı rapor edilmiştir (Finkelhor, Turner, Shattuck ve Hamby, 2013).

Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (ABD), çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin 2018 yıllık verileri (FFY), mağdurların dörtte birinden fazlasının (%28.7) 3 yaşından küçük olduğunu; 1 yaşından küçük mağdurların, tüm mağdurların %15.3'ünü oluşturduğunu göstermektedir. Mağduriyet oranı, 1 yaşından küçük çocuklar için aynı yaştaki her 1000 çocukta 26.7 prevalansına sahiptir. 2 ve 3 yaşında olan mağdurlar, nüfusun ilgili yaşlarındaki her 1000 çocuktan 11.0 ve 10.3 mağduriyet oranına sahiptir. Çocuk mağdurların yüzdeleri, hem erkekler (%48.5) hem de kızlar (%51.2) için benzer görülmektedir. Kızlar için mağduriyet oranı, popülasyondaki her 1000 kız için 9.6 ve bu popülasyondaki her 1000 erkekte 8.7 olarak tespit edilmiştir. Bulgular, mağdurların %84.5'inin tek bir çocukluk çağı travmasından muzdarip olduğunu ve geri kalan %15.5'inin iki veya daha fazla çocukluk çağı travmasına (çoklu) maruz kaldığını göstermektedir. Mağdurların beşte üçü (%60.8) sadece ihmal bildirirken, %10.7'si fiziksel istismar ve %7.0'si cinsel istismar bildirmiş; ayrıca, on sekiz eyalette 339 çocuk seks kaçakçılığı mağduru olduğunu (%0.1) rapor etmiştir (NCANDS, 2018). Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocukların verilerine göre, %57.7'sinin 15-17 yaş grubunda, %23.3'ünün 12-14 yaş grubunda, %18.5'inin ise 11 yaş ve altındaki çocuklar olduğu görülmüştür. Güvenlik birimine 2017 yılında gelen veya getirilen çocukların %66.1'i erkek, %33.9'u ise kız olduğu tespit edilmiştir. Güvenlik birimlerine 2017 yılında gelen veya getirilen 335 bin 242 çocuğun %46.2'sinin mağdur olarak geldiği ya da getirildiği belirlenmiştir. Güvenlik birimlerine mağdur olarak gelen 155 bin 24 çocuğun %88.7'sini suç mağduru ve %11.2'sini takibi gereken olay mağduru oldukları bildirilmiştir. Suç mağduru çocukların %54.4'ünü erkek, %45.6'sını kız çocuğu, takibi gereken olay mağduru çocukların %53.1'ini erkek, %46.9'unu kız çocuğu ve kabahat mağduru çocukların ise %41.3'ünü erkek, %58.7'sinin kız çocuğu olduğu görülmektedir. Güvenlik birimlerine suç mağduru olarak gelen 137 bin 482 çocuğun %59.1'i yaralama, %13.5'i cinsel suçlar, %6.8'i aile düzenine karşı suçlardan dolayı mağdur edilen çocuklardan oluşmaktadır. Ayrıca mağdur çocukların %3.8'i tehdit, %3.7'si hırsızlık, %3.1'i ise kişiyi hürriyetinden yoksun kılma

suçlarından mağduriyet yaşadıkları belirtilmektedir. Bu verilerin 2016 yılına göre binde 5 oranında artarak 335 bin 242 olduğu rapor edilmektedir (TÜİK, 2018).

2.2.4. Travmaya Verilen Tepkiler

Her birey, çocukluk döneminde az ya da çok stres verici olaylarla karşılaşsa da, bu yaşantılar normal koşullar altında travmaya dönüşmemektedir. Ancak gerek yaşanan stres verici olayların şiddeti gerekse meydana geldiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu bu yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilmektedir. Bu noktada, travmaya verilen tepkiler olay anında savaşma, kaçma, donakalma ve boyun eğme biçiminde şekillenmektedir. Fakat, varoluşsal boyuttaki tehdide rağmen bu tehdide yani travmaya verilebilecek uygun tepkinin imkansızlığı "*travma paradoksu"* ortaya çıkarmaktadır. Çünkü travmatik durum, nesnel tehdit ile öznel baş etme gücü arasındaki yaşamsal dengesizliktir. Bu açıdan travmatik yaşantı, aslında travmatik bir ukte yani travmatik bir düğümdür (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2016).

Travmatik deneyim geçmişe aittir ve travmanın işlendiği sonraki her an, tekrar ortaya çıkmaktadır. Bu tekrar kaçınılmazdır ve her tekrar orijinal travmatik gerçekliğin yeni bir versiyonunu oluşturmaktadır. Her yeni gerçeklik, travmatik çıkmaz için bir çözüm sağlamayı amaçlayan bilişler içermektedir. Genellikle bu bilişler kendi kendini yok ederek çözüme yol açmamaktadır (Şar ve Öztürk, 2007). Travmaya maruz kalmış bireylerin, verdikleri tepkiler ve yaşadıkları da kendine özgüdür (Zara, 2011, s.93). Hastaların bedenleri her zaman tehlikeye karşı teyakkuzdadır. Travmatik olayla ilişkili özel bir uyarana yoğun tepkinin yanı sıra, beklenmeyen uyarana aşırı irkilme tepkisi de vermektedirler (akt. Herman, 2019, s.45). Sıkıntıya karşı en yaygın tepki, yolumuza devam edebilmek için sevdiğimiz ve güvendiğimiz insanların bizi cesaretlendirmesini aramaktır. Ancak sevgi dolu gözlerle ve kocaman bir gülümsemeyle karşılanmadığımızda ya da kimse bize yardım etmek için koşmadığında, kendimizi rahatlatacağını düşündüğümüz uyuşturucu, alkol, tıkınırcasına yeme ya da kendini kesme gibi eylemelerle ilgilenmeye iteriz (Van der Kolk, 2019, s.88). Bu sebeple travmatize insanlar, travma anını yalnızca düşünceleri ve rüyalarında değil, eylemlerinde de yeniden yaşamaktadırlar (Herman, 2019, s.48).

Aşırı olaylar, bir veya birkaç patojenik durum içerdiğinde, maruz kalan birey herhangi bir nedenle etkilerine karşı savunmasız kalabilmektedir (Shalev, 2003). Dolayısıyla travmayı yeniden yaşayan kişiler için hiçbir şey anlam ifade etmemektedir. Yaşamla ölüm arasında sıkışmışlardır, felç edici bir korku ya da kör edici bir öfke yaşamaktadırlar. Aynı zamanda beden ve zihin, sürekli uyarılmaktadır. Bu durumda bireyler en ufak bir sesten irkilmekte ve düş kırıklıkları karşısında aşırı öfkelenmektedirler ve bu durum, donma, çözülme ile

duyguları kapatma gibi umutsuz çabalarını tetiklemektedir (Van der Kolk, 2019, s.95). Söz konusu travma deneyimini yeniden yaşama, ister müdahaleci hatıralar, rüyalar ya da eylemler biçiminde olsun isterse olmasın, baştaki olayın duygusal yoğunluğunu taşımaktadır (Herman, 2019, s.52).

Travma deneyimi arasındaki temel farklar zaman ve bağlamla ilgilidir. Sürekli travmatik deneyim, yeni ve çarpık gerçeklik algıları yaratmaktadır. Algılanan gerçekliğin çoklu versiyonlarının bir arada bulunması, travmanın işlenmesini zorlaştırmaktadır. Mevcut sürüm, her tekrarda öncekinden farklı olacak ve yavaş yavaş orijinal formdan ayrılacaktır. En son sürüm, şu an için nihai form olarak işlev görecektir. Bu sebeple gerçekliğin yeni versiyonları ve yeni bilişler, travma sürecinin yarıda kesildiği an ve öznenin sıkıştığı sürecin aşamasına bağlıdır. Sonuç olarak, hasta travmanın işlenmesini tamamlayamamaktadır. Çünkü travmatik bir durumda olası tepki yolları oldukça sınırlıdır. Bunun bir yolu bu durumdan fiilen kaçmaktır, diğeri ise çözünürlüğü işlemek (*process it to resolution*) ve üçüncüsü, travmatik deneyimin yeterince işlenmediği deneyimin ayrıştırılmasıdır (Şar ve Öztürk, 2007).

Janet, çeşitli *visseral* (yaşamsal), algısal, duygusal veya motorik (canlandırma) semptomların, travma öğelerini istemeden yeniden temsil edebileceğini belirtmiştir (akt. Van der Kolk ve Van der Hart, 1989). Travmalarını hatırlama ve kelimelerle ifade etmede büyük zorluk çeken birçok hasta, bunun yerine önceki deneyimleri hakkında çokça iletişim kuran şekillerde davranmaktadır (Chu, 1992). Bu hastalar, asla hikayelerini kendiliğinden tekrarlamazlar ya da tedavi sırasında hiç bir zaman doktora bu tür bir sahneyi tam olarak hatırladıklarını aktaramazlar. Hafızadaki anı parça parça bilinçlerinde uyanmaya başlarken, sahte olamayacak bir duyguya av olmaktadırlar (Browne, 1990).

Travmatik olaylar psikolojik uyarılma, duygu, bilinç ve hafızada, derin ve aynı zamanda kalıcı değişiklikler yaratmaktadır (Herman, 2019, s.42). Zihin, her yeni savaşma/kaçma/donma deneyimiyle, tetiklenen bir bağlantı ağı oluşturmaktadır (Bloom, 2009). Bu, bazen bireyin anısını bir savaşma veya kaçma bağlamında gizlemesi için gerekli yolu sunmaktadır (akt. Kaufman, 2019). Karmaşık bir örümcek ağı gibi, görünüşte uzak bir bağlantı, *"flashback"* olarak adlandırılan fiziksel ve duyusal bir deneyimle sonuçlanan hızlı bir ilişki ağını tetikleyebilmektedir. Bu geri dönüş, geçmiş deneyimin bir parçasının şimdiki bilince ani bir müdahalesi yansıtmaktadır (Bloom, 2009). Bazen ayrıntılı ve canlı, bazen de çok belirsizdirler (Loftus, 1993). Geri dönüşler, görsel bir görüntü, bir koku, bir tat, şiddetli ağrı da dahil olmak üzere başka bir fiziksel his biçiminde olabilir ve genellikle güçlü duyguların eşlik etmesiyle sergilenmektedir. Her geri dönüş meydana geldiğinde, "*savaşma/kaçma/donma"* tepkisini karakterize eden karmaşık bir psikobiyolojik olay dizisi

tetiklenir ve bu da anılarda bir terör saldırısına benzer tepkiyle sonuçlanır. Hayatta kalan kişi normal deneyimleriyle, bu radikal ayrılmanın gölgesinde baş etmeye çalışırken, bir kısır döngü içinde alkol, şiddet ve riskli davranışlar yoluyla geçici olarak kendini kesintiye uğratabilecek her şeyi gerçekleştirecek ancak bu girişimlerin her biri, büyüyen problemlerini bir yığına dönüştürecektir (Bloom, 2009).

2.2.4.1. Aşırı uyarılma

Travmatik bir deneyimden sonra tehlike her an geri dönebilirmiş gibi, insanın kendini koruma sisteminin sürekli teyakkuza geçtiği görülmektedir. Psikolojik uyarılma azalmadan devam etmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun ilk büyük semptomu olan bu aşırı uyarılma durumunda, travmatize insan kolaylıkla irkilerek küçük provokasyonlara asabi reaksiyonlar verebilmektedir (Herman, 2019, s.44). Şiddetli stres altında, duygusal uyarılma o kadar yoğunlaşır ki, duygusal tepkiler başkaları tarafından sosyal temas ve fiziksel dokunuşla tamponlanmadığında, merkezi sinir sistemi sınırsız aşırı uyarılmayla karşı karşıya kalmaktadır (Bloom, 2009). Dolayısıyla travmatize insanlar, başkalarınca can sıkıcı bulunan tekrarlayıcı uyaranları duymazdan gelememekte ve her tekrara yeni bir tehlike, beklenmedik bir şey gibi tepki vermektedirler (akt. Herman, 2019, s.45). Uzun süren bu hiper uyarılma, biyolojik sistemleri tüketerek fiziksel zararlara neden olmakta ve insanların rahatlama, sakinlik veya dikkat dağıtma konusunda yardımcı olan herhangi bir madde, ilaç, alkol veya riskli davranış aramasına neden olmaktadır (Bloom, 2009). Bu, aşırı duyarlılık, sinirlilik, hafıza ve konsantrasyon sorunları, uyku bozuklukları ve abartılı bir irkilme tepkisi ile ifade edilmektedir (Van der Kolk, 2000).

Nörobiyolojik araştırmalar, limbik sistemin her zaman bir tehdit hatırlatmasına karşılık, ön korteksin alarmın durmasını söyleyemediği sürece bir tehditmiş gibi tepki verme eğiliminde olduğunu bildirmektedir. Aslında, hikayenin yeniden anlatımı, limbik sistemi duyarsızlaştırmaktan daha fazla, yeniden etkinleştirme şansını vermektedir. Travmatik bir hafızayı gerçekten duyarsızlaştırmak veya dönüştürmek için, ya o hafızanın zihin-beden yanıtlarını değiştirmemiz ya da yanıtları tehdit yerine duyum (sansasyon) olarak farklı bir şekilde yorumlamak için ön lobların aktivitesini eski haline getirmemiz gerekmektedir (Fisher, 2003). Bu noktada stres tepkisi, tam bir beden-zihin seferberliği yaratarak güçlü nörokimyasalların beynimize ve vücudumuza akın etmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla, dikkatimiz, potansiyel tehditle perçinlenerek muhakeme ile yargılama kapasitemiz yükselen kaygı ve korkudan olumsuz etkilenmeye başlar. Bu aşırı hiper uyarılma durumu, acil

durumlarda koruyucu bir işlev görür ve bizi algılanan tehditlere karşılık hızlı bir şekilde yanıt vermeye hazırlayarak tercihli olarak eyleme yönlendirir (Bloom, 2009).

2.2.4.2. Savaşma, kaçma, donma ve yabancılaşma

Potansiyel olarak parçalandığını düşündüğümüz çok büyük bir deneyimle karşı karşıya kaldığımızda, onu askıya alma ve asimile edilmemiş bir şekilde *dondurma* yeteneğine sahibizdir (Browne, 1990). Sosyal tehdit uyaranları da, insanlarda vücut dondurma reaksiyonlarını indükleyebilmektedir (Roelofs, Hagenaars ve Stins, 2010). Korkunun aksine, saldırganlığı ortadan kaldırmak ve saldırıyı önlemek için bir önlem olarak, donma aslında, savunma işaretinin başlangıcında tehdit belirtilerine odaklanmak amacıyla yoğun bir dikkat sağlayarak önemli olan ilk yönlendirme yanıtını harekete geçirmektedir (Schauer ve Elbert, 2015). Kaçmak veya savaşmak için harekete geçtiğimizde, adrenal bezler parasempatik sinir sisteminde karşılıklı aktivite başlatır ve bizi tehlikenin sona ermesi için olaydan kurtulmaya hazırlar. Kortizol üretimi artar, kalp atış hızı ve solunum yavaşlar. Öte yandan frontal lob aktivitesi devam eder, ancak sıklıkla hiperaktif olarak, olayın müdahaleci düşüncelerine ve görüntülerine neden olur. Böyle bir durumda savaşmak veya kaçmak uyarlanabilir veya mümkün değilse, parasempatik sinir sistemi, donma ve boyun eğme olmak üzere diğer iki sağkalım alternatifine yönelir (Fisher, 2003). Bu noktada beyin travma ile başa çıkmak için yeniden düzenlenir ve nöronal devre fizyolojik olarak değişir. Kaçma, savaşma veya donma tepkileri tarafından üretilen çeşitli kas gerginlikleri, öznenin orijinal devrelerine müdahale ederek farklı bir şekilde yeniden devredilir (Silva, 2014).

Scaer (2014), travma temelli değişikliklerin, sürekli bir yoğun uyarılma durumu ile çökelen nöral impulsların ve nörotransmiterlerin, göreceli çaresizlik durumunda çözülmemiş olarak algılanan bir yaşam tehdidinden kaynaklanan, donma tepkisinin tekrarlanmasıyla tetiklendiğini ileri sürmüştür. Ayrılma adı verilen zihinsel durumun, insanların donma sırasında bilinçli olarak deneyimlediklerini fark etmiş ve savaşmak, kaçmak ya da donmak şeklinde travmaya verilen tepkilerin kişinin refahını etkilediğini belirtmiştir. Kaçınma, travmatik anılara öngörülemeyecek ölçüde maruz kalma ile genellikle travmayı hatırlatan insanlardan veya eylemlerden uzaklaşmak için uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımına, arkadaşlardan veya aktivitelerden duygusal olarak çekilmeye kadar çeşitli manevralarla ortaya çıkmaktadır (Van der Kolk, 2000). Bu noktada iç istikrarsızlaşma (donma), dış tehlikeden kaçınmanın bir yolu yerine, tehdidinin üstesinden gelmek için kullanılmaktadır (Browne, 1990). Dolayısıyla donma tepkisini tamamlamadığımızda beynimiz, kaçınılmaz olarak periyodik biçimde yeniden ortaya çıkan travmatik olaya ait anıların aslında geçmişte olmayan,

şimdiki zaman olayları gibi temsil ettiğini düşünmeye itilerek, çevresel ipuçları tarafından kandırılmaktadır. Beyin, bu kaçma veya kendini savunma eylemi tamamlanana ve travma hatıraları sönene kadar, hayatta kalma tehdidinin varlığını sürdürdüğünü algılamaya devam edecek ve geçmiş bir deneyim olarak belleğe atamayacaktır. Sonuç olarak, mevcut bilinçte geçmiş belleğin ortaya çıkması, donma/ayrılma tepkisini tekrar tekrar tetikleyecektir (Scaer, 2014).

Düşünce baskılaması, hastaların travma hakkındaki düşüncelerini akıllarından çıkarmaya zorlasa da, bu çaba istenmeyen müdahaleci hatırlama sıklığını artıracaktır. Örnek olarak, kabusları çok geç yatarak veya çok erken kalkarak önlemeye çalışmak, sadece kötü konsantrasyon, sinirlilik ve yabancılaşma belirtilerini arttırmaktadır (Ehlers ve Clark, 2000). Oysa şimdiye ve geleceğe bağlı olan psikolojik benliğe karşılık, sosyolojik benlik travmaya bağlıdır. Şimdiki zaman, gerçek şimdiki zamandan ödün veren travmatik deneyime yapıştırılarak, şimdiki zaman duygusu geçmiş tarafından gölgelenmiştir. Böylece travmatik deneyim, travmatik deneyim tarafından belirlenen zamanı gerçek zamandan ayırır. Zaman boyutundaki bu bölünme, bilişi de etkilediğinden, travmatik zaman boyutundaki bilişlerin gerçek zamandakilerden farklı olması beklenir. Bu dağılma geçmişi; geçmiş, şimdi ve geleceği karıştırarak özneyi zamanla yabancılaştırır ve asıl olarak zaman duygusu (zamansızlık, zaman kaybı hissi) kaybolur (Şar ve Öztürk, 2007). Sonuç olarak *yabancılaşma*, tekrarlayan travmatik deneyim üzerine parçalanma, ayrışma ve bozulma sonucu ortaya çıkan isteksizliğin veya çalışamamanın sonucudur. Dolayısıyla, sosyal ortamı yeniden karakterize etmeye başlar ve bunun için artan ayrışma ile birlikte yaygın ikiyüzlülüğe, karşılıklı saygı ve hoşgörü kaybına, ilgisizliğe, sinizme, umutsuzluğa, çaresizliğe, sosyal bağlılık, amaç ve sosyal destek kaybına dönüşür (Bloom, 2009).

2.2.4.3. Büzülme ve uyuşma

İnsan, güçsüz ve direnmenin herhangi bir türü beyhude olduğunda kendini bırakma durumuna girer ve savunma sistemi tamamen çöker. Çaresiz insan içinde bulunduğu durumdan gerçek dünyadaki eylemlerle değil, tersine bilinç durumundaki değişikliklerle kaçmaktadır. Bilinçteki bu değişiklikler, büzülmenin ya da travma sonrası stres sendromunun üçüncü büyük semptomu olan uyuşmanın tam merkezinde yer almaktadır. Olaylar bilinçte etki yaratmaya devam eder ve sanki bu olaylar olağan anlamlarından kopmuş hale gelir. Sonuç olarak, kısmi anestezi ya da özel bir duyu kaybıyla algılar uyuşabilmekte ya da çarpıtılabilmektedir (Herman, 2019, s.52-53). Travmatik deneyim anılarının tekrar tekrar yaşanması, aşırı fizyolojik ve psikolojik sıkıntıya, bazen de fizyolojik uyarılmanın olmadığı

ve duygusal uyuşma hissinin eşlik ettiği olaya ilişkin yoğun duyusal ve görsel anıları içermektedir (Van der Kolk, 2000). Bu büzülmeci semptomların ilk olarak hafıza alanında gerçekleşeceğini savunan Janet, unutmanın sonucunda olağan farkındalıktan bölünerek ayrılan ve acı verici hatıraları muhafaza eden bir "*bilinç alanı büzülmesi"* olarak açıklamıştır (akt. Herman, 2019, s.55-56).

Travmatik etkiden sonraki anlarda, genellikle tanımlanabilir bir duygusal tonu olmayan bir şok, karışıklık ve ayrılma hissi uyuşmayı yansıtmaktadır (Scaer, 2014). Travmatik bir olaya maruz kaldıktan birkaç dakika sonra beyindeki endorfin seviyesinde bir artış olmaktadır. Travma sırasında endorfin seviyeleri yükselmeye devam ederek travmanın duygusal ve fiziksel ağrısını uyuşturmaya yardımcı olur. Bununla birlikte, travma bittikten sonra, endorfin seviyeleri yavaş yavaş azalır ve bu, saatlerden günlere kadar sürebilen bir endorfin çekilmesine yol açar. Endorfin çekilmesinin bu süresi duygusal sıkıntıya neden olarak travma sonrası stres bozukluğunun diğer semptomlarına katkıda bulunabilmektedir. Buna karşılık kontrol edilemeyen travma sırasında endojen opioidlerdeki (endorfinler) bir artış travmanın ağrısını uyuşturmaya yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, travmayı takiben, geri tepen bir endorfin çekilmesi, travmatik bir olaydan sonra gözlenen duygusal sıkıntı belirtilerine ve ayrıca artan alkol içme isteğine katkıda bulunabilmektedir. Endorfin tazmin hipotezi de, insanların endorfin eksikliğini hafifletmek için travmatik bir deneyimden sonra alkol kullandığını varsaymaktadır. Bu hipoteze göre alkol kullanımı, sonraki endorfin yoksunluğu semptomlarını önlemek için daha fazla alkolün gerekli olduğu kısır bir döngü yaratmaktadır (Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace ve Bux, 1999). Bu sebeple kendiliğinden çözülemeyen travmatize insanlar, alkol ya da uyuşturucularla benzer uyuşukluk etkileri üretmeye girişebilmektedir (Herman, 2019, s.54). Sonuç olarak ağrılı veya ezici etkileri köreltme amaçlı başa çıkma mekanizmaları olarak bildirilen alkol ve uyuşturucuların kullanımı, cinsel saldırı ve diğer travmatik durumlar için tekrar tekrar bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır (Cloitre ve Rosenberg, 2006).

Travmatik nevrozun büzülmeci semptomları yalnızca düşünce, hatıra ve bilinç durumlarında değil, amaçlı eylem ve insiyatif alanının tamamında da görülmektedir. Travmatize insanlar, biraz güvenlik duygusu yaratma ve yayılan korkularını kontrol etme çabası içinde kendi hayatlarını kısıtlamaktadırlar. Bununla birlikte büzülmeci semptomlar, geleceği planlama ve öngörmeye de engel olmaktadır ancak travmaya karşılık bir savunma girişimini temsil edebilse de, sağladığı koruma ne olursa olsun yüksek bir bedel dayatır. Çünkü hayatı daraltarak kalitesini düşürmesine ve travmatik olayın etkilerinin devam edip gitmesine neden olur (Herman, 2019, s.57-58). Kendine zarar verme, intihar, risk alma,

yeniden canlandırma davranışı, bakım ve kendini feda etme, yeniden mağduriyet ve bağımlılık davranışı bunların birkaç işaretidir. Sonuç olarak, hepsi düzensiz bir sinir sistemini modüle etmenin farklı yollarına yol açmaktadır (Fisher, 2003).

2.2.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Yansımaları

Doğal ve insan kaynaklı felaketlerin, insanların psikolojik ve fiziksel refahları üzerindeki uzun vadeli zararlı etkileri eskidendir bilinmektedir (Spiegel ve Cardeña, 1991). Çocukluktaki sıkıntı, çok çeşitli yetişkin psikiyatrik bozuklukları için yüksek risk barındırmakta ve yetişkin davranışları ile sosyal işlevleri üzerinde önemli ve süregiden olumsuzluklar yaratmaktadır (McCabe, Maloney, Stain, Loughland ve Carr, 2012). Bununla birlikte yaşama isteğini, umudunu ve gücünü tahrip ederek ruhsal olarak felç etmektedir (Zara, 2011, s.91). Dolayısıyla travmatize insanlarda, bu şekilde duygusal uyuşukluk ve olayı yeniden yaşantılama arasında gidip gelme oldukça sık görülmektedir (Herman, 2019, s.1). Bu da hoş olmayan duygulara, yoğun fiziksel duyumlara, dürtüsel ve saldırgan davranışlara zemin hazırlar ki, travma yaşayanlar bu tepkiler sonrasında kontrolden çıktıklarını hissederek kurtarılamayacak şekilde derinden hasar gördüklerini düşünmeye kapılırlar (Van der Kolk, 2019, s.2).

Travmatik olaylar bedeni istila ederek, kişinin otonomisi ve bütünlük seviyesi üzerindeki kontrolü sıklıkla kaybetmesine yol açmaktadır (Herman, 2019, s.65). Burgess ve Holmstrom 1973'de, tecavüzün psikolojik etkileri üzerine bir çalışma yürütmüşlerdir. Boston şehir hastanesinin acil sevisine başvuran tecavüz mağdurlarına yardımcı olmak üzere bir yıl içinde 92 kadın ve 37 çocuk ile görüşme yapmışlardır. Bu görüşmelerde *tecavüz travma sendromu* olarak tanımladıkları psikolojik reaksiyon kalıbını gözlemlemişler ve kadınların tecavüzü genelde sakat kalmaktan ya da tecavüz esnasında ölmekten korkulan, hayatı tehdit eden bir olay olarak deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Tecavüz sonucunda kurbanların çözülme ve uyuşukluk semptomlarının yanı sıra uykusuzluk, bulantı, irkilme reaksiyonları ve kabuslardan şikayet ettikleri de belirtilmiştir (Burgess ve Holmstrom, 1974). Genel olarak travma sonrası akut stres tepkileri, fiziksel (*baş ağrıları ve baş dönmeleri, üşüme ve yanma hissi, göğüste daralma hissi, heyecanlı gergin ve aşırı uyarılmışlık hissi, halsizlik ve yorgunluk, mide bulantısı ve bağırsak rahatsızlıkları, iştah artışı veya azalması*), davranışsal (*uyku düzeninde bozulmalar ve kabuslar, sürekli tetikte olma, görünürde bir neden yokken ağlama ve ağlamaklı olma, travmatik olayı hatırlatıcı unsurlardan kaçınma, alkol ve/veya madde kullanımı*), duygusal (*şoka girme ve hissizlik hali, güvensizlik hissi, derin üzüntü, çaresiz ve güçsüz hissetme, öfke ve öç alma isteği, suçluluk, umutsuzluk ve karamsarlık, anı*

duygu değişimi) ve zihinsel (*dikkat ve konsantrasyon sorunları, unutkanlık, düşünce bozuklukları, tam ya da kısmi amnezi, rahatsızlık veren anılar ve imgelerle meşgul olma*) olarak farklı yollarla ifade edilmektedir (Zara, 2011, s.93-95).

Çocukluk çağı travmalarının etkileri, suçluluk veya kaçınma gibi yollarla ortaya çıkabilmekte ancak düşük benlik saygısı, depresyon, aşırı geri çekilme veya intihar gibi duygusal hasarın daha ince tezahürlerinde yer alabilmektedir (Widom, 1989). McCann, Sakheim ve Abrahamson (1988), mağduriyete ilişkin kısa veya uzun vadeli psikolojik sekellerin mevcut literatür tarafından desteklendiğini bulmuştur. Bu sekeller, (a) duygusal tepkiler *(korku, endişe ve müdahaleci fenomenler, depresyon, benlik saygısı bozuklukları, öfke, suçluluk ve utanç)*; (b) ayrışma süreçleri de dahil olmak üzere bilişsel rahatsızlıklar; (c) aşırı ve somatik rahatsızlıklar dahil biyolojik reaksiyonlar; (d) davranışsal değişiklikler *(saldırgan veya intihar davranışı, madde bağımlılığı, sosyal işlev bozukluğu ve ilgili kişilik bozuklukları)*; (e) cinsellik ve ilişkiler alanlarında kişiler arası sorunlar, olarak yansımaktadır. Bununla birlikte, çocuğun travma sonrası ortaya çıkaracağı belirli bir semptom setinde ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığı ve travmanın meydana geldiği yaş faktörünün de önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Genel olarak, bireyin ailesinde şizofreni, affektif ya da anksiyete öyküsü varsa, çocukluk çağı travmaları sonrası sergilenen semptomların bazı psikotik öncesi ve psikotik aralık semptomlarını içerdiği gözlenmiştir. Aynı zamanda aile öyküsünde güçlü bir alkolizm ve sosyopati öyküsü varsa, ifade edilen belirtiler duygudurum ve anksiyete bozukluğu olarak yansıyabilmektedir (Perry, 1994).

Travmatik bir olaya maruz kalan kişi kendisini, genel olarak güvensizlik, öfke, korku, şaşkınlık, suçluluk, keder ve üzüntü karmaşası içinde bulmaktadır (Zara, 2011, s.93). Bununla birlikte travma mağdurlarında yalnızlık ve umutsuzluk, çaresizliğin verdiği öfkeye dönüşmektedir. Gidecek hiçbir yeri olmayan öfke ise depresyon, kendinden nefret etme ve kendine zarar verici davranışlar biçiminde benliğe yöneltilmektedir (Van der Kolk, 2019, s.134). Dolayısıyla travmatik birey, başlangıçta öfkenin merkezinde yer alır. Sonrasında öfke, insanları hayatlarına dahil etmek için kelime öbeklerini genelleştirir ve üst düzeye ulaşır. Bu genelleştirilmiş öfke, tekrarlanan intihar girişimleri ve yıkıcı davranışların temel nedenine dönüşmektedir (Öztürk, 2004). Çocukluktaki işlenmemiş travmatik duyguların bedensel hastalığa dönüşmesi de, büyük ölçüde rahatlama sağlamak için uygulanan çeşitli davranışsal başa çıkma mekanizmalarının (*sigara, aşırı içme, uyuşturucu, karışıklık, aşırı yeme, toksik ilişkiler ve şiddet)* sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu kendi kendine tedavi etme mekanizmaları, genellikle bir süre ya da bir dereceye kadar çalışmaktadır. Bu anlamda çocukluk çağı travmalarının, uzun süreli ve belirgin psikolojik etkilerinin olması şaşırtıcı

değildir. Beklenmedik olan, bu travmaların on yıllar sonra yaygın organik hastalıklarla ilişkili bulunmasıdır (Whitfield, 1998).

Çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete, kendini suçlama, kendine zarar verme davranışları, cinsel problemler, madde bağımlılığı ve yeme bozuklukları gibi çeşitli yetişkin psikiyatrik zorluklarıyla ilişkili bulunmuştur (Swanson ve Baggio, 1985; Chu, 1991). Bir çalışmada, istismara uğrayan çocuklar ile istismara uğramamış çocuklar karşılaştırıldığında, istismara uğrayan çocukların endişe ve depresyon gibi daha yüksek semptom insidansına sahip belirtiler gösterdikleri rapor edilmiştir (Peterson, 1991). Başka bir çalışmada da, cinsel istismar geçmişi olan mağdurların, istismar edilmemiş bireylere göre şu anda psikoaktif ilaç kullanımları, madde bağımlılığı öyküsünün bulunması ve geçmişte en az bir intihar girişimi gerçekleştirme olasılıkları önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Bu sekellerin; (a) zaman içinde genelleştirilen ve klasik olarak şartlandırılmış duygusal tepkiler, (b) kendine, başkalarına ve geleceğe dair olumsuz biliş ve algıları ile (c) durumsal ortamda uyumlu olmayı bırakan arkaik başa çıkma davranışlarını içerdiği görülmektedir (Briere ve Runtz, 1987). Travma geçmişinin yalnızca bu etkilerle sınırlı kalmayıp; intihar girişimi, depresyon, anksiyete, alkolizm ve diğer madde bozukluklarına ek olarak PTSD'ye de yol açmasının yaşam kalitesi üzerinde zararlı birçok etkiye neden olduğu belirtilmektedir (Warshaw vd., 1993). Bu nedenle, şiddetli çocukluk çağı travmalarından kaynaklanan psikolojik rahatsızlıklarla birlikte çoklu psikiyatrik etkilerin (PTSD, BPD vb.) varlığını sorgulamak oldukça önemlidir (Briere ve Runtz, 1987).

Çocukluk çağı travmalarına ilişkin önemli olan diğer bir husus, mağdurların çaresizlik duygularının geri dönmesine sık sık maruz kalmalarıdır (Wyatt ve Newcomb, 1990). Travmatik anılar, geçmişle ilgili anlatılan diğer öykülerden farklıdır (Van der Kolk, 2019, s.194). Travmatize insanlar kendilerini, farklılaşmış bir biçimde travma sahnesinin bazı yönlerini yaptıkları şeyin farkında olmaksızın yeniden canlandırırken bulmaktadırlar (Herman, 2019, s.49). Çünkü tehlikenin geçmesinden uzun bir süre sonra travmatize insanlar, olayı şimdiki zamanda tekerrür ediyormuş gibi sürekli olarak yeniden yaşamaktadırlar. Bu sebeple hayatlarının normal seyrini devam ettirememekle birlikte, travma tekrar tekrar kesintiye uğrattığı için zaman, travma anında durmuş gibidir. Dolayısıyla travmatik an, anormal bir hafıza formunda kodlanmıştır; bu da, hem uyanıklık esnasında geçmişe dönüş olarak hem de uyku esnasında travmatik kabuslar olarak, bilinçliliği kendiliğinden kesintiye uğratır. Küçük ve görünüşte önemsiz olan bu hatırlatıcılar, çoğu kez tüm canlılığı ve gerçek olayın duygusal gücüyle geri dönen hatıraları yeniden canlandırmaktadır (Herman, 2019, s.45-46). Chu (1992)'ya göre bu durum, genellikle hastaların güçlü ve tehdit edici bir

durumun varlığında gevşeme, donma veya otomatik boyun eğme davranışlarıyla ortaya çıkmaktadır. Bu geçmişe dönüşlerle birlikte korkutucu olayı yeniden yaşantılama, bazı yönleriyle travmanın kendisinden daha kötüdür. Travmatik olayın bir başlangıcı ve sonu vardır, belli bir noktada biter ancak PTSD yaşayan bireylerde uyanık ya da uykuda olsun, geçmişe dönüşler herhangi bir anda yaşanabilmektedir. Tekrar ne zaman olacağını ve ne kadar süreceğini kestirmek mümkün değildir. Bu açıdan sürekli olarak görünmeyen tehlikelerle savaşmak çok yorucudur ve kişiyi eskisinden daha bitkin, depresif ve yıpranmış bir hale getirir. Bununla birlikte travma çözümlenmediği sürece, bedenin kendini korumak için salgıladığı stres hormonları döngüsü devam ettiğinden, savunmaya dönük hareketler ile duygusal tepkiler yenilenerek aktif hale gelir ve anıları zihne daha derin bir şekilde yerleştirir. Artık, günlük yaşamın eğlenceli yönlerini ve zorluklarını hissetmek, işleri tamamlamak gittikçe zorlaşır ve sonuç olarak anı tam yaşayamamak, kişileri geçmişe daha da hapsettirir (Van der Kolk, 2019, s.66-67).

Travma yaşayan kişiler olumsuz yaşam deneyimlerine ait anıların ne zaman ortaya çıkacağını kontrol edemezler. Rahatsız edici hisler tarafından tutsak edilme kaygısı, bedeni donmaya ve zihni kapamaya itmektedir. Bu itki, travma geçmişte yaşanmış olsa da beyin duygusal duyumlar üretmeyi sürdürerek, mağdurun korku ve çaresizlik duygularını yeniden yaşamasına neden olmaktadır (Van der Kolk, 2019, s.181,208). Travmatik deneyimin ardından daha kırılganlaşan kişi, dış etkilere karşı savunmasız kalarak zamanla yaşam çevresindeki lider kapasitesini kaybetme eğilimine girmektedir. Bu nedenle tamamlanmamış travma süreci, temperans kaybı, kontrol duygusu kaybı ve yaşam çevrelerinde artan veya azalan kişilerarası mesafe hissinin üç klinik sonucuna varmaktadır (Şar ve Öztürk, 2006). Tekrarlayan travmatik deneyimler ve tekrarlanan bilişler için çözüm yöntemleri, artık yavaş yavaş birbirinden ayrılır (Şar ve Öztürk, 2007).

2.2.5.1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu

Çocukluk çağı travmaları, ergenlikten yetişkinliğe alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkili olarak yüksek risk barındırmaktadır (De Bellis, 2002). Özellikle cinsel istismar ve psikolojik sıkıntı arasındaki bağlantı, alkol ve diğer maddelerin kullanımı ile önemli klinik sonuçlara neden olmaktadır. Psikolojik sıkıntı derecesi ve tipi, madde kötüye kullanımının etkileriyle ağırlaştırılabilmekte veya geçici olarak maskelenerek nüks için gizli bir risk oluşturabilmektedir (Jarvis ve Copeland, 1997). Madde kullanım bozukluğu (SUD) ile ilişkili bilişsel ve davranışsal eksiklikler (örneğin, bir başa çıkma stratejisi olarak madde kullanımına güvenme, dürtüsellik, yanlış karar verme), PTSD'nin (örneğin, ayrışma, patlayıcı

öfke) ilave etkisiyle riskin artmasına neden olmaktadır. Bu risk, şiddet faaliyeti, finansal, akademik, kişilerarası ve mesleki problemler ile suç davranışı ve reviktimizasyon yoluyla ek stres yaratmakta ve başa çıkma kabiliyetinin azalması sonucu yaşam boyu SUD için yüksek risk barındırmaktadır (Najavits, Hyman, Ruglass, Hien ve Read, 2017).

Madde ile ilişkili bozukluklar; alkol, kafein, kenevir (*kannabis*), varsandıranlar (*hallusinojenler*), uçucular (*inhalanlar*), *opiyatlar*, dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (*sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler*), uyarıcılar (*amfetamin* türü maddeler, *kokain* ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler olmak üzere 10 türü kapsamaktadır. Bu 10 tür, tam olarak birbirinden ayrı değildir. Aşırı ölçülerde alınan her madde, ortak bir özellik olarak, beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkinleştirerek davranışların pekişmesine ve anı oluşumuna katkıda bulunmaktadır. DSM-V'te Alkol Kullanım Bozukluğu; *"(1) çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ve daha uzun süre alkol alma; (2) alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen cabalar içinde olma; (3) alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman harcama; (4) işte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı; (5) alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme; (6) büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel veya ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürme; (7) yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanmaya devam etme"* fiillerini kapsamalıdır. Ancak tanı kriterlerini karşılayabilmesi için on iki aylık bir süre içinde, bu kriterlerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü gerekmektedir (APA, 2013). Tanıyı karşılayabilmesi için kenevir, fensiklidin, uçucu (inhalan), opiyat, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici gibi diğer madde türlerinde de benzer davranış örüntülerin sergilenmesi beklenmektedir.

Çocukluk çağı travmaları, gelecekteki madde kullanımının artmasına yol açabilmektedir ancak bir ailenin madde kullanım öyküsünün katkıları belirsizdir. Bu çalışmada, kronik opioid kullanıcıları grubunda, çocukluk çağı travmaları ile ailenin madde kullanım öyküsü arasındaki ilişki incelenmiştir. Analiz için Kuzey Amerika Opiat İlaç Girişimi (NAOMI) kohortundan çocukluk çağı travmaları yaşadığını bildiren popülasyonun bir alt örneği (ortalama yaşı 38 olan 87 katılımcı ve %14.9'u kadın) seçilmiş ve bu grup 12 aylık süre ile takip edilmiştir. Bulgular, katılımcıların 53'ü (%58.6) anneleriyle yakın ve uzun süreli kişisel bir ilişki yaşadıklarını belirtirken, katılımcıların sadece 26'sı (%29.9) babalarıyla

aynı şeyi bildirmiştir. Anne alkol kötüye kullanımı, fiziksel istismar dışında tüm travma tipleri ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Annenin alkol ve uyuşturucu öyküsü dışında, sadece anne akrabaları tarafından alkol kötüye kullanımı, çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık, babanın alkol kötüye kullanımı, fiziksel istismar ile ilişkili iken, babanın uyuşturucu kullanımı hem fiziksel istismar hem de ihmal ile ilişkilendirilmiştir. Babanın ailesinin uyuşturucu ve alkol kullanımı, çocukluk çağı travmalarının hiçbiri ile ilişkili bulunamamıştır. İlk enjeksiyon yaşı (ortalama 20.6 ± 6.5), tüm travma tipleri ile anlamlı derecede ilişkili görülmüştür. Duygusal ve fiziksel ihmalin de, daha erken bir ilk enjeksiyon yaşı ile güçlü bir şekilde korele olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar, ailede uyuşturucu ve alkol kullanım öyküsünün, çocukluk çağı travmaları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve bu da madde kullanımının tehlikeli yollarına daha erken başlanmaya neden olabileceğini göstermiştir (Taplin, Saddichha, Li ve Krausz, 2014).

Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde, çocukluk çağı travmaları, madde kötüye kullanım eğilimi, başa çıkma becerileri ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya, madde kullanma ve bulundurma suçları nedeniyle TC Adalet Bakanlığı Trabzon Şubesi tarafından yargılanan ve mahkum edilen 41 esrar kullanıcısı ve kontrol grubu dahil edilmiştir. Bulgular, çalışma grubundaki çocukluk çağı travma öyküsünün, kontrol grubuna göre daha yaygın olduğunu göstermiştir. Bu grupta fiziksel istismar, en fazla bildirilen CTQ alt türü olmuştur. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) alt ölçek puanlarına bakıldığında; zihinsel ayrılma, sorunlara odaklanma, duyguları ifade etme, aktif başa çıkma, din ile başa çıkma ve duygusal sosyal destek kullanımı, çalışma grubunda anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Yine çalışma grubunun, Madde Bağımlılığı Eğilimi Ölçeği üzerindeki sonuçları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin fiziksel istismara maruz kalma sonucu, madde bağımlılığına karşı daha yüksek eğilim içinde olduklarını ve buna karşılık daha düşük benlik saygısına sahip olduklarını göstermiştir. Aynı zamanda kötüye kullanım düzeyi, duygu temelli başa çıkma düzeyini arttırırken, sorun temelli başa çıkma düzeylerini azaltmıştır. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının, psikososyal risk faktörlerinden biri olduğu görüşünü sunmaktadır (Toker, Tiryaki, Özçürümez ve İskender, 2011).

Calmes ve diğerleri (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada amaç, çocukluk çağı travmaları ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmaya, yaşları 18 ile 49 arasında değişmekte olan 143 kişi katılmıştır. Katılımcılar, Madde Suistimali İnce Tarama Envanteri-3 (SASSI-3) ve çocukluk çağı travmaları hakkında bir anket doldurmuştur. Bulgular, katılımcıların %75'inden fazlasının (n=108) çocukluk döneminde travmatik

olaylardan (duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve bunların dışında olumsuz bir yaşam olayı, örneğin evde daha az sürtüşme veya kavga ile sonuçlanan bir boşanma) en az birini yaşadıklarını göstermiştir. Boşanma (n=47) en sık bildirilen travmatik olay olmakla birlikte, bunu ebeveyn bağımlılığı (n=34), tıbbi sorunlar (n=26), ebeveyn işsizlik sorunları (n=23), duygusal istismar (n=22), akıl hastalığı (n=21), aile intihar girişimi veya tamamlanması (n=20), bir aile üyesinin ölümü (n=16), ebeveyn yasal sorunları (n=15), fiziksel istismar (n=10) ve cinsel istismar (n=6) izlemiştir. Bu verilerle ilişkili olarak 24 (%17.6) katılımcının madde bağımlılığı olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak, travmatik deneyimlerin beklenenden daha yaygın olduğunu gösterilmiş ve travma sayısı arttıkça, madde kullanma olasılığının da arttığı rapor edilmiştir. Bir başka çalışmada da, esrar kullanımının psikoz üzerindeki etkisi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. Psikiyatrik Morbidite Araştırması (2007)'na katılan 7403 kişiden elde edilen verilerin çok değişkenli analizinde, cinsel istismar yaşayanların, bu travmayı yaşamamış olanlara kıyasla psikoz tanısına sahip olma olasılığının altı kattan fazla olduğu gösterilmiştir. Sonuçlar, esrar tüketiminin psikoz tanısı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve esrar tüketimi ile psikoz tanısı arasındaki ilişki de cinsel istismarın potansiyel olarak yordayıcı olduğunu rapor etmiştir (Houston, Murphy, Shevlin ve Adamson, 2011).

Alkol bağımlısı hastalardaki ayrışma düzeyi ile çocukluk çağı travmaları ilişkisine odaklanan bu çalışmaya, Hamburg Tıp Merkezi Hamburg-Eppendorf'un detoksifikasyon ünitesine ardışık olarak kabul edilen hastalar dahil edilmiştir. Başka bir madde kullanım bozukluğu, psikotik sendromlar veya ciddi bilişsel bozuklukları olanlar çalışma dışında tutulmuştur. DSM-IV alkol bağımlılığı tanısı alan ve 18-65 yaş arası olan 100 hastaya Dissosiyatif Deneyimler Ölçeği (dördüncü versiyon), CTQ, PTSD için Uluslararası Tanı Kontrol Listesi, Avrupa Bağımlılık Şiddet Endeksi ve farklı alkol bağımlılığı semptomlarının başlangıç yaşını değerlendiren ek bir anket uygulanmıştır. Bulgular, çocukluk çağı travmaları yaşayan katılımcıların, alkol kullanımı başlangıç yaşlarının, daha erken olduğunu göstermektedir. Alkol kullanımının başlama yaşı ile en çok ilişkili bulunan fiziksel istismar olmuştur. Dissosiyatif semptomlarla ise, duygusal istismarla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Sonuçlar, alkol bağımlılığındaki erken yaşın, hem çocukluk çağı travmaları hem de daha yüksek düzeyde dissosiyatif semptomlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Schäfer vd., 2007).

Bowles, DeHart ve Webb (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada amaç, kadın suçlulardaki madde kullanımının aile etkilerini incelemektir. Çalışma, hapsedilmiş 60 kadının bildirimleri üzerinden yürütülmüştür. Bulgular, çocukluk çağı travmalarının madde

kullanımına doğrudan katkıda bulunduğunu göstermiştir. Bir ebeveynin kaybıyla veya ebeveynin terkiyle başa çıkarken, kadınlar genellikle alkole ve diğer maddelere yönelmiştir. Bağımlılık, ailelerin karşılaştığı birçok sorundan sadece biri görünmektedir; buna yoksulluk, bağımlılık, olumsuz ilişkiler ve evde şiddet de eşlik etmiştir. Sonuçlar, madde kullanımının çocukluk çağı travmalarıyla ve sıkıntıyla başa çıkma ihtiyacından kaynaklanabileceğini, bununla birlikte kötü ebeveyn denetimi gibi faktörlerin kadınların madde kullanımına katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

2.2.5.2. Bipolar (ikiuçlu) bozukluk

Bipolar bozukluk (BD), psikososyal ve işlevsellik üzerinde büyük etkisi olan, yüksek prevalansa sahip, şiddetli ve kronik bir psikiyatrik hastalıktır (de Codt, Monhonval, Bongaerts, Belkacemi ve Tecco, 2016). Çocukluk çağı travmaları, bipolar bozukluklarla ilişkili olan önemli bir stres etkenidir (Janiri vd., 2015). Aynı zamanda bipolar bozukluğun şiddeti de etkilemektedir (Daruy-Filho, Brietzke, Lafer ve Grassi-Oliveira, 2011). Dolayısıyla, negatif çocukluk olayları, bipolar bozukluğun daha sık ortaya çıkmasından ve daha şiddetli bir klinik seyir izlemesinden sorumlu olabilmektedir (Jaworska-Andryszewska ve Rybakowski, 2016). Bu negatif olaylarda, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, ebeveyn kaybı ve PTSD için kriterleri karşılayan diğer deneyimler bulunmaktadır (Read, van Os, Morrison ve Ross, 2005).

Bipolar (İkiuçlu) Bozukluk, DSM-V kriterlerinde, tip I ve tip II semptomlar olarak belirtilmiştir. Bipolar I bozukluğu tanısı koyabilmek için, yaşam boyu en az bir kez bir mani döneminin bulunması ve A-D tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Tanı ölçütlerine göre; *"A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun, etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması; B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, belirtilerden üçü (ya da daha çoğu, çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar: (1) benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, (2) uyku gereksiniminde azalma, (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma, (4) düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı, (5) dikkat dağınıklığı, (6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda), (7) kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örneğin aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)'dır; C. Duygudurum bozukluğu,*

toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır; D. Bu dönem, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, ilaç, başka bir tedavi) ya da bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamayacak" davranış örüntülerinin sergilenmiş olması gerekmektedir. Bipolar bozukluk tip I için mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri de bulunabilmektedir. Bipolar II bozukluğu tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan yeğin (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. En az bir hipomani dönemi için "Hipomani A-F tanı ölçütlerini (A ve B kriterleri mani dönemi ile ortak olmak üzere); *C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir; D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başaklanınca gözlenebilir; E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir; F. Bu dönem, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamayacaktır"* ve en az bir yeğin (majör) depresyon dönemi için "Yeğin Depresyon Dönemi" başlığının altında yer alan A-C tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Yeğin (Majör) Depresyon Dönemi tanı kriterleri ise *"A. İki haftalık dönem boyunca, belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almama olmak üzere beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; (1) çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması, (2) bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, (3) kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma, (4) neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, (5) neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama, (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 (sanrısal olabilir), (8) neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama, (9) yineleyici ölüm düşünceleri, 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 bağlanamayacaktır" davranış örüntülerinin sergilenmesi ve hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiş olması gerekmektedir (APA, 2013).

Çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikte bipolar bozukluğun ortaya çıkması veya bu travmaların hastalık seyri üzerindeki potansiyel etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 53 çalışma dahil edilmiştir. Bulgularda, erken başlangıçlı travmaların, bipolar hastaların geçmişinde genel popülasyondan daha sık yer aldığı ve çocukluk çağı travmalarının, bipolar bozukluğun seyrinde daha endişeli, depresif veya psikotik semptomların kötü bir prognozuna yol açtığı bildirilmiştir. Bu nedenle, çocukluk çağı travmaları, yalnızca bipolar bozukluk riskini arttırmakla kalmayıp klinik seyrini ve sonucunu da etkilemektedir (De Codt vd., 2016). Bir başka meta analiz çalışması da, bipolar bozukluktaki çocuklukta çağı travmaları insidansının sık ve şiddetli olduğunu, muhtemel intihar davranışı ve başlangıç yaşı açısından hastalığın klinik ifadesini etkilediğini, ayrıca hastaların duygusal işlevlerinde sinsi bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, duygusal istismar ve ihmalin, bipolar bozukluk riskini diğer travma biçimlerinden daha fazla taşıyabileceğine işaret etmektedir (Etain, Henry, Bellivier, Mathieu ve Leboyer, 2008). Bu açıdan erken yaşamdaki olumsuz olayların, yetişkinlikte bipolar bozukluk gibi psikopatolojik koşullara nasıl yol açabileceğini anlamak oldukça önemlidir (Perroud vd., 2014).

Palmier-Claus, Berry, Bucci, Mansell ve Varese (2016) tarafından yapılan çalışma, bipolar bozukluğu tanısı alan katılımcıların çocukluktaki sıkıntılarının, klinik olmayan kontrol grubundaki katılımcılara göre 2.63 kat daha olası olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda duygusal istismarın, bipolar bozuklukta, diğer kontrol türlerinden dört kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Etain ve diğerleri (2010) tarafından yürütülen bir başka çalışmaya, bipolar bozukluğu olan 206 hasta ve 94 kontrol grubu gönüllüsü katılmıştır. Sonuçlar, bipolar hastalarının (%63), kontrol grubuna (%33) göre çocukluk döneminde çok daha karmaşık travmalar yaşadığını, bununla birlikte hastaların daha sık ve daha şiddetli negatif tedavi formları bildirdiğini göstermiştir. Ayrıca, en güçlü ilişkinin duygusal istismar deneyimi ile bipolar bozukluk arasında olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, özellikle duygusal istismarın, bipolar bozukluk için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Bipolar bozukluğu hastalarındaki çocukluk çağı travmalarının, hastalığın daha erken başlaması, intihar davranışı ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğunu belirtilmektedir. Aynı zamanda hastalık sırasında daha fazla duygusal semptom atakları görülmekte, daha şiddetli klinik seyir ve daha fazla komorbid bozukluk ile tedaviye daha kötü yanıt verilmektedir (Daruy-Filho vd., 2011). Bipolar bozukluğun klinik sonuçlarının iki risk faktörü üzerinden analizi yapılan bir çalışmada, benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Çocukluk çağı

travmalarının (fiziksel veya cinsel), ailede intihar davranışı öyküsünün varlığı, bipolar bozukluğun erken başlangıcı, erken hastaneye yatış, artan intihar eğilimi, dürtüsellik, saldırganlık ve komorbiditeler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Carballo vd., 2008). Özellikle cinsel istismar, bipolar bozukluğun daha erken başlamasında, hastalığın tedavisinin etkililiğinde ve bireylerin işleyişi üzerinde ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (Dienes, Hammen, Henry, Cohen ve Daley, 2006).

Çocukluk çağı travmalarının, bipolar bozukluğunun BD-I ve BD-II dağılım örüntüleri üzerine yapılan çalışmaya, DSM-IV kriterleri dikkate alınarak, BD-I (n¼ 58) ve BD-II (n¼ 46) tanısı alan 104 katılımcı ve 103 kontrol grubu (HC) üyesi dahil edilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları, CTQ kullanılarak elde edilmiştir. Bulgular, tüm bipolar bozukluğu hastalarının, kontrol grubuna göre daha ciddi çocukluk çağı travmaları olduğunu, hem BD-I hem de BD-II hastalarının duygusal istismar skorlarının HC'den önemli ölçüde farklılaştığını, BD-I hastalarının cinsel istismar skorlarının HC'den anlamlı olarak farklılaştığını ve BD-II'nin duygusal ihmal skorlarının HC'den daha farklı olduğunu bildirmiştir. Çalışma, intihar girişimleri ile de ilişkilendirildiğinde, BD-I'deki intihar girişimlerinin duygusal ve cinsel istismarla, BD-II'de de sadece duygusal istismarla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak duygusal istismarın, BD hastalarında yaşam boyu intihar girişimlerinin bağımsız bir yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (Janiri vd., 2015).

New York Presbiteryen Hastanesi Bipolar Bozukluğu Araştırma Kliniği'ne sırasıyla başvuran 100 hastadan oluşturulmuş grupta, 73 bipolar bozukluğu tip I (n¼) ve 27 tip II (n¼) hasta bulunmaktadır. Bipolar hastalarının üçte biri, farklı travma tiplerinin kombinasyonu sunmaktadır. Bu hastaların %51'inin çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığı; bunların %37'sinde duygusal istismar, %24'ünde fiziksel istismar, %24'ünde duygusal ihmal, %21'inde cinsel istismar ve %12'sinde fiziksel ihmal olduğu bildirilmiştir. Ayrıca duygusal istismarın uyuşturucu bağımlılığı ve hızlı döngü ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir. Şiddetli çocukluk çağı travmaları, erken hastalık yaşı ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının alt kategorilerinin birbiriyle yakından ilişkili olduğunu, ciddi duygusal istismarın, yaşam boyu madde kötüye kullanımı eş tanısında yer aldığını ve aynı zamanda birden travma biçiminin, hem intihar girişimleri üzerinde hem de hızlı döngü için riskte kademeli bir artış yarattığını göstermiştir (Garno, Goldberg, Ramirez ve Ritzler, 2005).

2.2.5.3. Bordorline (sınırda) kişilik bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğu (BPD), duygulanım regülasyonu, dürtü kontrolü, kişilerarası ilişkiler ve benlik imajında yaygın bir istikrarsızlık ile karakterizedir. Bozukluğun

klinik belirtileri arasında duygusal düzensizlik, dürtüsel saldırganlık, kronik kendine zarar verme ve intihar eğilimleri bulunmaktadır (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan ve Bohus, 2004). Çocukluk çağı travmaları ile de önemli derecede ilişkili olan BPD, yoğun dürtüsellik, duygudurumdaki ve kişilerarası ilişkilerdeki dengesizlik, yoğun öfke ve intihar davranışı, benlik karmaşası ile karakterize olan karmaşık bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. BPD olan bireylerin duygusal, düşünsel ve davranışsal tutarsızlıkları oldukça yoğundur ve bu durum şiddetli duygusal dalgalanmalara, yargılamaların radikal düzeyde seyretmesine ancak dramatizenin eşlik ettiği aşırı duygusallıktan ötürü saldırgan davranışlara yol açabilmektedir (Derin ve Öztürk, 2018a). BPD olan hastaların ruhsal belirtileriyle örseleyici çocukluk travmaları arasındaki ilişki, bu hastaların erişkin dönemdeki kişiler arası ilişkilerinde, istismar edilme, saldırıya uğrama, örselenme sahnelerini yineleyici bir biçimde yaşantıladıklarını göstermektedir (Arslan, Karlıdağ, Alparslan, Tamam ve Ünal, 1997).

Çocukluk çağı travmaları ile BPD arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick ve Goodwill, 2015). BPD olan birçok birey, çocuklukta cinsel istismar öyküsü bildirmektedir. Bununla birlikte, cinsel istismar deneyimi olan az sayıda birey nihayetinde BPD geliştirebilmektedir (Hong, Ilardi ve Lishner, 2011). Yıllar boyunca şiddetli veya sürekli istismara maruz kalan bireyler, diğer insanların güvensiz olduklarına ve sadece kendi memnuniyetleri ile ilgilendiklerine yönelik kötü niyetli nesne dünyasına dair güçlü bir inanç geliştirmektedirler. Özellikle de devam eden cinsel istismar, kişinin erken yaşta bağlılıklarına zarar veren, gelecekteki tatmin edici ve güvenli yollarla bağlanma kapasitesini ciddi şekilde etkileyen bir maruziyete yol açmaktadır (Silk, Lee ve Hill, 1995). Son çalışmalar, tekrarlayan cinsel ve fiziksel istismarın ile tanık olunan aile içi şiddet ve erken ayrılma deneyimlerinin diğer psikiyatrik (ayaktan veya yatarak) tanılara kıyasla BPD olan kişilerde, daha belirgin olduğunu göstermiştir (akt. Weaver ve Clum, 1993).

Bordorline Kişilik Bozukluğu için, DSM-V'te belirtilen "*Erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısıyla birlikte duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü: (1) gerçek ya da imgesel bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çaba gösterme; (2) gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler; (3) kimlik karmaşası, belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu; (4) kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örneğin aşırı para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıkınırcasına yeme); (5) yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları; (6) duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak*

duygulanımda tutarsızlık; (7) süreğen bir boşluk duygusu; (8) uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme; (9) zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri." tanı kriterlerinden beşinin (ya da daha çoğu) sergilenmesi gerekmektedir (APA, 2013).

Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin, aile ortamıyla birlikte hem spesifik istismar hem de ayrılık deneyimlerini incelenmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmaya, Virginia'daki Catawba Hastanesi'nde yatarak tedavi gören kadın hastalar (18 ile 65 yaşları arasında olan, organik bir bozukluk geçmişi veya semptomları bulunmayan, DSM-III-R eksen I klinik duygudurum bozukluğu tanısı almış, alkol, herhangi bir reçeteli ilaç veya madde kullanmayan, halüsinasyonlar veya sanrılar yaşamamış) dahil edilmiştir. 46 uygun hastadan 41'i çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 41 hastanın 38'i çalışmayı tamamlamıştır. Çocukluk çağı travma deneyimleri (cinsel istismar, fiziksel istismar, şiddete tanık olma, erken ayrılma deneyimleri) ve aile ortamı özellikleri, depresif kadın yatan hastalardan alınan bir örneklemin anketi ile değerlendirilmiş; 17'sine BPD tanısı konulmuş ve 19'una böyle bir tanı (NBPD) verilmemiştir. Elde edilen bulgularda BPD hastaları, NBPD bireylerinden önemli ölçüde daha fazla cinsel istismar, fiziksel istismar ve tanıklık öyküsü bildirmişlerdir (Weaver ve Clum, 1993).

Bordorline kişilik bozukluğunun spesifik semptomlarının, cinsel istismar ciddiyeti ile ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 8-60 yaş arası erkek ve kadın hastalar alınmış, organik bozuklukları veya kronik psikozu olan hastalar, çalışma dışı bırakılmıştır. 86 hasta, araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışma sonuçları, BPD olan hastalarda devam eden cinsel istismarın, düzensiz kişilerarası davranış ve işleyişin spesifik yönlerinin güçlü bir belirleyicisi olabileceğini, dünyanın boş, kötü niyetli bir yer olduğu inancının kökenlerinin bir kısmının cinsel istismarın tekrarlanmasından alınabileceğini göstermiştir (Silk vd., 1995).

Borderline kişilik bozukluğu hastalarının çocukluk çağı travmaları ile ebeveyn yetiştirme stilleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, psikiyatri ve psikoterapi bölümünde tedavi gören 66 hasta ve 109 kontrol grubu katılımcısı dahil edilmiştir. Tüm katılımcılar, çocukluk çağı travmaları, ebeveyn tutumları, psikiyatrik bozuklukların aile öyküsü ve doğum risk faktörleri ile ilgili raporlarını, 203 sorudan oluşan kapsamlı bir retrospektif görüşme ile bildirmiştir. BPD hastalarının sadece dördü (%6.1) ve kontrollerin 67'si (%61.5) ciddi travmatik olay bildirmemiştir. BPD'li hastalar, kontrol grubundaki katılımcılara göre, ebeveynlerinin tutumlarını önemli ölçüde daha fazla olumsuz bildirmişlerdir. Hastalar, genel olarak ailelerinde kaygı bozuklukları, depresyon ve intihar eğilimi olmak üzere anlamlı oranda yüksek psikiyatrik bozukluklar rapor etmişlerdir. Doğum

riski faktörleri açısından erken doğum, BPD olgularında daha sık bildirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının (cinsel istismar, şiddet, ebeveynlerden ayrılma, çocukluk hastalıkları ve diğer faktörler) sıklığı, kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Mevcut veriler, BPD etiyolojisinin çok faktörlü olduğunu ve ailesel psikiyatrik bozuklukların ve cinsel istismarın önemli etkenler olduğu göstermiştir (Bandelow vd., 2005). Benzer bir çalışmada da, borderline kişilik bozukluğu hastalarında duygusal ihmalin ve aşırı korumanın rolü test edilmiştir. Katılımcılar erkek ve kadın olmak üzere bordorline olan (n=62) ve borderline olmayan (n=99) hastalardan oluşturulmuştur. Her iki gruba da, katılımcıların bakım ve koruma boyutları ile ilgili ebeveynlik hatırlamalarını ölçen Ebeveyn Bağlama Aracı (PBI) uygulanmıştır. Bulgular, BPD olan hastaların, BPD olmayan hastalara kıyasla anneleri ile babalarının, anlamlı derecede daha az bakım verdiklerini ve kontrol sahibi olduklarını göstermiştir (Zweig ve Paris, 1991).

Borderline Kişilik Bozukluğu hem travma hem de güvensiz bağlanma stilleri ile ilişkilendirilmektedir. İhanet Travma Teorisi, kişilerarası travmadan kurtulanların gerekli bir bağlılığı sürdürmek için ihanetten habersiz kalabileceğini ileri sürmektedir. Bu çalışmaya, Oregon Üniversitesi'nden 199 öğrenci (ortalama yaş 20.1 olan %73 kadın ve %26 erkek) katılmıştır. Bulgular, yüksek ihanet içeren travmaların, borderline karakteristik özelliklerine zemin hazırladığını ve orta ihanete uğramış travmaların da borderline karakteristik özelliklerini önemli ölçüde yordadığını göstermiştir. Bununla birlikte, düşük ihanet travmalarının, BPD özellikleri ile ilişkisi olmadığı bildirilmiştir. Bu veriler, ihanet travmalarının BPD ile ilişkili olduğunu ve ihanet travmalarının BPD'nin gelişiminde önemli bir faktör olabileceğini göstermiştir (Kaehler ve Freyd, 2009). Başka bir çalışmanın amacı, başta duygusal istismar olmak üzere çocukluk çağı travmaları ile duygu düzenleme zorluklarının eşlik ettiği BPD şiddetini ve özelliklerini incelemektir. Çalışmaya katılan lisans öğrencilerinin (n=243) bildirimleri ile ulaşılan veriler, duygusal istismar sıklığının, BPD özellik ve şiddeti ile benzersiz bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, çocukluk çağı travmalarının farklı biçimlerinin (özellikle duygusal istismar), BPD patolojisinde gelişimsel bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Kuo vd., 2015).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ile yineleyici özkıyım ve kendini yaralama davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmak için gerçekleştirilen çalışmaya, 1992-1996 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi görmüş, 26'sı (%72.2) kadın ve 10'u (%27.8) erkek olmak üzere 36 hasta katılmıştır. Hastaların %72.2'si en az bir tür, %41.7'si birden çok türde çocukluk çağı travması bildirmiştir. Bulgular, BPD olan hastaların çocukluk çağı travmalarının (cinsel

kötüye kullanım, aile içi şiddet ve fiziksel kötüye kullanım, erken anne baba ölümü veya ayrılığı) oldukça sık olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif belirtiler, yineleyici özkıyım ve kendini yaralama davranışları arasında da güçlü bir ilişki bulunmuş; özellikle cinsel ve fiziksel istismar ile yineleyici özkıyım davranışları olan hastalarda dissosiyatif belirtilerin daha sık olduğu belirtilmiştir (Arslan vd., 1997). Yine bir başka çalışmada da, BPD olan hastaların çocukluk çağı travmalarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde ayrışma semptomlarına yol açtığı ve çocukluk çağı travmalarının (özellikle duygusal istismar) artan ayrışma seviyeleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Watson, Chilton, Fairchild ve Whewell, 2006).

2.2.5.4. Dissosiyasyon (çözülme) bozuklukları

Çocukluk tarihi, son zamanlarda uyanmaya başladığımız bir kabustur. Tarihte ne kadar geriye gidilirse, çocuk bakımı seviyesi o kadar düşmekte ve çocukların öldürülmesi, terk edilmesi, dövülmesi, dehşete düşürülmesi ve cinsel istismara uğraması daha olası bulunmaktadır (DeMause, 1975). DeMause (1998), kendi deyimi ile bir ömür boyu gerçekleştirdiği çocukluk ve toplum psikotarihi çalışmalarından elde ettiği sonucun, insanlık tarihinin çocukların istismarına dayanması olduğunu belirtmiştir. Öztürk ise, dissosiyasyonun tarihinin, aslında çocukluk çağı tarihi olduğunu ifade etmiştir. Tarih boyunca çocuklar zehir konteyneri olarak kullanılmaya devam etmiştir. Oldukça ağır düzeyde olan bu çocukluk çağı travmalarını, bireylerin tek başına metabolize etmeleri mümkün olmadığından, travmatik yaşantılar ancak dissosiye edilerek aktüel hayata devam edilebilmektedir (Öztürk, 2018a; Öztürk ve Derin, 2019b; DeMause, 1998). Travmatik durum, nesnel tehdit ile öznel baş edebilme gücü arasındaki yaşamsal dengesizliktir; bu süreç aslında bir "*travmatik girdap*"tır ve bireyin ruhsal gelişiminde dissosiyatif yaşantılarla karakterize olan kesintiye yol açmaktadır. Varoluşsal boyuttaki bu tehdide rağmen uygun bir tepki vermenin imkansızlığı ise travma paradoksu olarak yaşantılanmaktadır. Birey travmatik durum karşısında kaçabilmekte, savaşabilmekte, dona kalabilmekte ya da boyun eğebilmektedir. İlerleyen süreçte kronik travmalar sonrasında buna, inkâr ya da dissosiyasyon da eşlik edebilmektedir (akt. Öztürk, 2017; Öztürk, 2018a). Çünkü ortaya çıkan travma, zihin ve beyin üzerinde kökten bir değişim yaratarak algılarımızın yönetilmesini yeniden düzenlemektedir. Yalnızca nasıl düşündüğümüzü ve ne düşündüğümüzü değil aynı zamanda düşünme kapasitemizi de etkilemektedir (Van der Kolk, 2019, s.21). Aşağılayıcı özerkliklerin, suçluluk, güçsüzlük, çaresizlik, pasiflik, derin güvensizlik ve samimiyet korkusunun varlığı, travma tarafından temel varsayımların çarpıtıldığına işaret etmektedir (Smucker, Dancu, Foa ve Niederee,

1995). Gerçekliğin çarpıtılması travmatik deneyimin işlenmesinin bir parçası olmakla birlikte, genellikle travmatik olayın kendisiyle ilgili değildir. Yeni sürümlerin çeşitli katmanlarına rağmen travmatik olayın orijinal algısı, iptal edilememekte veya çarpıtılamamaktadır çünkü *psikolojik özde yerli bir kopy*a olarak kaydedilmektedir (Şar ve Öztürk, 2007).

Çocukların bu çarpıtmalarla dünyayla başa çıkma girişimleri, çocuk cinsel istismarının kurbanlarında sıkça görülen bazı davranış problemleriyle sonuçlanabilmektedir (Finkelhor ve Browne, 1985). Özellikle çocuklarda, duygusal, fiziksel veya cinsel istismar ile yaygın ihmal ve diğer travma biçimleri ruh içine alınamaz. Bunun yerine, daha sonra hayatta çeşitli psikiyatrik bozukluklar bağlamında ortaya çıkacak biçimde sıklıkla bastırılmakta ve bilinçten ayrılmaktadır (Chu, 1991). Buradaki dissosiyasyon, başlangıçta bir başa çıkma tekniği olarak işlev görmektedir ancak sonrasında özerk bir semptom haline gelmektedir. Örneğin, istismar edilen çocuklar, mağduriyet sırasında duyusal girdiden kaçmanın uyarlanabilir bir aracı olarak bedenlerinden ayrılmayı öğrenebilir ve sonunda bu *uzaklaşma* savunmasını, yaşamın ilerleyen dönemlerindeki deneyimlerine genelleyebilir (Briere ve Runtz, 1987). Dolayısıyla, travmatik deneyim ne kadar uzun sürerse, mağdurun ayrışma ile tepki verme olasılığı o kadar yüksek bir risk halini gelmektedir (Van der Kolk, 2000).

Janet'e göre, bir organizma ve çevresi arasındaki etkileşimin yalnızca küçük bir kısmı bilinçli farkındalık içinde gerçekleşir ve sıradan şartlar altında, insanlar olanlara çok fazla dikkat etmeden uygun eylemde bulunarak, yeni bilgileri otomatik olarak birleştirirler (akt. Van der Kolk ve Van der Hart, 1989). Öztürk'e göre Janet, ruhsal sağlıklı olmanın temel koşulunu tanımlarken aslında *assosiyasyon*'dan, diğer bir ifade ile bireyin bağ kurabilme kapasitesinden bahsetmiştir (Derin ve Öztürk, 2018a). Çoğu deneyim, değer, alışkanlık ve doğuştan gelen ve edinilen beceriler otomatik olarak mevcut bilişsel şemalara entegre edilmektedir. Janet'in *otomatizm* olarak adlandırdığı bu otomatik uyarlamalar, fikirlerin tetiklediği ve duyguların eşlik ettiği eylemlerdir. Hafıza sistemi zihinsel işleyişin tutarlılığını korur ve sürekli olarak yeni bilgileri düzenleyerek ve kategorilere ayırarak bugünü geçmişle ilişkilendirir. Tecrübenin entegrasyonuna neyin engel olduğunu hesaba katan Janet, *"...birçok konuda geçmiş yaşamlarında bir veya birkaç olayın rolünü tanımamaya başladım. Aşırı bir duygu ve psikolojik sistemin imhasının eşlik ettiği bu olaylar iz bıraktı."* sözleriyle entegrasyon kapasitesini bozan travmanın etkilerinden bahsetmiştir (akt. Van der Kolk ve Van der Hart, 1989). Nitekim dissosiyasyon bireyin yaşam tarzı ve kimliğinin karmaşıklığını yönetmek için, özellikle de sosyal roller birbiriyle uyumlu olmadığında, etkili olabilmektedir (akt. Öztürk ve Çalıcı, 2018). Bu açıdan Şar ve Öztürk (2006a), travmanın uyumsal bir süreci uyumsuz bir sürece dönüştüren tehdit edici bir deneyim olarak tanımlanması gerektiğini

belirtmiştir. Bu durum, üzücü ve öngörülemeyen faktörlerin, psikososyolojik deneyimleri aniden ve önemli ölçüde kesintiye uğratması ve bir an veya bir süre için kişinin başa çıkma kapasitesine müdahale etmesi durumudur. Bu müdahalenin etkisi, faktörlerin ciddiyetine ve kişinin önceki deneyimlerinin kalitesine bağlıdır. "*Travmatik deneyimler ve sonuç olarak değişen öz algılamalar iç dünya ile dış gerçeklik arasındaki karşılıklılığın bozulmasına katkıda bulunur. Buna, değişen uyanıklık, farkındalık, kontrol ve konsantrasyon duygusu eşliğinde farklı bir gerçeklik bağlamında kendiliğin yeniden algılanması eşlik eder"*.

Normal deneyim, bütünleşik bir biliş duygusu, etki, duyu ve davranış içerir ancak bu parametrelerin herhangi biri veya daha fazlası ayrıştırılabilir (Braun, 1988). Dış tehdidin potansiyel olarak parçalayıcı etkisinin öngörülmesi ve tam olarak yaşanmış olması, acı verici duyguların ilk ifadesiyle elde edilmektedir (Browne, 1990). Örneğin, bazı travmatik olayları hatırlayabilir, ancak bu olayların duygularından ve duyumlarından oldukça uzak tutulabilir veya olaylardan herhangi birini hatırlayamayabilir (Chu, 1991). Bu travmatik süreçte zaman algısı, travmatik deneyimden sonra ikili bir algıya dönüşmektedir. Travma geçirmiş kişi çaresizlik ve korku içinde, kendisine ve çevresine yönelik kontrolünü, zayıflıkları tarafından ele geçirildiğini algılar. Ortaya çıkan travmatik takıntılar, daha sonra travmatik bir girdaba dönüşebilir ve böylece kişinin çağrışımsal kapasitelerinin, farkındalığının ve anlam ilişkilendirmesinin yaralanmasıyla sonuçlanır. Bu durum, travmatik deneyimden sonra önceki baş etme yollarını kullanamama, uyumsuz düşünceler, duygular ve davranışlara yol açabilir. Artık benliğin travma ile ilgili yönü şimdiki zamanın gerisinde, yani geçmişle ilgili bir noktaya odaklanmıştır ve geçmişin gölgelediği bir şimdiki zaman hissine sahiptir. Bu şimdiki zaman travmatik deneyime eklenmiştir ve gerçek şimdiki zamandan farklıdır. Böylece zaman travmatik deneyime bölünür ve zaman travmatik deneyim ile gerçek zamana göre belirlenir. Dolayısıyla, travmaya bağlı bilişler, zamanın etkisi nedeniyle bozulur ve bu süreç boyunca, travmatik deneyimin sızdığı zaman boyutunda farklı bilişler ortaya çıkar (Şar ve Öztürk, 2006). Kişiliğin bu ilkel ve ayrışmış bölümleri, travma deneyimlerinden yola çıkarak, deneyimlerin yeterince çalışılıp düzeltilinceye kadar baskı altında yeniden yaşantılanmaya devam etmektedir (Levine, 1993). Bu durum hafızada, travma için ya da böyle bir olayın yinelenen ve yasaklanmış hatıraları şeklinde ya tamamen ya da kısmi amnezi şeklinde belirmektedir (Spiegel ve Cardeña, 1991). Bireyin bu dissosiyojen doğası, farklı kişilik durumlarının ve kişinin otobiyografisindeki sürekliliği bozan tekrarlayıcı amnezilerin meydana gelmesi süreci ile birlikte kimlik duygusunda belirgin bozulma ya da entegrasyon kaybı ile karakterizedir (Öztürk, 2017; APA, 2013; Öztürk, 2018b). Travmatik olaylar için gerçek "*amnezi"*nin (tam veya kısmi) olduğu durumlar potansiyel olarak kafa karıştırıcıdır,

çünkü yanlış yorumlamalar üreterek daha önce ayrışmış travmadan kaynaklanan duygusal deneyimlerin çok daha yanıltıcı olmasına yol açabilmektedir (Chu, 1991). Sonuç olarak amnezi, basit duyusal algılar veya travmatik hatıralar gibi daha karmaşık bilinç ürünleri için hafıza kaybıdır. Bazıları, dönüşüm belirtileri olarak adlandırılan "*amnestif lakuna"* olarak da görülebilmektedir (Van der Hart ve Horst, 1989). Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DID) vakalarındaki bu yineleyici dissosiyatif amneziler, otobiyografik hafıza ve kimlikte fonksiyonel bozulmalara yol açmaktadır. Sonuç olarak DID, erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmalarına karşı bireyin, kendisini yeniden kimliklendirme çabası iken, farkında olmadan yaptığı bu kimliklendirme çabasının onun travmalara karşı başlatmış olduğu savunma sisteminin bir psikiyatrik hastalığa dönüşmesidir (Öztürk, 2018b).

Şar ve Öztürk, benliğin fonksiyonel ayrışmasını sosyo-bilişsel bir yaklaşımla açıklamışlardır. Sosyolojik benlik; taklit etme, model alma ve kopyalama, dogmatizm, istismar etme ve edilme, savunmasızlık, tek odaklı farkındalık, saplanma, çarpıtma, kutuplaşma, saldırganlık, eklektizm, dönüşlülük, acımasızlık gibi özelliklere sahipken, psikolojik benlik; yaratıcılık, olasılıkları kabul etme, dayanıklılık, yeni ortaklıklar kurma kapasitesi, devamlılık, yenilik arayışı, seçim yapma, sentezleme, hayatta kalmak için savaşma, otantiklik, bireysellik, ilerleme, devamlılık, merhamet, olduğu gibi kabul etme özelliklerine sahiptir (Şar ve Öztürk 2007; Öztürk, 2009b; Öztürk, 2017, s.58; Öztürk, 2020, s.269). Aralarındaki işbirliği sağlıklı adaptasyona yol açmaktadır fakat iki benlik arasındaki gelişimsel farklılıklar, eşzamanlı çelişkili sosyolojik ve psikolojik gerçekleriyle birlikte, birey için temel ikilemler oluşturmaktadır. Kişi travmatik bir deneyimi hemen işleyebildiğinde, bu çözüme ulaşırken gerçekliğin alternatif veya çarpık versiyonlarını üretmesi gerekmeyen psikolojik benlik tarafından yapılmaktadır. Çünkü yeterli tepki ve hayatta kalma, psikolojik benliğin görevidir. Sosyolojik benliğin ise, travma işlemenin sağ kalım aşamasında hiçbir rolü yoktur, sonraki aşamalarda çalışmak üzere görev alır. Eğer özne deneyimi işlemeye çalışır ve hemen çözmeyi başarırsa, psikolojik benlik sosyolojik benimle işbirliği içinde işlev görmeye ve gelişmeye başlar. Eğer psikolojik ben yetersiz çalışırsa, gerçeklik algısı değişir ve kişilikleri değiştirir. Ortaya çıkan travmatik benlik (sosyolojik benliğin özel bir parçası), daha sonra travmayı çarpık bir gerçeklik bağlamında işlemeye çalışır. Bu başarısız olduğunda ikinci aşama gerçekleşir ve sosyolojik benlik, travmayı işlemeye çalışan başka kişilikler üretir. Böylece başarısız veya sınırlı bir etki durumunda, subklinik ayrışma (günlük yaşamın ayrılması) ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, travmatik bir deneyimin hemen ardından çözüme ulaşılamazsa (süreç kesintiye uğrarsa), iki benlik arasındaki işbirliği bu noktadan itibaren azalmaya başlar ve sonraki travmatik deneyimler, bu çatlağı iki parçanın birbirinden

ayrılmasına neden olan noktaya kadar arttırır (Şar ve Öztürk, 2007). Bu çözümler, genellikle geçmiş stresli deneyimlere ve önceki yetersiz yanıtların zihinsel temsillerine dayanmaktadır (Şar ve Öztürk, 2006; Öztürk ve Şar, 2016). Dolayısıyla süreç halindeki bir dizi faktör, bütünleyici kapasiteyi bozar ve bazı psikolojik düzenleyici sistemlerin bölünmesine (ayrılması) ve izolasyonuna yol açar (Van der Hart ve Horst, 1989).

Ayrışmayı, kimlik ve iradesiyle bir rakip kaynağının varlığında ruhsal birliğin bilinçli duygusunu destekleyen zorunlu bir öz aldatmaca olarak tanımlayan Tinnin (1990), üç önemli kriter belirtmiştir: (1) Ayrışmış zihinsel içerik, bilinçli zorunlu zihinsel birleşme yanılsamasını tehdit edecek kadar içsel bir organizasyona sahiptir. (2) Zihinsel birlikteki zorunlu yanılsama, sadece bilinçli zihinsel sistemi tutan ve gizli zihinsel sistemlerde geçerli değildir. (3) Ayrılığın yanılsaması, amnestik engelleri olmayan çoklu kişilik bozukluğu vakalarında, kendi kendine yeten bir zihinsel birlik mahkumiyeti sağlar. Dolayısıyla ayrışma, normal olarak entegre olan zihinsel süreçlerin (örneğin, düşünceler, duygular, çağrışımlar, hafıza ve kimlik) yapılandırılmış bir ayrımı olarak düşünülebilmektedir (Spiegel ve Cardeña, 1991). Burada ayrışma, travmatik bir deneyim ile başa çıkmak için uyarlayıcı olabilirken, bireyin yaşam bölümlerinde süreksizliğe neden olması nedeniyle normalize edilememektedir (Warshaw vd., 1993).

Janet ayrışmayı yalnızca belirli psikiyatrik bozuklukları olan, başta histeri olmak üzere insanlar tarafından yaşanan ve normal bireylerde bulunmayan, süreksiz bir fenomen olarak görmektedir. Özellikle Janet, değişime uğramış patoloji üretmedeki duruma bağlı olarak hafıza ve bilişe bağlı bilinç durumlarının değişime uğrayan rolünü fark etmiş ve *"Bir düşüncenin kişisel bilinçten çıkarılmasından kaynaklanan zihinsel ve bedensel rahatsızlıkları göstermek için tüm zihinsel hastalıklar ve fiziksel hastalıkların bir bölümünden geçmesi gerekir."* diyerek ayrışmış hatıraların uzun süreli somatik tepkilerini tanımlamıştır (akt. Putnam, 1989). Janet, ayrışmanın *bilinçaltı sabit fikirler* olarak adlandırdığı yoğun şekilde uyandırıcı deneyimlere ait anıların etrafında, yeni bilinç alanlarının oluşmasıyla sonuçlandığını savunmuştur. Janet, birçok psikiyatri hastasının, ayrışarak ve uygunsuz tepki vererek otomatikleşen, ilgisiz ve klişeleşmiş görüntüler, fikirler, duygular ve korkutucu geçmiş olayların, parçalanmış refakatini temsil eden stres yanıtları oluşturduklarını belirtmiştir (akt. Van der Kolk ve Van der Hart, 1989). Sıradan ve travmatik hafıza arasındaki belirgin farklılıklara dikkat çeken Janet, hastalarında gördüğü, anıların etkilerinin yalıtılmasını ve yarılmayı tanımlayan "*dissosiyasyon"* terimini üretmiştir. *'Travmatik anılarını bütünleştirememek, yeni deneyimleri özümsemelerine de engel olmaktadır. Sanki kişilikleri belirli bir noktada durmuş gibi ve yeni ögelerin eklenmesi ya da özümsenmesiyle de*

genişleyememektedir.' sözleriyle hastaların ayrılmış ögelerin farkına varamadıklarını ve bunları geçmişte olmuş ve bitmiş bir öykü halinde bütünleştirmedikleri sürece, kişisel ve profesyonel işlevselliklerinde yavaş bir iniş yaşayacaklarını öngörmüştür (akt. Van der Kolk, 2019, s.180). Dolayısıyla, dissosiyatif olaylar kimliğin ve kişisel hafızanın, kişilik yapısı ve tecrübesi ile olan ilişkisinin altını çizerek, patolojik olmayan disosiyatif süreçlerle ilgili sorgulama, dikkat, hafıza ve duygu gibi birçok temel psikoloji alanına müdahale etmektedir (Spiegel ve Cardeña, 1991). Bu müdahale dissosiyasyonun, travmanın özüne dönüşmesine neden olmaktadır (Van der Kolk, 2019, s.66).

Çok sayıda ya da yineleyici, erken yaşta başlayan çocukluk çağı travmaları ile karakterize olan dissosiyatif bozukluklar; aile içi şiddet, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmasından kaynaklı olarak adli bilimler, özellikle adli psikoloji ve adli psikiyatri ile yakından ilişkilidir (Derin ve Öztürk, 2018a). Öztürk, dissosiyasyondaki temel sürecin yinelenen çocukluk çağı travmalarının hesaplanmamış bir ihtimal olarak yaşantılanması sonrasında oluşmaya başladığını ifade etmektedir. Hesaplanamayan ya da öngörülemeyen çocukluk çağı travmaları sonrasında, birey kendisi adına tamamiyete ermesini beklediği fakat bu travmatik yaşantılar sonrasında ikiye bölünen yaşam bağlamında hem bir çift mesaj ve hem de bir *dualite* (travmadan önceki ve sonraki yaşam) olarak algılamaktadır (Öztürk, 2009a; 2009b; Derin ve Öztürk, 2018a). Bu dissosiyatif yaşam, *depersonalizasyon*dan kimlik değişimine kadar çeşitlilik gösterebilmektedir. Bir açıdan depersonalizasyon ve kimlik konfüzyonu, dissosiyasyonun primer klinik görünümü olarak ele alınabilmektedir. Amnezi, *derealizasyon* ve kimlik değişimi ise sekonder klinik görünüm olup çoğu zaman primer klinik görünümden sonra ortaya çıkarak klinik tabloya eklenebilmektedir (Öztürk ve Şar, 2016; Öztürk, 2009b; Akcan ve Öztürk, 2018). Bu bağlamda travmaya maruz kalmanın şiddetli düzeyi, dissosiyasyonun ve çeşitli psikopatolojilerin ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Schimmenti, 2018; Bayraktar, 2018).

Bireyler, dissosiyasyonu üç biçimde yaşamaktadır; (1) kişilik özelliği şeklinde olan, normal ve tehlikesiz olarak görülen, otomatik davranışlar ve gündüz rüyaları ile seyreden şekli, (2) travma ve strese karşı bir savunma mekanizması olarak kullanılan şekli ve (3) belirli klinik bozukluklarda, patolojik belirti ve sendrom olarak görülen şeklidir (Şarlak ve Öztürk, 2018). Bu sebeple her bireyin, sorunlar karşısında farklı başa çıkma yolları bulunmakta ve bu yollardan birisi de dissosiyasyon olabilmektedir. Ancak bu konudaki esas sorun, ilk başta uyumsal bir başa çıkma çabası olan dissosiyasyonun, bir bozukluğa dönüşmesindeki süreçtir (Öztürk, 2017; akt. Bayraktar, 2018). Bu ayrışma ve süreksizliklerin, bir maddenin veya başka

bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlı olmadığı ve psikolojik işlevlerin her alanını etkileyebildiğine dikkat çekmek gerekmektedir (Akcan ve Öztürk, 2018).

Dissosiyatif kimliği bozukluğu olan birey, birçok kişiliği üstlenebilir çünkü benlik ve kişilik kavramı kendileri için anlamsızdır (Fonagy ve Target, 1995). Ciddi dissosiyatif bozuklukları olan hastalarda deneyim ve kimliğin nispeten katı bir şekilde bölünmesi, bu tür hastaları reviktimizasyon (yeniden kurban olma) için büyük risk altında bırakmaktadır. Travmatik deneyimler sadece bilinçten baskılanmakla kalmayıp, aynı zamanda birçok disforik etki (beklenti kaygısı dahil) ayrı kendilik hallerine veya kişiliklere ayrılmaktadır (Chu, 1992). Bastırılmış ve ayrışmış deneyimlerin ortaya çıkmasının en çarpıcı örnekleri, PTSD olan hastalarda ve bazı dissosiyatif bozukluklarda sıkça görülen geri dönüşlerdir. Bu hastalar, hem rüyalarında hem de uyanıkken travmatik olaylara geri dönerler. Travmanın yeniden yaşanması, hastanın sanki deneyimi hatırlıyormuş gibi hissetmesinin aksine, o andaki deneyimi yeniden hissetmesidir. Böyle bir deneyimin gücü olağanüstüdür ve ruhun ezici deneyimleri bastırma ve çözme yeteneğinin yanı sıra onları tam bir güçle tekrar bilince getirme çabasına işaret etmektedir (Chu, 1991).

Dissosiyatif bozukluklar genel olarak, erken yaşta başlayan ve yineleyici çocukluk çağı travmalarının etkisiyle oluşan, yaşam boyu psikopatolojiler arasında yer alan, kişide bilinç/bellek ve kimlik sorunlarının ortaya çıkmasıyla karakterize; intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, konsantrasyon güçlükleri, duygudurum dalgalanmaları, reviktimizasyon, öfke patlamaları, *anguaz* (angoisse) ve çalkantılı yakın ilişkilerle kategorize edilen en temel psikiyatrik tanı gruplarından biridir (Öztürk, 2003; 2017; Derin ve Öztürk, 2018a; Ayhan ve Öztürk, 2019; Akcan ve Öztürk, 2018). Şar ve Öztürk (2006a), dissosiyatif bozukluğu, klinik sendrom ile hastanın yaşamındaki en kötü travmatik deneyim olması gerekmeyen *travmatik dönüm noktasından* sonra ortaya çıktığını önermektedir. Ertelenen süreç her yaşta başlayabilir; genellikle klinik olarak yirmili yaşların başında kendini göstermektedir (Öztürk ve Şar, 2016). Bu bozuklukta travmatik yaşantı ile ilgili anılar (yoğun suçluluk ve utanca neden olan diğer anılar ile *patojen aile dinamikleri* ile ilgili anılar) *derin bellek* tarafından saklanır. Ancak tecrübesiz uzmanlar tarafından travma vakalarının zaman zaman çelişkili algılanabilen bilgi ya da ifadeleri aslında sadece "*görünürde çelişkili bir bilgi"*dir (Öztürk ve Şar, 2016; Öztürk, 2018b). Dissosiyatif bireylerde gizleme eğilimi ve görünürde çelişkili bilgi, vakanın kendisiyle ya da tutarsızlığı ile ilişkili değil dissosiyatif patolojisinin doğası ile ilişkilidir ve bu süreçler (gizleme eğilimi ve görünürde çelişkili bilgiler), dissosiyatif bireyin çocukluk yıllarından itibaren kronik olarak istismar edildiğinin oldukça açık bir göstergesidir (Öztürk, 2018b).

Dissosiyatif kimlik bozukluğundaki *alter* kişilikler ile ilgili mevcut tanımlar, kendi benlik algıları ve temsilleriyle birlikte farklı zihinsel durumları içerdiği varsayımına dayanmaktadır (Spiegel vd., 2011; Öztürk, 2018b). Öztürk'e göre her alter kişiliğin, kendine özgü misyon ve görevleri bulunmaktadır (Öztürk, 2017; 2018b). Kluft, alter kişilikleri, intrapsişik kişilerarası ve çevresel uyaranlara duyarlı olan, zihinsel içeriklerin ve işlevlerin seçici mobilizasyonunu görece stabil ve devamlı yansıtan *ayrılmış bir kendilik durumu* olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda bu kendilik durumları, kendi kimlik ve düşünce algısına, düşünce sürecini ve eylemlerini başlatma yeteneğine sahiptir (akt. Öztürk, 2018b). Bu kişilik durumları (alter), dissosiyatif bireyde sıklıkla kontrolü ele alır veya bireyin benlik algısını ve temsilini belirli ölçülerde etkiler (Öztürk, 2017; Steele, Van Der Hart ve Nijenhuis, 2005; Öztürk, 2018b). *Host* (ev sahibi) kişilik ise, çoğu zaman kontrolünü elinde tutan kişilik durumudur. Değişen kişilikler, ev sahibi kişiliği geçici olarak etkin olmayan hale getirmek için çabalar (Öztürk ve Şar, 2016). Hem host hem de alter kişilikler, kendilerinin gördüğü gibi değildir. Bütün alter kişiliklerin iç sistem içerisinde önemi, anlamı ve işlevleri vardır. Bunlar iç sisteme fark ettirildiğinde, alter kişilikler arası kaçınma ve uzlaşmazlıklar kendiliğinden sönmeye ve DID vakasındaki intihar girişimleri, akut ve kronik tüm krizler giderek silikleşmeye başlar. Çoğu DID vakası, kendi ailesinde duygusal ihmal ortamında çifte mesajlar, sahte karşılıklılık ve güvensiz bağlanma süreçleriyle patojen yapıları beslendiği için alter kişilikleri de aşırı kontrolden aşırı kontrolsüzlüğe evrilen (obsesyon-dissosiyasyon dualitesi) bir değişim içerisindedir (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk ve Şar, 2016; Öztürk, 2018b).

Ev sahibi kişilik, değiştirilmiş kişiliklerin ortaya çıkmasından sonra travmayı işleyemez. Yeni ve geçmiş travmatik deneyimler, kişilikleri değiştirerek ele alır. Bu katılımcı alterler, başa çıkmada bir süre ev sahibi kişiliğin operasyonlarından daha başarılı olurlar. Alter kişiliklerin bu geçici müdahalesi olmadığında, işlenmemiş travmatik deneyimler en azından ev sahibi kişilik üzerinde olumsuz bir etki yaratır. Bu, dissosiyatif depresyon, dissosiyatif amnezi ve intihar düşüncesi olarak kendini göstermektedir (Şar, Akyüz, Öztürk ve Alioğlu, 2013; Öztürk ve Şar, 2016). Bu açıdan iki kişiliğin özellikleri tanımlandığında; ev sahibi kişilik (1) kişilikleri değiştirmekle karşılaştırıldığında, daha fazla çok odaklı yargıdan yararlanabilir (yani daha iyi kendi kendine yansıtma), daha esnektir (daha az kendine özgü) ve entegrasyona daha yatkındır. (2) Travmatik deneyimler için kısmen amneziktir. (3) Depresif lezzet duyguları da taşımaktadır. Persekütör alter kişilik ise; (1) kararda tek fikirlidir. Zulüm değiştiren kişilik, ev sahibinin faillerle ilişkisini kesmeye çalışır. Aslında, başlangıçta yardımcı bir karakterdir. Ancak, ev sahibinin canlandırma deneyimleri, onu bir zulme

çevirmektedir. Diğer taraftan travmatik deneyimi ateşlemek için kullanılan tüm savunma ve baş etme mekanizmalarını taşır. (2) Travmatik deneyimleri hatırlar ve oldukça erkeksi bir şekilde çözümler geliştirmeye çalışır. (3) Öfke ile ilgili duygular taşır. (4) Ev sahibinin karakteriyle ilgilenmez aksine itaat etmeye zorlar. (5) Güçlü gibi görünen ve onlarla ilişki geliştirmek isteyen bireylerin ilgisini çekmeye çalışır. Dolayısıyla alter kişilikler, fantezilerini gerçeğe dönüştürmeye çalışır. Bununla birlikte fantezilerinin amacı, genellikle sadece bir süre (yani birkaç saat) boyunca kontrol altına almakla sınırlıdır (Öztürk ve Şar, 2016).

DSM-V'te Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu *"A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Kimlikte bu bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyusal/devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir; B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması; C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur"* kriterleri içeren bir tanı grubudur. Dissosiyatif Amnezi olarak tanı konulabilmesi için *"A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, öz yaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama; B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur; C. Bu belirtiler, bir maddenin (örneğin alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpmayla baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz; D. Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz"* tanı kriterlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Çözülme ile ilişkili bir diğer bozukluk ise Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) ve Gerçekdışılık (Derealizasyon)'tır. Bu bozukluk için *"A. Sürekli ya da yineleyici, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı: (1) Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçekdışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantılar (örneğin algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçekdışılığı ya da*

yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma), (2) Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredekilerle ilgili olarak gerçekdışılık ya da kopukluk yaşantıları (örneğin insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır); B. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçekdışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır; C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur; D. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örneğin katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz; E. Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluğu, yeğin depresyon bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözülme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz" davranış örüntülerinin gözlenmiş olması gerekmektedir (APA, 2013).

Williams (1994) tarafından gerçekleştirilen çalışma, çocukluk çağı travmalarına yönelik anıları içermektedir. Örneklemdeki 129 kadından üçte birinden fazlası (%38) çocuklukta yaşadıkları ve hastane kayıtlarında belgelenen cinsel istismarları daha önce rapor etmemişlerdir. Bazı kadınlar, suiistimali hatırlamadıkları ve bilip bilmediklerini söyleyebilecekleri konusunda çarpıcı işaretler vermiştir. Örneğin, bir örnekte, genç kadın görüşmeciye, çocukken hiçbir zaman cinsel olarak istismara uğramadığını ve detaylı sorgulama sırasında sürekli ve sakince cinsel istismar deneyimlerini reddettiğini söylemiştir. Yetkililere istismara uğradıklarını hiç bildirmeyen kadınların, istismarın ayrıntılarını kimseyle görüşme olasılıkları daha düşük olabileceğinden, unutma oranlarının daha da yüksek olması varsayılmıştır. Bulgular, cinsel istismarının hatırlanmamasının, bu tür istismarın belgelenmiş öyküleri olan yetişkin kadınlar için yaygın bir olay olduğunu vurgulamaktadır. Kadınların istismar hafızasına sahip olmadığı mekanizma ile ilgili olarak, bu bulgular unutmanın sadece yaşla değil, fail ile ilişkisiyle de ilgili olduğunu göstermektedir. İstismar yaşanan zaman ile hatırlama arasındaki ilişki, çok küçük çocuklarda unutmanın daha muhtemel olduğunu gösterse de, yetişkinlerin 3 yaştan önce meydana gelen istismarı hatırlayamadıkları fikrini desteklememektedir. Örneğin, 2.9 yaşında, istismar edilen bir kadın, istismarcının "kaşıntılı sakalını" hatırladığını bildirmiştir. Sonuç olarak, istismar sırasında çok küçük olan bazılarının ne olduğu hakkında oldukça ayrıntılı hatıralara sahip oldukları belgelenmiştir.

Çocukların travma temalarının doğasını ve bu temalar ile eşzamanlı ve gelecekteki travma semptomları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya fiziksel istismara uğrayan 87 çocuk (59 erkek ve 28 kız) katılmıştır. Travma sonrası 4-7 haftada ebeveynlerle tanı amaçlı görüşme yapılmış ve çocuktan travma öyküsü alınmıştır. Travma sonrası altıncı ayda tanı görüşmesi tekrar yapılmıştır. Travma anlatılarında daha fazla ayrışma

belirtisi gösteren çocukların travma sonrası 4-7 haftada güncel travmatik stres reaksiyonları (yeniden yaşama, kaçınma ve hiper-uyarılma ile karakterize edilir) gösterdikleri bildirilmiştir. Spesifik olarak, anlatı temalarında temporal düzensizlik gösteren, ancak duygu veya dissosiyatif amnezi bulunmayan 31 (%35.6) çocuğun, travma öyküsünde duygu eksikliği (veya en az bir ayrışma teması), 41 (%47.1) çocuğun geçici zamanlardaki düzensizlik, duygu yokluğu veya amnezi nedeniyle anlatılarında ayrışma gösterdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, anlatılar sırasında zamansal düzensizliği ifade eden çocukların 21'inin, travma sonrası 4-7 haftada, eşzamanlı *subsndromal* PTSD (bir veya daha fazla orta-şiddetli *hiperarousal*, kaçınma ve/veya yeniden deneyimleme) belirtileri gösterdikleri, kazadan 6 ay sonra 10 çocuğun subsndromal PTSD kriterlerini karşıladıkları görülmüştür. Anlatılarda travmanın (burada dissosiyatif amnezi olarak belirtilen) önemli yönlerini hatırlayamayan çocukların daha fazla sayıda travma yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca, duygu eksikliği gösteren veya anlatılarda en az bir ayrışma belirtisi sergileyen çocuklar, hastanede daha uzun süre kalma eğiliminde bulunmuştur. Bu, ayrışma belirtileri gösteren çocukların daha şiddetli ve karmaşık yaralanmalar geçirmiş olabilecekleri düşünülmekle birlikte bu bulgular, ayrışmanın rolünü ve çocuklardaki PTSD'nin tetiklenmesini açıklamak için oldukça önemlidir (Kenardy vd., 2007).

Çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası aktarımı ile ilgili olarak Öztürk tarafından gerçekleştirilen çalışmaya, 24 dissosiyatif kimlik bozukluğu ve 50 başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk vakaları ile vakaların kişilik, aile bireyleri, cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir durumu gibi demografik özellikleri açısından eşleştirilen 50 kişilik kontrol grubu katılımcısı dahil edilmiştir. Dissosiyatif bozukluk vakalarının tümü, en az bir çocukluk çağı travması bildirmiştir. Bu vakaların %87'sinde en az bir tür travma aile içinden kaynaklanmaktadır. Vakaların ailelerinin %74'ü kendi aile içerisinden (özellikle kendi anne ve babası tarafından) çocukluk dönemlerinde fiziksel istismara uğradıklarını bildirirken, dissosiyatif bozukluk vakalarının %85.7'si de kendi aile içerisinden (özellikle kendi anne ve babası tarafından) çocukluk dönemlerinde duygusal istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Bulgular, dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinin, kendi çocuklarına empatiden uzak ve şiddet içerikli çocuk yetiştirme tarzları kullandıklarını, kuşaklararası bir geçişle kendi travmalarını yüksek oranda çocuklarına yaşattıklarını ve aynı zamanda çocuklarını dışarıdan gelen diğer travmalara karşı koruyamadıklarını göstermiştir (Öztürk, 2003; 2017; 2018a; 2020).

Şar, İslam ve Öztürk (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, konversiyon semptomu olan hastalarda bildirilen çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki

ilişkiyi değerlendirmektir. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine üç aylık bir dönemde (1 Ocak - 31 Mart 2006) dönüşüm (konversiyon) şikayetleri ile başvuran 33 (27'si kadın, 5'i erkek) ayaktan hasta; Ayrıştırma Deneyimleri Ölçeği, Somatoform Ayrışma Anketi, Çocukluk Çağı Travma Anketi, Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri, Klinisyen Tarafından Yönetilen Ayrışma Durum Ölçeği ve Ayrışma Bozuklukları Görüşme Programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analiz sonuçlarında, hastaların 15'inde (%46.9) DSM-IV dissosiyatif bozukluğu, 9 hastada (%28.1) depersonalizasyon bozukluğu, 8 hastada (%25.0) başka bir şekilde tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk, 7 hastada (%21.9) dissosiyatif amnezi, 3'ünde (%9.4) dissosiyatif füg ve 2 hastada (%6.2) dissosiyatif kimlik bozukluğu saptanmıştır. Genel olarak, dissosiyatif bozukluğu olan ve olmayan kişiler arasındaki karşılaştırmada, dissosiyasyonun daha kronik ve şiddetli bir psikiyatrik durumun işareti olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda disosiyatif bozukluğu olan dönüşüm hastalarında, dissosiyatif bozukluğu olmayanlardan daha sık borderline kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağı travma tipleri arasında duygusal istismarın, dissosiyasyonun tek anlamlı yordayıcısı olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte çocukluk çağı travma tiplerinin hiçbiri, BPD kriterlerini öngörmemiştir. Sonuç olarak, borderline kişilik bozukluğu, ayrışma ve çocuklukta duygusal istismar raporları, konversiyon semptomu olan hastalar arasında bir alt gruba işaret etmekte ve ayrışma, bu hastalar arasında çocukluk çağı travmaları ile borderline olgular arasında bir aracı faktörü görülmektedir.

Konversiyon ile dissosiyatif bozukluk ilişkisine bakılan benzer bir çalışmada da, tanı almış ardışık 34 hasta, iki takip görüşmesiyle değerlendirilmiştir. Hastaların 34'ünde (%89.5) en az bir eksen I psikiyatrik tanı mevcut bulunmuştur. Sık karşılaşılan tanılar; farklılaşmamış somatoform bozukluk, genel anksiyete bozukluğu, basit fobi, majör depresyon, distimik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve aksi belirtilmedikçe dissosiyatif bozukluk'tan oluşmaktadır. Ayrıca 18 (%47.4) hastanın DSM-IV'e göre yapılandırılmış tanısal değerlendirmesinde; 3 hastada (%7.9) dissosiyatif kimlik bozukluğu, 13 hastada (%34.2) başka bir şekilde tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk, 2 hastada (%5.3) dissosiyatif amnezi saptanmıştır ancak hiçbir hastada sadece depersonalizasyon bozukluğu veya dissosiyatif füg görülmemiştir. Bununla birlikte dissosiyasyon bozukluğu olan hastalar, intihar girişimi, kendini yaralama davranışı, çocuklukta fiziksel ihmal ve çocuklukta duygusal ile cinsel istismarı daha sık bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, eşzamanlı dissosiyatif bozukluk ile konversiyon bozukluğu olan hastalar için klinisyenleri daha kronik ve şiddetli bir psikopatoloji konusunda uyarmaktadır (Şar, Akyüz, Kundakçı, Kızıltan ve Doğan, 2004).

2.2.5.5. Majör (yeğin) depresyon bozukluğu

Depresyon tüm psikiyatrik bozuklukların en yaygın olanların arasında bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, depresif dönem sayısı ile depresyon düzeyinde dalgalanmalar yaratmaktadır (Schraedley, Turner ve Gotlib, 2002). Çocukluk çağı travmaları olan bireylerde depresyon bozuklukları, klinik tablonun yanı sıra semptomlar şeklinde de oldukça sık görülmektedir. Çocuklukta fiziksel ve cinsel istismar, kötü ebeveyn-çocuk ilişkileri, ebeveyn uyuşmazlığı ve boşanma da dahil olmak üzere bir dizi olumsuz deneyimler Majör Depresif Bozukluk (MDD) riskini arttırmaktadır (Fava ve Kendler, 2000). Bununla birlikte çocukluk çağında cinsel istismara uğramanın, doğrudan veya dolaylı olarak depresyon olasılığını arttırdığı, aynı zamanda depresyonun ifadesini ve şiddetini de etkileyebileceği belirtilmektedir (Gladstone, Parker, Wilhelm, Mitchell ve Austin, 1999).

Majör Depresyon Bozukluğu için DSM-V'te belirtildiği üzere: *"A. İki haftalık dönem boyunca, belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almama olmak üzere beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; (1) çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması, (2) bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, (3) kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma, (4) neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, (5) neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama, (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 (sanrısal olabilir), (8) neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama, (9) yineleyici ölüm düşünceleri, 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 bağlanamayacak olma; D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanmamış; ve E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiş olma"* davranış örüntülerinin sergilenmesi gerekmektedir (APA, 2013).

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalmış ve maruz kalmamış depresif hastalardaki depresif duygudurumun şiddeti, yaşam boyu anksiyete ve depresyon öyküsü ile çocukluk

çevresi ve düzensiz kişilik fonksiyonları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya yatarak ve ayakta tedavi gören 269 (171 kadın ve 98 erkek) majör tanılı hasta dahil edilmiştir. 269 hastanın 42'si çocuklukta cinsel istismar (40'ı kadın) bildirmiştir. Bu 40 kadın hasta, çocuklukta cinsel istismar bildirmeyen 131 kadın ile karşılaştırılmıştır. Bulgular, istismar yaşayan hastaların, istismar geçmişi bulunmayan hastalar ile duygudurum şiddet puanlarının benzer olduğunu ancak istismar geçmişi olanların daha yüksek öz bildirim depresyon skorlarına sahip olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda bu hastaların, daha fazla kendisine yönelik yıkıcı davranışlarda bulundukları, daha fazla kişilik bozukluğu sergiledikleri ve çocukluklarında daha fazla genel bir sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Hastaların çocukluktaki cinsel istismar durumu, ebeveynlerinin borderline kişilik özellikleriyle ilişkilendirilmiş ve bu ilişki annenin kayıtsızlığına erken maruz kalmanın, yetişkinlerin kendi yıkıcılıklarıyla güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, depresyonun cinsel istismarın doğrudan bir sonucu olmayacağını göstermekle birlikte, çocukluktaki cinsel istismarının ve geniş ölçüde işlevsiz bir ev ortamında yaşama riskinin, yetişkinlikte borderline kişilik tarzına sahip olma riski ve depresyon yaşama riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Gladstone vd., 1999).

Çocukluk çağı travmaları ile depresif bozukluk riski arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın verileri, Kaiser Permanente (San Diego) ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Atlanta) arasındaki işbirliği sonucu toplanmıştır. Katılımcıların çoğunun çocukluk döneminde en az bir travma ve yaklaşık üçte birinin en az iki travma yaşadıkları bildirilmiştir. Bulgular, depresif bozuklukların yaşam boyu prevalansının %23 olduğunu göstermiştir. Duygusal istismarın, yaşam boyu depresif bozukluk riskini artırmakla birlikte, çocukluk çağı travmalarının sayısı ile yaşam boyu depresif bozukluklar arasında güçlü ve dereceli bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçlar çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın, ortaya çıktıktan on yıllar sonra artan depresif bozukluk riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Chapman vd., 2004). Yine başka bir çalışmada da, erken travmatik deneyimler ile erişkinlikteki depresyon, mani veya her ikisinin belirli semptom kümeleri (iştah artışı, kilo kaybı ve uykusuzluğa karşı artan iştah, kilo alımı ve hipersomniya) arasında önemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Levitan vd., 1998).

Weiss, Longhurst ve Mazure (1999) tarafından gerçekleştirilen meta analiz çalışmasında, majör depresif bozukluğun gelişiminde, cinsel istismarın ve erken stres faktörlerinin önemli bir etken olabileceği bildirilmektedir. Yedi çalışmanın tümü, cinsel istismar öyküsü bildiren kadınlarda, istismar olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek yetişkin başlangıçlı depresyon görülmüştür. Cinsel istismarın şiddeti ile daha sonraki

yetişkin başlangıçlı depresyon insidansı arasında da pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Ek olarak, hem stres yanıtı hem de depresif hastalıkta gözlenen patofizyolojik benzerlikler, stres ve depresyonun klinik kanıtlarıyla birlikte, ikisi arasında nörofizyolojik bir ilişki olduğunu da düşündürmektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile gelişen bilişsel eksikliklerin majör depresyon (DSM-IV) tanısı alan hastalardaki etkisini görmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, 40 hasta ve kontrol grubundaki 40 katılımcı dahil edilmiştir. Veriler, hafızayı, işlem hızını ve yürütücü fonksiyonları değerlendiren nöropsikolojik test bataryası ve çocukluk çağı travmaları için CTQ ile alınmıştır. Bulgular, majör depresyonu olan hastaların çocukluk çağı travmalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ve sağlıklı kontrollere göre daha şiddetli duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal yaşadıklarını göstermiştir. Hastalar, genel bilgi ve işlem hızında sağlıklı kontrollere göre daha iyi performans sergilemiş ancak hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarında, travma sayısı ile genel bilgi, düşük işlem hızı ve yürütücü işlevlerde bozulmanın anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, çocuklukta daha fazla olumsuzluk yaşayan majör depresyonu hastalarının genel bilgi, işlem hızı ve yürütücü işlev becerilerinin etkilenebildiğini, fiziksel istismar ve ihmalin, sözel öğrenme eksiklikleri ve daha zayıf yürütücü işlevlerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Dannehl, Rief ve Euteneuer, 2017).

Stevens, Ammerman, Putnam ve Van Ginkel (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, bir ev ziyareti programına ilk kez katılan 123 annede, depresyon ve travma öyküsünün yaygınlığı incelenmiştir. Anneler, hizmetin ilk 3 ayında değerlendirilmiş ve 100 anne tarafından, depresyon, travma öyküsü, sosyal destek, kontrol duygusu ve istismarı riski ölçümleri tamamlanmıştır. Ev ziyareti sonucunda annelerin, genel nüfusa göre artmış depresyon ve travma öyküsü insidansına sahip oldukları bildirilmiştir. Annelerin yaklaşık %30'u depresyon ölçümünde klinik olarak anlamlı bir aralıkta puan vermiştir ve yaklaşık %70'inde en az bir şiddetli travma yaşanmıştır. Sonuç olarak, hem depresyon hem de şiddetli travma ile artan istismarı riski, düşük sosyal destek seviyeleri ve azalmış kontrol duygusu ile ilişkili bulunmuştur.

Spinhoven ve diğerleri (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın verileri, farklı hastalık evrelerinde, uzun süreli depresif ve anksiyete bozukluklarının 8 yıllık uzunlamasına bir kohortu olan Hollanda Depresyon ve Anksiyete Çalışması'ndan alınmıştır. Toplam örneklemdeki 2288 katılımcının en az bir yaşam boyu anksiyete veya depresif bozukluğu bulunmaktadır. Kontrol grubu yaşam boyu kaygı veya depresif tanı (mevcut küçük depresyon dahil) almayan veya yaşam boyu alkol kötüye kullanımı ile bağımlılığı olmayan 498 hastadan

oluşturulmuştur. Bulgular, çocukluk çağı travmalarının duygulanımsal bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Çocukluktaki olumsuzluklardan duygusal ihmal, spesifik olarak depresif bozukluk, distimi ve sosyal fobi ile ilişkilendirilmiştir. Duygusal ihmal ve cinsel istismar öyküsü olan kişilerin, yaşam boyu birden fazla duygusal bozukluk geliştirmesi daha olası görülmüştür. Yaşam boyu duygusal bozukluğu olan kişiler arasında, farklı çocukluk çağı travmalarının çoğu, duygusal bozuklukların her biriyle ve duygusal bozuklukların daha fazla komorbiditesi ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular dört önemli sonuca varmıştır; birincisi, çocukluk çağı travmalarının duygusal bozukluklarla ilişkisi, yetişkinlikteki olumsuz yaşam olaylarının duygusal bozukluklarla ilişkisinden daha yüksek görünmektedir. İkinci olarak, çocukluk çağı travmalarının depresif bozukluklarla ilişkisinin gücü, anksiyete bozukluklarından biraz daha güçlü görünmektedir. Üçüncüsü, duygusal ihmalin özellikle distimi, majör depresif bozukluk ve sosyal fobi ile ilişkili olduğu görünmektedir ve son olarak, duygusal ihmal ve daha az ölçüde cinsel istismar öyküsü olan katılımcıların, yaşam boyu birden fazla duygusal bozukluk geliştirmesi daha olası görünmektedir.

2.2.5.6. Obsesif kompulsif bozukluk

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmak, obsesif kompulsif bozukluk (OCD) dahil olmak üzere yetişkinlikteki fiziksel ve zihinsel bozukluk riskini arttırmaktadır (Benedetti vd., 2012). Nörobiyolojik bir bozukluk olan OCD, müdahaleci, inatçı istenmeyen düşünceler veya görüntüler (takıntılar) ile tekrarlayan ve aşırı davranışlar (zorlamalar) ile karakterizedir. OCD'den muzdarip hastalar genellikle majör depresif bozukluk, sosyal fobi, alkol kullanım bozuklukları, spesifik fobi, panik bozukluğu ve yeme bozuklukları gibi diğer zihinsel bozukluklardan etkilenmektedir (Sasson vd., 2005). Obsesif kompulsif bozukluk DSM-V tanı kriterleri için; "*A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı. Takıntılar (obsesyonlar), kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgelerdir ve kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur. Zorlantılar (kompulsiyonlar), kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir ve bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı*

tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeye varan; B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örneğin günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da onemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan; C. Takıntı-zorlantı belirtilerinin bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamayan; D. Başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamayan" davranış örüntülerinin bulunması gerekmektedir (APA, 2013).

Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtilerin artmasına neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmaya, 201 üniversite öğrencisi (74'ü erkek, 127'si kadın) dahil edilmiştir. Bilinen bir psikiyatrik hastalığı olan, bilişsel işlevleri etkileyebilecek organik ve/veya nörolojik hastalığı olan, 18 yaşından küçük veya 30 yaşından büyük olan, kronik bir fiziksel hastalık nedeniyle düzenli ilaç kullanan öğrenciler çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın bulguları, çocukluk çağı travma puanı yüksek olan bireylerin, obsesif kompulsif belirtilerinin daha fazla olduğunu, aynı zamanda çocukluk çağı travma ölçeği puanları ile obsesif kompulsif belirtiler ve bunların alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, daha çok duygusal istismar olmak üzere, çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olabileceğini göstermiştir (Demirci, 2016).

Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif spektrum bozuklukları arasındaki ilişki hakkında nispeten az veri bulunmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu (OCD, n=74; yaş 36.1±16.3), *Trikotillomani* (TTM, n=36, yaş 31.8±12.3) ve kontrol grubu (n=3, yaş 21.5±1.0) olan kadınlara fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren CTQ uygulanmıştır. Bulgular, hastalardaki çocukluk çağı travmaları şiddetinin ve özellikle duygusal ihmalin kontrollere göre daha fazla olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte OCD ve Trikotillomani hastalarının, duygusal ihmal alt ölçeğinden kontroldekilerden daha yüksek puan aldıkları ve bu sonuç ile çocukluk çağı travmalarının bazı yönlerinin her iki bozuklukta da ortak olabileceği gösterilmiştir (Lochner vd., 2002).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında cinsel istismarın prevalansını incelemek ve cinsel istismarın, obsesif kolpulsif bozukluğun gelişimi için bir risk faktörü olup olmadığını değerlendirmek için gerçekleştirilen çalışmada; 30 obsesif kompulsif bozukluk hastası ile iki eşleştirilmiş kontrol grubunda 17 panik bozukluğu ve 26 psikiyatrik bozukluğu olmayan romatizmal hastaların (NPRP), cinsel istismar prevalansı karşılaştırılmıştır. Bulgularda,

NPRP'ye (%23.1) kıyasla obsesif kompulsif bozukluğu hastalarının %53.3'ünde ve panik bozukluk hastalarının %52.9 fiziksel temas içeren cinsel istismar rapor edilmiştir. Sonuç olarak, cinsel istismar, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Caspi vd., 2008).

Mathews, Kaur ve Stein (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışma, çocukluk çağı travmaları, kişilik yönleri ve obsesif kompulsif semptomlar arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla 938 üniversite öğrencisiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların 30'u (%13), çocukluk çağı travmaları kriterlerini karşılamıştır. Duygusal ihmal, en sık bildirilen travma olmuştur. Obsesif kompulsif belirtiler ile başta duygusal istismar ve fiziksel ihmal olmak üzere çocukluk çağı travmaları arasında küçük fakat anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu ilişkiye, ortaya çıkan kaygı belirtileri de eşlik etmiştir. Aynı zamanda obsesif kompulsif semptomlar ve vicdanlılık ile duygusal ihmal, cinsel istismar ve vicdanlılık arasında benzer bir ilişkinin varlığı, obsesif kompulsif semptomların gelişiminde çocukluk çağı travmalarının dolaylı bir rolünün olabileceğini göstermiştir.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif semptom boyutları ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, yaşam boyu intihar girişimi olan 60 OCD hastası ve 60 kontrol grubu dahil edilmiştir. Katılımcılar, İntihar Düşüncesi Ölçeği (SSI), Çocukluk Çağı Travma Anketi-Kısa Form (CTQ SF), Yale-Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS), Boyutsal Obsesif Kompulsif Ölçeği (DOCS) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21)'ni tamamlamışlardır. Bulgular, OCD hastalarının %97.1'inde mevcut intihar düşüncesinin hakim olduğunu göstermiştir. OCD hastalarının, çocukluk çağı travmaları, intihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete skorları kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgularla, cinsel istismarın ve kabul edilemez düşüncelerin yüksek intihar eğilimine katkıda bulunabileceği ve yaşam boyu intihar girişimi olan OCD hastalarındaki intihar riskinin, tedavi aşamasında değerlendirilmesi gerekliliği rapor edilmiştir (Khosravani, Kamali, Ardakani ve Ardestani, 2017).

2.2.5.7. Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar

Psikoz ve şizofreni semptomları, diğer birçok zihinsel sağlık problemi kadar çocukluk çağı travmalarıyla da güçlü bir şekilde ilişkilidir (Read vd., 2005). Özellikle çocukluk çağı travmaları ile halüsinasyonlar arasında anlamlı ve dereceli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Whitfield, Dube, Felitti ve Anda, 2005). Bu ilişki hastalığın semptomlarında da etkili olabilmektedir (Rajkumar, 2015). DSM-V'te şizofreni ve psikozla seyreden diğer bozukluklar

tanımlanmıştır. Şizofreni tanı kriterleri için; "*A. Belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bu belirtilerden (1), (2) ya da (3)'ten en az birinin olması gerekir. (1) sanrılar, (2) varsanılar, (3) darmadağın konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma), (4) ileri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı, (5) silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama); B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok temel alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır; C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır; D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır; E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz"* davranış örüntülerinin bulunması gerekmektedir. Sanrılı bozukluk'ta; *"A. Bir ay ya da daha uzun süren, bir (ya da daha çok) sanrının varlığı söz konusudur* ancak *(B) şizofreninin A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır ve (C) sanrıların etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır"*. Şizofrenimsi (*şizofreniform*) bozukluk, şizofreni A tanı kriterlerini karşılamakla birlikte ayırıcı olan; *"B. Bu bozukluğun bir dönemi, en az bir ay, ancak altı aydan daha kısa sürer ve iyileşmeyi beklemeden tanı konması gerekirse, "geçici tanı" olarak nitelendirilmelidir; C. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiuçlu (bipolar) bozukluğun dışlanması"* gerekir. Şizoduygulanımsal (*Şizoaffektif*) bozukluk'ta ise; *"A. Yeğin (majör) bir duygudurum dönemiyle (mani dönemi ya da yeğin depresyonu A1 tanı ölçütünü karşılayan çökkün duygudurum) eşzamanlı olarak şizofreninin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması, B. Hastalığın yaşam boyu süresince, yeğin bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur; C. Yeğin bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur"* davranış örüntülerinin bulunması gerekmektedir (APA, 2013).

Çocukluk çağı travmaları, psikozda potansiyel bir risk faktörüdür. Psikozdaki, çocukluk çağı travmalarının potansiyel özgüllüğünü araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, Haukeland Üniversite Hastanesi'nde Bergen Psikoz Projesi-2 ile Bergen Üniversitesi Psikoloji Fakültesi'nde Travma Psikolojisi Araştırma Grubu arasındaki işbirliğiyle

yürütülmüştür. Her iki grupta da, 33 erkek ve 19 kadın olmak üzere Şizofreni spektrum bozuklukları (psikoz grubu) olan 52 hasta ile kontrol grubundaki diğer ruh sağlığı bozuklukları (psikoz olmayan grup) olan 52 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları, her iki grupta da CTQ-SF aracılığıyla ölçülmüştür. Psikoz grubunun %67.3'ü, psikoz olmayan gruba (%38.5) kıyasla daha fazla çocukluk çağı travmaları bildirmiştir. Bulgular, psikoz grubundaki CTQ-SF toplam skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiş, anlamlı olarak daha yüksek seviyelerde ve daha şiddetli, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ihmal bildirilmiştir. Bununla birlikte psikoz grubu, çocukluk çağı travmalarının tüm alt tiplerinin daha şiddetli düzeylerini yansıtmıştır (Mørkved vd., 2017). Rajkumar (2015), tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada da, Güney Hindistan Pondicherry'deki psikiyatri servisinde, DSM-IV şizofreni tanısı alan hatalardan, son altı aydır antipsikotik ilaç tedavisi konusunda stabil olan, yakın zamanda semptom alevlenmesi olmayan ve psikiyatrik komorbiditesi olmayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Klinik olarak stabil şizofreni hastaları (31 erkek ve 31 kadın), çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirilmiş ve spesifik sıkıntı formlarının semptomatolojisi ile ilişkisi incelenmiştir. Bulgularda, 35 (%56.5) hastada duygusal istismar, 21 (%33.9) hastada fiziksel istismar ve iki (%3.2) hastada cinsel istismar bildirilmiştir. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının, şizofreninin semptomatolojisi üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini göstermiştir.

Çocukluk çağı travmalarının etkisi göstermek amacıyla, şizofreni spektrum bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören 40 (15 kadın ve 25 erkek) hasta örnekleminde, çocukluk çağı travmalarının türü, süresi ve şiddeti, premorbid fonksiyonu, mevcut semptomatoloji ve bilişsel fonksiyon ölçümleri incelenmiştir. Tüm katılımcılar, DSM-IV'e göre, şizofreni (n=21) veya şizoaffektif bozukluk (n=19) kriterlerini karşılamıştır. Çocukluk çağı travmaları olan katılımcıların çocukluktaki daha düşük akran ilişkileri, okulda daha zor olma, ilk hastaneye yatış yaşı, daha önceki hastaneye yatışlar, kaygı belirtileri, depresyon ve intihar eğilimi, Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği (BPRS) sonuçlarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının şiddeti ve sıklığı, halüsinasyonlar ve BPRS'deki sanrılar ile pozitif korelasyon göstermiştir. Doğrusal eğilim analizi, travma türlerinin sayısı arttıkça daha ciddi bir bozulma modeli olduğunu göstermiştir. Çocukluk çağı travmaları, hastalık öncesi işlevsellik, hastalıkla ilişkili semptom ifadesi ve bilişsel işlev bozukluğu özel formlarının, önemli bir belirleyicisi görünmektedir. Sonuç olarak, çocukluk çağı travmalarının daha fazla akademik güçlük, daha düşük eğitim düzeyi, daha düşük akran ilişkileri, ilk hastanede yatış yaşı ve daha fazla sayıda psikiyatrik hastaneye yatışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Schenkel, Spaulding, DiLillo ve Silverstein, 2005).

Şizofreni spektrumu ve affektif bozukluk'ta (bipolar bozukluk ve psikotik özelliklere sahip depresif ataklar dahil), çocukluk çağı travmaları prevalansını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, DSM-IV'e göre tanı alan 305 hasta (%46'sı kadın) dahil edilmiştir. Bu hastalardan 194'ü şizofreni spektrum bozukluğu (111, şizofreni; 13, şizofreniform bozukluk ve 28 şizoaffektif bozukluk) tanısı almıştır ve 42 hastada diğer psikozlar (sanrısal bozukluk, kısa psikotik bozukluk veya başka türlü tanımlanmayan psikoz) olarak sınıflandırılmıştır. Kalan 111 hasta da, affektif bozukluk (67 bipolar I bozukluk, 20 bipolar II bozukluk, 10 bipolar bozukluk NOS ve 14 psikotik özelliklere sahip majör depresif bozukluk) tanısı olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın temel bulgusu, şizofreni spektrumu veya affektif bozukluğu olan (bipolar ve psikotik özellikli majör depresyon dahil) hastaların büyük bir kısmında (%82) çocukluk çağı travmalarının bulunması olmuştur. En sık bildirilen travma duygusal ihmal (%65) olmak üzere ardından duygusal istismar (%60), fiziksel ihmal (%40), cinsel istismar (%32) ve fiziksel istismar (%25) olarak takip etmiştir. Şizofreni spektrum grubu hem toplam skorda hem de tüm alt ölçeklerde affektif gruba göre (sırasıyla %85 ve %77) daha yüksek çocukluk çağı travmaları prevalansı göstermesine rağmen, sadece fiziksel ihmal ve fiziksel istismar skorlarındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur (Larsson vd., 2013).

Çocuklukta cinsel istismar ile şizofreni hastalarındaki psikososyal bozuklukların şiddetini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, şizofreni tanısı alan ve ayakta tedavi gören 54 hasta (52'si erkek ve 2'si kadın) dahil edilmiştir. DSM-IV için şizofreni (n=36) veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış (n=18) katılımcıların yaşam boyu psikiyatri yatış sayıları 7±7.9 iken, ilki ortalama 22 yaşındayken gerçekleşmiştir. Son bir ay içinde hastaneye yatma veya ilaç kullanımı olmadığı gibi, katılımcıların tümü hastalıklarının pozitif bir evresinde görülmüştür. Katılımcılara, mevcut kişilerarası ve çalışma işlevini değerlendiren Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sosyal işlevle ilgili kişilik boyutlarını incelemek için NEO ve Beş Faktör Envanteri Form S uygulanmıştır. Bulgular, hastaların 19'unun çocukken cinsel istismara uğradığını ve 35'inin istismar öyküsü olmadığını göstermiştir. İstismar öyküsü olan hastaların, mevcut rol işlevlerinin daha kötü olduğu ve yakınlığı sürdürmek için gerekli temel psikolojik yapı taşlarının daha az bulunduğu, ayrıca duygusal kargaşaya karşı savunmasızlığın bir ölçüsü olan daha yüksek nevrotiklik seviyeleri gösterdikleri bildirilmiştir. Sonuç olarak çocuklukta cinsel istismarın, şizofreni hastalarının erişkinliklerinde daha kötü psikososyal işlevsellik ile ilişkili olduğunu yansıtmaktadır (Lysaker, Meyer, Evans, Clements ve Marks, 2001).

İlk epizod şizofreni hastalarındaki çocukluk çağı travmalarının prevalansını, incelemek ve ilk başvuruda psikopatoloji ve klinik parametreler üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla birinci dönem şizofreni olan 57 hasta (29 erkek ve 28 kadın) çalışmaya katılmıştır.

Veriler, Kısa Psikiyatrik Araştırma Ölçeği (BPRS), Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ve ilk başvuruda Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS) ile elde edilmiştir. Bulgularda, hastaların %29.8'i cinsel istismar, %40.9'u duygusal istismar ve %13.6'sı fiziksel istismar ile %29.5'i duygusal ihmal ve %20.5'i fiziksel ihmal bildirmiştir. Cinsel istismar bildiren hastaların başvuru sırasında SAPS skorlarının daha yüksek olduğu ve başvurudan önce daha fazla intihar girişiminde bulundukları belirtilmiştir. Duygusal istismarın varlığı ve ciddiyeti ile fiziksel ihmalin varlığı, (özellikle zihin okuma sanrılarının da eşlik ettiği) halüsinasyonların ciddiyeti ile ilişkili bulunmuştur. Bunlarla birlikte, duygusal ihmal ve/veya istismar bildiren hastalarda, şaşırtıcı şekilde daha kısa DUP (ilk pozitif semptomların başlangıcından ilk hastaneye yatışına kadar geçen süre, bu çalışmada ortalama 6.9 aydır) görülmüştür. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının ilk başvurudaki şizofreni sunumunu değiştirebileceğini düşündürmektedir (Üçok ve Bıkmaz, 2007).

Şar ve diğerleri (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışma, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif deneyimler ile kronik şizofreninin klinik fenomenolojisi arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na 2 aylık çalışma süresi boyunca ardışık olarak başvuran DSM-IV şizofreni bozukluğu tanılı hastalar kabul edilmiştir. Çalışma için uygun şizofrenik bozukluğu olan 70 hasta, DSM-IV için Yapısal Klinik Görüşme, Disosiyatif Deneyimler Ölçeği, Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Programı, Pozitif ve Negatif Semptomlar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulgular, şizofreni hastaları arasında dissosiyatif bir alt grubun varlığını göstermiştir. Çocukluk çağı travma skorlarının, dissosiyasyon skorları ve dissosiyatif semptom kümeleri ile ilişkili olmamakla birlikte şizofrenik bozukluğun, çekirdek semptomları ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Disosiyatif alt grubun, daha fazla sayıda genel psikiyatrik komorbidite, dissosiyatif kimlik bozukluğunun ikincil özellikleri, *Schneiderian* semptomlar, somatik şikayetler ve ekstra algılamalar ile karakterize olduğu; çocukluk çağı travma tipleri arasında sadece fiziksel istismar ve ihmalinin ayrışma öngördüğü belirtilmiştir. Sonuçlar, şizofreninin travmaya bağlı dissosiyatif alt tipi desteklediğini, çocukluk çağı travmalarının, şizofrenik bozukluğu olan hastalarda eş zamanlı ayrışma ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

2.2.5.8. Travma sonrası stres bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) ve travmatik olayların ardından görülen diğer nöropsikiyatrik semptomlar, tehdide yanıt sırasında mevcut olan akut semptomlarla ilişkilidir. PTSD, travmatik stres sırasında mevcut uygun ve uyarlanabilir yanıtların uyumsuz ısrarından

kaynaklanmaktadır (Perry, 2007). Araştırma ve klinik deneyimler, şiddete tanık olan ve başka şekilde şiddete maruz kalan çocukların, olaylardan derinden biçimde etkilendiğini ve genellikle travma sonrası stres bozukluğu belirtileri sergilediklerini göstermektedir (Bell ve Jenkins, 1991). PTSD'nin doğası hakkındaki araştırma ve teori, travmaya bağlı patolojik reaksiyonların yanı sıra birçok duyguyu da içerdiğini belgelemiştir (Riggs, Cahill ve Foa, 2006). PTSD, çoğunlukla bozukluğun önemli bir özelliği olan müdahaleci travma hatırlamaları nedeniyle genellikle bir bellek bozukluğu olarak da tanımlanmaktadır (Brewin, 2007). Bu bozukluğun pek çok semptomu üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; aşırı uyarılma (*hyperarousal*), müdahale (*intrusion*) ve büzülme (*constriction*)'dir. Aşırı uyarılma, sürekli tehlike beklentisini; müdahale, travmatik anının silinmez izini; büzülme ve uyuşma kendini bırakma tepkisini ifade etmektedir (Herman, 2019, s.44). Bu anlamda travmaya bağlı stres, deneyim için ani bir süreksizlik, güvenlik, korku, ağrı ile iç ve dış ortamın sabitliği için belirsizlik tehdidinin yerini almasıyla ayrışma tepkileri de tetiklenebilmektedir (Vermetten ve Spiegel, 2014). Bununla birlikte çocuğun belirli bir travmatik olaya verdiği yanıtların spesifik doğası, travmanın doğasına, süresine ve türüne, ailenin özelliklerine ve sosyal durumuna bağlı olmaktadır (Perry, 2007).

Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu olarak da tanımlanan travma sonrası stres bozukluğu (PTSD), DSM-V ölçütlerinde detaylı bir biçimde tanımlanmaktadır: *"A. Belirtilen yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma (1) doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama, (2) başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme ve bunlara tanıklık etme, (3) bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme, (4) örseleyici olay(ların)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma; B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) varlığı (1) örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istencdışı gelen, sıkıntı veren anılar, (2) içeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler, (3) kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örneğin geçmişe dönüşler), (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)ı simgeleyen yada çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme; C. Belirtilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan 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, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları; D. Belirtilerden 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 yönünün anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımıma bağlı değildir), (2) kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler, (3) örseleyici olay(ların)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler, (4) süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örneğin korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç), (5) önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma, (6) başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları, (7) sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama; E. Belirtilerden 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) insanlara 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 bulunur; F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur, G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur'. Bu tepkilerin '*örselenmeden hemen sonra başlaması ve tanı ölçütlerini karşılaması için en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay sürmesi"* Akut Stres Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Çocukluk çağı travmaları ile PTSD arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, yardım arayan 157 çocuk dahil edilmiştir. Veriler, New York'taki üç büyük toplum ruh sağlığı kliniğinden, 11 aylık süre içinde toplanarak elde edilmiştir. Bulgular, PTSD ile yalnızca kişilerarası travmatik olaylar (yani travmatik haberler duymak veya fiziksel, cinsel istismar ve aile içi şiddet yaşamak gibi) önemli derecede ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, ne kişilerarası olmayan olaylara (yani, kazalar, yangın ve felaket) maruz kalma ne de topluluk şiddeti (yani, topluluk şiddetine tanık olma ya da topluluk

şiddetinin kurbanı olma) önemli ölçüde ilişki göstermemiştir. Bu sonuçlar, kişilerarası şiddetin ve çocukluk çağı travmaları ile PTSD arasındaki ilişkinin çok daha güçlü olduğunu vurgulamaktadır (Luthra vd., 2009).

Okul öncesi yaştaki çocukların, PTSD semptomatolojisi ile davranışsal sorun düzeyleri arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, aile içi şiddete tanık olan 39 çocuk ve aile içi şiddet yaşayan 23 çocuk dahil edilmiştir. Aile içi şiddet olaylarına tanık olan çocuklar arasında aile içi şiddete tanık olmanın yanı sıra, fiziksel olarak istismara uğrayan 3 çocuk da bulunmaktadır. Örneklemdeki annelerin %63'ünün (n=39) aile içi şiddet olaylarına tanık olduğu ve geri kalanının (n=23) aile içi şiddet olaylarına maruz kaldığı bildirilmiştir. Tüm çocuklar en az bir travma semptomu yaşamış olsa da, kullanılan ölçüme bağlı olarak çocukların sadece %3'ünde en az üç semptom bulunmuştur. Bununla birlikte, CBCL ve PTSD raporlarında çocukların %47'sinde en az üç kaçınma belirtisi olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, aile içi şiddete tanık olan veya aile içi şiddet olaylarını doğrudan yaşayan okul öncesi çocuklarının, PTSD belirtilerinden muzdarip olduğunu ve özellikle çocukların travmaya bağlı hiper uyarılma semptomlarının yeniden yaşantılanmasına karşılık oldukça savunmasız olduklarını rapor etmiştir (Levendosky, Huth-Bocks, Semel ve Shapiro, 2002).

Toplumsal şiddete maruz kalan çocukların PTSD semptom düzeylerini ve semptom profilinin tipik olup olmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 60 çocuk (36 erkek ve 24 kız) dahil edilmiştir. Bulgular, çocuklardan 57'sinin (%95) şiddete tanık olduğunu ve 34'ünün (%56) kendilerine yönelik bir şiddet olayı yaşadığını göstermiştir. Sadece 3 çocuk, olayları duymak dışında herhangi bir şiddete tanık olmamış veya yaşamamıştır. Çocukların maruz kaldığı şiddet türü; yabancılar veya çete üyeleri tarafından kovalanmak, fiziksel veya cinsel saldırıya maruz kalmak ve tehdit altında olmak kapsamında; 27 çocuk (%45) en az bir cinayete tanık olduğunu; 33 çocuk (%55) en az bir bıçaklamaya, ateş etmeye, başka bir şiddetli kavga veya saldırıya tanık olduğunu; 20 çocuk (%33) en az bir ceset gördüğünü; 24 çocuk (%40) silah sesleri duyduğunu bildirmiştir. Çocuklar tarafından bildirilen olayların çoğunluğu bir önceki yıl meydana gelmiştir. Klinik görüşme sonucunda 13 çocuk (%21.7), PTSD'nin DSM-III-R tanı kriterlerinin tamamını karşılamıştır. En yaygın olan PTSD semptomlarının, tetikte olma ve uyku güçlüğünün olduğu belirtilmiştir (Ensink, Robertson, Zissis ve Leger, 1997).

Akut stres yanıtlarının etiyolojisinde travma belleğinin rolünü araştırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, bir saldırı veya trafik kazası sonrasında Londra Acil Servisi'ne başvuran ardışık 50 genç katılmıştır. Ailelerin katılmayı etmesi sonucunda çocuğun

travmasından sonraki 2-4 hafta içinde bir ev ziyareti düzenlenmiştir. Travma sırasındaki tehdidin öznel şiddeti, üç maddelik bir ölçüyle (*gerçekten öleceğimi düşündüm, gerçekten korktum* ve *çok kötü yaralanacağımı düşündüm*) değerlendirilmiş ve semptom şiddetine göre ile akut stres bozukluğu (ASD) olmayanlar arasında anlatı indeksleri karşılaştırılmıştır. Bulgular, ASD olan çocukların (19; %38) travma anlatılarında yüksek düzeyde düzensizlik olduğunu göstermiştir. Akut semptom şiddeti, travma öyküsündeki düzensizlik düzeyi ve çocuğun olayı bilişsel değerlendirmeleri ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Mevcut çalışmadan elde edilen sonuçlar, ASD tanısı alan gençlerin daha önce var olan duygusal problemlerinin, travmaya maruz kaldıktan sonra daha yüksek düzeyde öznel tehdide dönüştüğünü ve yüksek seviyelerde bilişsel yanlış değerlendirmeler bildirdiklerini ortaya koymuştur (Salmond vd., 2011).

Cinsel istismarı insidansının ve uzun süreli etkilerinin incelendiği çalışmaya, 152 kadın dahil edilmiştir. Sağlık merkezinin kriz servisine başvuran 152 kadın hastanın 67'sinde (%44.1) cinsel istismar öyküsü bulunmaktadır ancak sadece 26'sı (%39) şikayetlerinde istismardan bahsetmiştir. Bulgularda, cinsel istismarın artan ayrışma, uyku bozukluğu, gerginlik, cinsel sorunlar, öfke, daha fazla psikoaktif ilaç kullanımı ve daha sık intihar girişimi ile birlikte madde bağımlılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu korelasyonla birlikte, cinsel istismarın uzun vadeli psikolojik etkileri, gelişimsel bağlamda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile açıklanmıştır (Briere ve Runtz, 1987). Çocuklukta cinsel istismar öyküsüne ilişkin benzer bir çalışmada da, kadınlarda yüksek Olayların Merkeziliği Ölçeği (CES) skorlarının daha fazla psikolojik sıkıntı ve daha düşük benlik saygısı ile ilişkisi araştırılmıştır. Cinsel istismar öyküsü bildiren 102 kadına CES uygulanmıştır. Bulgular, CES skorlarının PTSD ve depresyon semptom şiddeti ile pozitif, benlik saygısı ile negatif ilişkide olduğunu göstermiştir. Olayların merkeziliği ölçeğinin temel bileşen analizi, (1) travmanın merkeziliği ve entegrasyonu, (2) travmanın kişinin yaşam öyküsünde bir dönüm noktası olup olmadığı ve (3) olayın geleceğe yönelik beklentiler için olup olmadığını yansıtan üç faktörü ortaya çıkarmıştır ve her faktör PTSD semptom şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, travmatik bir olayı gelecekleri için referans noktası olarak değerlendiren bireylerin, özellikle PTSD için risk altında olabileceğini düşündürmektedir (Robinaugh ve McNally, 2011).

2.2.5.9. Uyku bozuklukları

Çocukluk çağı ruhsal travmaları, organizmanın uyarlanamaz bir sürecine yol açarak yaşam boyu uykusuzluk gelişimi için bir risk faktörü olarak ortaya çıkabilmektedir (Bader, Schaefer, Schenkel, Nissen ve Schwander, 2007). Travma ile ilgili canlandırmalar uyku

halinde rüyalar yoluyla da ortaya çıkabilmektedir. Biçim olarak bu rüyalar, uyanıklık durumundaki travmatik hatıraların, alışılmamış özelliklerinin çoğunu yansıtır ve çoğu kez az ya da hiçbir imgesel işlemden geçmemiş, sık sık tekrar eden travmatik olay fragmanları biçiminde korkutucu kabuslar şeklinde sergilenir (akt. Herman, 2019, s.48). Kabuslar genellikle travmatik olayın bir örneğinin tekrarlanmasından, olayın geçmiş olaylarla ve kişinin tüm yaşamıyla ilişkili deneyimlerine kadar değişmektedir (Shalev, 2003). Dolayısıyla, kabuslar ile ayrışan deneyimler arasında bir ilişki vardır. Çocukluk çağı travmatik olayları ise, bu ilişkide önemli bir rol oynayabilmektedir. Çünkü kabuslar, travmada uyarlanabilir kopyalama stratejilerinden biridir ve travmatik olaylarla başa çıkmadaki ayrışmanın rolüne dikkat etmek için kritik öneme sahiptir (Agargun vd., 2003). Buna bağlı olarak, travmatik olayla ilişkili özel bir uyarandaki yoğun tepkinin yanı sıra uyarılmadaki artış, uyanıklık durumu kadar, uyku esnasında da devam ederek sayısız tip uyku bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (akt. Herman, 2019, s.45).

Mevcut klinik deneyim, baskılanmış olan travmanın (sadece intrapsişik çatışmanın değil) sıklıkla tekrarlandığını göstermiştir. Geçmişteki olaylar, etkiler, davranışlar ve hatta somatik duyumlar rüyalarda sergilenmekte veya mevcut deneyimlerin içeriğine hücum etmektedir. Freud'un tekrarlama zorlanımı tanımında olduğu gibi, bu deneyimler basitçe hatırlanmaktan ziyade, tekrarlama hamlelerine uzanır (Chu, 1991). Çünkü geçmişte kalan travmatik deneyim, yeni ve çarpık gerçeklik algıları yaratma eğilimindedir. Algılanan gerçekliğin birden fazla versiyonunun varlığı, orijinal travmanın işlenmesini zorlaştırır. Bu sebeple travmanın mevcut versiyonları her tekrardan sonra değişebilir ve orijinal formundan yavaş yavaş ayrılabilir. En son sürüm belirli bir süre için nihai form olarak kalır. Gerçekliğin yeni versiyonları ve yeni bilişler, travmanın işlenmesinin kesildiği ana ve deneğin sıkıştığı sürecin aşamasına göre şekillenmeye devam eder (Şar ve Öztürk, 2006). Dolayısıyla travmatik birey, olay kendi başına gelmemiş gibi bedeninin dışından gözlemliyormuş gibi ya da bütün deneyim az sonra uyanacağı kötü bir rüyaymış gibi hissedebilir (Herman, 2019, s.53). Bu şekilde, travmatik kabusların yıllarca art arda değişmeden tekrarlayabileceğini belirten Janet, saplantılı rüyaları *"bu hastalıkta rastladığımız en karakteristik ve aynı zamanda en esrarengiz fenomenlerden biri*" olarak tanımlamıştır (akt. Herman, 2019, s.46). Bu kabusların önemli bir sonucu olan Uykusuzluk Bozukluğu DSM-V'te; "*A. Belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uykunun niceliği ya da niteliğiyle ilgili bir doyumsuzluk yakınmasıdır (1) uykuyu başlatmakta (uykuya dalmakta) güçlük, (2) uykuyu sürdürmekte güçlük, sık uyanmalarla ya da uyanmalardan sonra yeniden uyumakta sorun yaşıyor olmak, (3) sabah erken uyanma, uyandıktan sonra yeniden uyuyamama; B. Uyku*

bozukluğu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili, okulla ilgili işlevsellik alanlarında, davranışsal olarak ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur; C. Uyku bozukluğu, haftada en az üç gece ortaya çıkar; D. En az üç aydır vardır; E. Uyku bozukluğu, uyku uyumak için elverişli bir ortam olmasına karşın ortaya çıkmaktadır; G. Uykusuzluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz; H. Eşzamanlı bulunan ruhsal hastalıklar ve sağlık durumları önde gelen uykusuzluk yakınmasını yeterince açıklamaz" davranış örüntüleriyle tanımlanmıştır (APA, 2013).

Travma kurbanlarının hayal kurma süreci, acılı anıların ve ezici olumsuz duyguların zorla dahil olmasıyla sonuçlanmaktadır. İşlevsel olmayan düşler, travmatik deneyimleri düzeltmek için azaldıkça, sabahları olumsuz ruh hali üzerindeki etkilerini göstermeye devam ederler (akt. Punamäki, 1999). Bu çalışmanın amacı, primer uykusuzluktan muzdarip yetişkinlerdeki çocukluk çağı travmaları ile uyku arasındaki ilişkiyi araştırmak ve uyku öncesi stresin bu ilişki üzerindeki etkisini incelemektir. Primer uykusuzluğu olan 21-55 yaş arası 59 hastaya CTQ uygulanmış ve elde edilen skorlara göre iki gruba (birinci grup orta/şiddetli CTQ, ikinci grup düşük CTQ veya CTQ yok) ayrılmıştır. Katılımcılar, polisomnografik ve aktigrafik uyku parametrelerini kaydetmek için uyku laboratuvarında üst üste üç gece geçirmişlerdir. İkinci veya üçüncü gecede, uykudan hemen önce negatif otobiyografik anıları aktive eden bir stres indüksiyon tekniği uygulanmıştır. Uykusuzluk yaşayan hastaların %46'sı (27 kişi) orta ile şiddetli CTQ bildirmişlerdir. Bu grubun, CTQ raporları düşük olan veya olmayan hastalara kıyasla anlamlı derecede daha fazla uyanma ve daha fazla hareket uyarısı sergilemeleriyle ilişkili bulunmuştur. Aktigrafik veriler, yüksek CTQ grubu için daha fazla uyku bozukluğu ve artmış gece aktivitesi olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarına sahip primer uykusuzluk hastalarının, düşük CTQ raporuna sahip olan veya hiç rapor etmeyen primer uykusuzluk hastalarına kıyasla daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermiştir (Bader vd., 2007).

Organize şiddet ile ilişkili travmatik deneyimlerden sonra çocuklarda uyku bozukluğu sıklıkla bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Orta Doğu'dan yeni gelen mülteci çocuklar arasındaki travmatik risk göstergeleri ile uyku bozukluğu için değişiklik faktörlerini tanımlamaktır. Çalışma grubu, 3-15 yaşları arasındaki 311 mülteci (22 çocuk Lübnanlı, 168'i Iraklı, 32'si İranlı, 13'ü Suriye'li, 75'i Filistinli ve 1 Türk) çocuktan (160 erkek ve 151 kız) oluşmaktadır. Ebeveynleri de, sürgün tarihi, savaşa maruz kalma, çocuklarının sağlığı ve organize şiddet ile insan hakları ihlali hakkında yapılandırılmış bir röportaja katılmıştır. Bulgular, aile içi şiddet öyküsüne (büyükbaba veya büyükannenin çocuğun doğumundan önce

şiddetli ölümü veya ebeveynin işkenceye maruz kalması) ve stresli bir aile durumuna (babanın çocuğu öncekinden daha fazla azarlaması gibi) bağlı olarak ortaya çıkan travmatik deneyimin, çocukların uyku düzenlerini olumsuz etkilediğini göstermiştir. Aynı zamanda uyku bozukluğunun, ebeveynlerin travmatik olaylara maruz kalmasının bir sonucu olarak, bakım için ebeveyn kaynaklarının eksikliği ile de ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, aile ortamının savaş ve diğer organize şiddet ile ilgili travmatik deneyimlerin, çocukların uyku bozukluğunda birincil derecede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Montgomery ve Foldspang, 2001).

Çocukluk çağı travmalar, ergen popülasyonundaki kabuslar ve dissosiyatif deneyimler arasındaki ilişkide kilit rol oynayabilmektedir. Bu çalışma, çocukluk çağı travmaların nedensel rolünün rüya kaygısı ve şiddeti üzerindeki etkisi ile dissosiyatif deneyimlerle ilişkisini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çocukluktaki travmatik olayları rapor etmek üzere 292 lisans öğrencisiyle görüşme yapılmıştır. Katılımcılara, Van Rüya Anksiyete Ölçeği (VDAS) ve Disosiyatif Deneyimler Ölçeği (DES) uygulanmıştır. Kabusların yaygınlığı, %7.5 oranında ‘sıklıkla’ ve %58.2 oranında ‘bazen’ olarak bulunmuştur. Bulgular, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan katılımcıların, daha yüksek DES skorlarına sahip olduğunu göstermiştir. Kabus gören katılımcıların DES skorlarının ise, daha önce hiç kabus bildirmeyenlerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak, kabuslar ve çocukluk çağı travmaları arasında güçlü bir ilişki olduğu, aynı zamanda çocukluk çağı travmaları olan katılımcıların, ayrışmayı travmaları ile başa çıkma stratejisi olarak kullandıkları gösterilmiştir (Agargun vd., 2003).

Agargun ve diğerleri (2002) tarafından gerçekleştirilen diğer bir çalışmanın amacı, dissosiyatif deneyimler ile uyku sırasındaki şiddetli davranış (VBS) ilişkini test etmektir. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'ndeki lisans öğrencilerinden oluşan 253 erkek ve 129 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Uyku sırasındaki şiddetli davranışa sahip olan katılımcılar, çocukluktaki travmatik olayları (özellikle fiziksel ve cinsel istismar) diğerlerine göre daha sık bildirmişlerdir. Bulgular, VBS’li katılımcıların DES skorunun, hiç VBS bildirmeyenlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir. İntihar girişimleri ve kendini yaralama davranışları da diğerlerinden daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Uyku sırasındaki şiddet, çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif deneyimleri arasında da ilişki bulunmuş ve dissosiyatif deneyimlerin sadece gündüz semptomlarıyla değil, aynı zamanda uyku sırasındaki semptomlarla da ilgili olabileceği belirtilmiştir.

Disforik rüya içeriklerinin, travmatik ortamda yaşayan çocuklardaki etkisini göstermek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, 6-15 yaş arası 413 Filistinli çocuk katılmıştır.

Katılımcılar, her sabah hatırladıkları hayallerini kaydettikleri yedi günlük bir rüya günlüğü oluşturmuşlardır. Sonuçlar ilk olarak, akşamdan sabaha kadar ruh hali değişikliğinde (yaş ve cinsiyet farklılığı olmaksızın) genel bir rüya işlevi olduğunu doğrulamıştır. Travmatik ortamda yaşayan çocuklarda, huzurlu alandaki çocuklara göre uyku öncesi olumsuz ruh hali ile disforik rüyalar arasında ve disforik rüyalar ile olumsuz sabah havası arasında daha güçlü bir ilişki olduğu varsayılmıştır ancak hipotezin aksine, travma grubunda; akşam ruh hali ve rüya içerikleri arasında ters bir ilişki (*akşamları korkmuş, öfkeli ve endişeli çocuklar, sabahları daha mutlu rekreasyon rapor ederken; daha mutlu akşam ruh hali içinde olan çocuklar daha fazla tehditkar rüya gördüklerini rapor etmişlerdir*) olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, travma grubundaki çocukların disforik rüyaları ile olumsuz sabah ruh hali arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir (Punamäki, 1999).

Sadeh, Hayden, McGuire, Sachs ve Civita tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, yatarak psikiyatrik tedavi gören çocuklardaki uyku ve diğer somatik problemleri incelemektir. Çalışmaya, E.P. Bradley Hastanesi Çocuk Yataklı Tedavi Birimi'ne sırasıyla gelen 100 çocuk dahil edilmiştir. Katılımcılar, 2.4-13.8 yaşları arasındaki 83 erkek ve 17 kız çocuktan oluşmaktadır. Hastanede yatış süreleri 8 ile 292 (ortalama, 60.4) gün arasında değişmektedir. Çocuklar ve ebeveynler ile ailede çocuk istismarı, madde kullanımı, ayrıca uykuya dalma, gece uyanışı veya *parasomnias* gibi uyku güçlükleri hakkında görüşmeler yapılmıştır. Bulgularda, cinsel istismara uğramış çocukların ebeveynleri (veya diğer birincil bakım verenler), fiziksel istismara uğramış veya istismar edilmemiş çocukların ebeveynlerinden daha fazla parasomni bildirmiştir (1994). Sonuç olarak, travma ve stresin, çocukların uyku düzenleri üzerindeki etkilerinde ilk güçlü izlenim, uykusuzluk sisteminin önemli bir strese yenik düşecek nitelikte savunmasız olmasıdır. Bu izlenim, çeşitli stres kategorileri ile travmatik olayların kısa ve uzun vadeli bir sonucu olarak uyku zorluklarını iki önemli nokta ile açıklamaktadır. (1) Uyku ve rüya görme bozuklukları, stres ve travmanın en yaygın spesifik olmayan sonuçları arasındadır ve deneyime özgü sonuçlarla birlikte mevcuttur. (2) Stres içerikli travmatik deneyimlere (spesifik niteliklerine bakılmaksızın) yanıt olarak artan korkular ile ilgili uyku bozuklukları ve parasomniler (özellikle kabuslar) gerçekleşmekle birlikte, bu tür deneyimlerin ardından gelişmiş veya daha derin uyku da bildirilmektedir (Sadeh, 1996).

2.2.5.10. Yeme bozuklukları

Çocukluk çağı ruhsal travmaları, *anoreksiya nervoza, bulimia nervoza* ve aşırı yeme dahil olmak üzere yeme bozuklukları ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Çocuklukta ihmal

ve/veya istismar edilen kadınlardaki kendi kendine yıkıcı davranışların ve yeme bozukluklarının derinliği, ezici affektif durumları düzenlemeye ve tutarlı bir benlik ile anlam sistemi inşa etmeye yönelik umutsuz girişimler olarak açıklanmaktadır. Bu sebeple aşırı yeme, boşaltma ve açlık, sınırsız açlık metaforları ile ihtiyaçları sonsuza dek durdurma arzusu; hasar görmüş psişik ve fiziksel benliği "arındırma" arzusu ve anlamını geri kazanma beklentisini ifade etmektedir (Rorty ve Yager, 1996). Örneğin, duygusal istismar, duygusal durumları ayırt etme ile duygu ve tokluk ipuçlarına etki ederek yeme bozukluğuna neden olabilmektedir (Messman-Moore ve Garrigus, 2007).

Beslenme ve Yeme Bozuklukları, DSM-V'te; *Pika* (besin olmayan maddeleri yeme), Geri Çıkarma Bozukluğu, Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza olarak kategorize edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile daha çok ilişkili bulunan Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu *"A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemlerini içeren (1) benzer koşullarda ve sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örneğin herhangi iki saatlik bir sürede) yeme, (2) bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örneğin kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu); B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine üçü ya da daha çoğu (1) olağandan çok daha hızlı yeme, (2) rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme, (3) bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme, (4) ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme, (5) daha sonra kendinden tiksinme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma eşlik eder; C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur; D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur; E. Tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır"* tanı kriterleri ile açıklanmaktadır. Anoreksiya Nervoza için; *"A. Gereksinimlere göre erke (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının (olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında) olmasına yol açar; B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma; C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz"* ölçütleri gözlenmelidir. Bulimiya Nervoza ise tıkınırcasına yeme A1 kriterlerinin yanı sıra *"B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar*

söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma, C. Bu tıkınırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üc ay icinde, en az haftada bir kez olmuştur, D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir; E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır" davranış örüntüleriyle karakterizedir (APA, 2013).

Anoreksiya nervoza, kadınların kendi bedenlerine yönelik çarpık zihinsel imgelerini ya da düzensiz düşünme ve davranışlarını yeme alışkanlıklarına yansıttıkları düşünülmektedir. Beden imajı, kadınların bedenleri ve yeme alışkanlıkları ile olan ilişkilerinde yanlış gidebilecek her şeyi sembolize etmektedir. Bu yaklaşımla ilgili sorun, çocukluk çağı travmaları yaşayan kadınların, deneyimlerini dikkate almamaktır. Çünkü çocukluk çağı travmaları, anoreksinin gelişiminde oldukça belirgindir. Bu nedenle, travmadan sonra anoreksiya nervoza gelişen kadınlarda, hangi kavramsal çerçevenin öznel süreçleri etkileyebileceğini araştırmak önemlidir (Malecki, Rhodes ve Ussher, 2018). Bu çalışmanın amacı, yeme bozukluğu hastalarının klinik bir örneğinde depresif deneyimlerin tanısal özgüllüğünü araştırmak ve olumsuz çocukluk deneyimlerinin kişiliğin bu boyutları üzerindeki etkisini yansıtmaktır. Yeme bozuklukları gelişimsel hipotezi, yeme bozukluğu hastalarının hem bağımlılık hem de özeleştirim çizgilerinde yüksek düzeyde psikopatoloji sunacağını ve bu boyutların olumsuz çocukluk deneyimleri ile pozitif korelasyon göstereceğini öngörmektedir. DSM-IV ölçütlerini karşılayan 94 anoreksik ve 61 bulimik hastadan oluşan örneklem ile 236 eşleştirilmiş kontrol grubu, Depresyon Deneyimi Anketi (DEQ), Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve AMDP Yaşam Olayları Envanteri (AMDP-LEI) ile değerlendirilmiştir. Bulgular, anoreksik ve bulimik hastaların, DEQ'nun hem kendi kendini eleştirme hem de bağımlılık alt ölçeklerinden, kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldıklarını göstermiştir. Ayrıca özeleştiri konusunda anoreksik hastalar, bulimik hastalardan, önemli ölçüde daha düşük puan almış ve daha az olumsuz çocukluk deneyimleri rapor etmişlerdir (Speranza vd., 2003).

Yeme bozukluğu ile çocukluk çağı travmalarının birden çok biçimi arasındaki sinerjistik etkiyi göstermeyi amaçlayan bu çalışmaya, 301 üniversiteli kadından dahil edilmiştir. Bulgular, fiziksel istismar, erişkin tecavüzü, şişmanlık korkusu ve bulimik davranışın ilişkili olduğunu göstermiştir. Cinsel istismar ve yetişkin tecavüzü ise, aile uyumu ve ifade gücü ile duygusal durumları ve doygunluğu tanıma güçlükleriyle ilişkili bulunmuştur. Çok sayıda travma bildiren ve tekrar erişkin tecavüzüne maruz kalan bireyler, en yüksek

düzeyde semptom göstermiştir. Yeniden travmatize edilmiş kadınların, istismar olmadan yetişkin tecavüzü veya yetişkin tecavüzü olmadan istismar bildiren kadınlara kıyasla daha yüksek klinik semptom düzeyleri tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, cinsel istismara ek olarak yetişkin tecavüzü ile diğer çocukluk çağı travma türlerinin, yeme patolojisini etkilediğini göstermiştir (Messman-Moore ve Garrigus, 2007).

Kong ve Bernstein (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmalarının belirli formlarının yeme psikopatolojilerini öngörüp öngörmediğini belirlemek ve yeme bozukluğu olan hastalarda, depresyon ile obsesif kompulsif bozukluğun psikolojik belirtilerinin aracılık etkilerini incelemektir. Katılımcılar, Güney Kore'nin Seul kentinde yeme bozukluğu olan 73 hastadan oluşmaktadır. Çocukluk Çağı Travma Anketi, Yeme Bozukluğu Envanteri-2, Beck Depresyon Envanteri ve Maudsley Obsesyon-Kompulsif Envanteri, aracılığıyla veriler toplanmıştır. Bulgular, başta duygusal ve cinsel istismar ile fiziksel ihmal olmak üzere çocukluk çağı travmalarının, klinik popülasyonda yeme psikopatolojisinin anlamlı yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda depresyon, bazı çocukluk çağı travmaları ile yeme psikopatolojisindeki ilişkiye aracılık ederken, obsesif kompulsif bozukluk, bu ilişkiye aracılık etmemiştir.

Çocukluk çağı travmaları ile farklı yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen meta analiz çalışması için elektronik veri tabanlarından Ocak 2014'e kadar olan çalışmalar analiz edilmiş ve uygunluk açısından değerlendirilen 1714 çalışmanın 32'si, (14 bin 169 kişiyi kapsayan) dahil edilmiştir. Anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN) ve tıkınırcasına yeme bozukluğu (BED) olan kişiler ile farklı yeme bozuklukları olmayan bireylerde, fiziksel istismar ve duygusal istismar oranları karşılaştırılmıştır. Bulgular, herhangi bir istismar türü ile farklı yeme bozuklukları arasındaki genel ilişkinin, orta derecede pozitif ve tutarlı olduğunu göstermiştir. Bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu çocukluk istismarı ile ilişkiliyken, anoreksiya nervoza farklı sonuçlar göstermiştir (Caslini vd., 2016).

2.3. Sosyal Destek

Travmatik olaylar, temel insan ilişkilerinde sorunlar yaratarak aile, arkadaşlık, sevgi ve toplum bağlarını kırmakta, başkalarıyla ilişkileri biçimlendiren ve destekleyen *kendilik* (self) yapısını paramparça etmektedir (Herman, 2019, s.63). Bu, travmatik olay sırasında olmakla birlikte, sonrasında kişinin yaşamını devam ettiren işlevlerini ve uyumunu ciddi hasara uğratarak da gerçekleşmektedir. Bu anlamda, kişinin travmatik olaylarla tek başına mücadele etmesi zor olduğundan, aile ve yakın çevreden gelen sosyal destekle tekrar normal

bir hayata başlaması mümkün olabilmektedir (Zara, 2011, s.92). Aynı zamanda psikolojik travmanın merkez deneyimleri, başkalarıyla bağların kopması ve mağduru güçsüzleştirmek üzerine kurulu olduğu için iyileşme de, mağdurun güçlendirilmesi ve yeni bağların oluşturulmasıyla sağlanabilmektedir. Başka insanlarla bağları yenileme sürecinde mağdur, travmatik deneyim tarafından hasar verilen ve deforme edilen psikolojik becerileri yeniden geliştirir (akt. Herman, 2019, s.167). Başkalarıyla kurduğu bu bağ sayesinde ilişkilerini derinleştirerek otonomi hissetme yeteneğini yeniden kazanır ve hayatında daha fazla insiyatif almaya başlayarak kimlik yaratma sürecine yeniden girmeye başlar (Herman, 2019, s.258).

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan, olumlu pekiştirme ve onaylama almamış kişilerin son derece olumsuz bir özerkliğe sahip olmaları ve kendilerini güçsüz olarak görmeleri muhtemeldir (akt. Chu, 1992). Travmatize insan, kendisini tamamiyle terk edilmiş, yalnız, hayatı destekleyen insani ve ilahi koruma ya da bakım sistemlerinin dışına itilmiş hissederken, sonrasında başlayan yabancılaşma ve kopma duygusu, en yakın aile bağlarından en soyut toplum ve din ortaklarına kadar her ilişkiye yayılmayı sürdürmektedir (Herman, 2019, s.64). Bunun sonucunda bireyler, yaşadıkları istismardan (ne kadar şiddetli olursa olsun) sorumlu olduklarına inanarak kendilerini kusurlu olarak görmeye başlarlar (Chu, 1992). Çünkü travma, insanların kendini başka biri ya da hiç gibi hissetmesine neden olmaktadır ve travmanın üstesinden gelebilmek için de, bedeni ve kendiliğiyle yeniden temasa geçmesi gerekmektedir (Van der Kolk, 2019, s.247). Dolayısıyla, travmatik gerçekliği bilinçte tutmak için mağduru onaylayan ve koruyan sosyal bir bağlama ihtiyaç vardır (Herman, 2019, s.11). Bu açıdan travmanın doğasına bağlı olarak tehdit derecesi kadar, travma sonrası aile destek sisteminin sağlanması, pek çok faktörden önemli görünmektedir (akt. Perry, 1994).

Bir problemle başa çıkabilen birine bilişsel ve duygusal yardım olarak tanımlanan pozitif sosyal destek, aktif dinleme, endişeyi dile getirme veya problem çözmeye yardım etme gibi davranışlarla karakterizedir (akt. Evans, Steel, Watkins ve DiLillo, 2014). Başta cinsel istismar olmak üzere çocukluk çağı travmaları yaşayan birinin kendine zarar verme riski oldukça yüksektir ve bu aşamada yoğun olarak sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (Yeo ve Yeo, 1993). Çocuğun suiistimali sonlandırabileceği, destek ve koruma alabileceği duygusu varsa bu, deneyimden kaynaklanan herhangi bir güçsüzlük duygusunu büyük ölçüde hafifletebilmektedir (Finkelhor ve Browne, 1985). Sevilen kişilerle yakın iletişim kurmak, güvenli bir yerde aile ve arkadaşlarla yeniden bir araya gelmek çok önemlidir. Çünkü travma yaşayan insanlar, ilişki bağlamı içinde iyileşmektedir. Aileler, sevilen kişiler, grup etkinlikleri, dini topluluklar ya da profesyonel terapistlerle kurulan bu ilişkinin rolü utanç, azarlanma ya da yargılanma duygularına karşı güven vermek, tolere etmek, yüzleşmek ve

yaşananların gerçekliği sürecini cesaretle karşılayacak fiziksel ve duygusal gücü sağlamaktır (Van der Kolk, 2019, s.210). Bu açıdan bağlanma sistemi, sosyal desteklerin mobilizasyonu ile travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde önemli bir unsurdur (Van der Kolk, 1989; Crevier, Marchand, Nachar ve Guay, 2015). Dolayısıyla, travmatik deneyimlerin yakın kişilerarası ilişkiler üzerinde zararlı bir etkiye sahip olmasına karşılık, güvenli ve samimi bir ilişki oluşturması da birçok hayatta kalan kişiye iyileşme için koşulsuz bir kaynak sağlamaktadır (Leonard vd., 2006).

Travmalara verilen tepkiler konusunda yapılan çeşitli çalışmalar, stres ve travmanın üstesinden gelebilmek için sosyal desteğin en güçlü koruma olduğunu göstermiştir. Sosyal destek, yalnızca başkalarının varlığının olması değil, etrafımızdaki insanların bizi gerçekten görmesi, duyması ve bununla birlikte başkalarının aklında ve kalbinde olduğumuzu hissetmektir (Van der Kolk, 2019, s.79). Tamponlama hipotezi'ne göre, destekleyici sosyal ilişkilerin stresli olaylarla başa çıkmayı arttırdığı ve böylece psikolojik semptomları azalttığı yönünde bir işlevi olduğu belirtilmektedir (akt. Rook, 1984; Cohen ve Wills, 1985). Yeterli olarak algılanan sosyal destek, bireyin stresli olayla ilgili bilişsel deneyimini yeniden şekillendirebilmekte ve potansiyel olarak depresyon da dahil olmak üzere olumsuz reaksiyonlara karşı tampon oluşturabilmektedir (Charuvastra ve Cloitre, 2008). Böylece insanları stresin zararlı etkilerinden koruyarak, destek sağlanmanın ve insan refahını artırmanın etkili bir yolu olarak gerçekçilik statüsüne ulaşmaktadır (Coyne ve DeLongis, 1986). Hatırlanmak, tatmin edilmek (örneğin onay, saygı ve aidiyet) gibi sosyal ihtiyaçları da karşılayan bu statü (akt. Heitzmann ve Kaplan, 1988), sadece destek sağlama arzusundan ziyade olumlu etki ve sosyallik içerdiğinde refaha dönüşmektedir (Rook, 1984). Çünkü sosyal destek, gerçekte alınan yardım veya desteğin algılanabilirliği gibi sosyal ilişkilerin işlevini ve kalitesini de ifade etmektedir. İlişki, etkileşimli bir süreçle birlikte, özgecilik, yükümlülük duygusu ve karşılıklılık algısı içinde gerçekleştirilmektedir (akt. Schwarzer, Knoll ve Rieckmann, 2004). Sosyal desteğin genelleştirilmiş faydalı bir etkisi de, büyük sosyal ağların kişilere düzenli olumlu deneyimler ile toplulukta bir dizi istikrarlı ve sosyal olarak ödüllendirilmiş roller sağlamasıdır. Çünkü bu tür bir destek, kişinin yaşam durumunda öngörülebilirlik, istikrar hissi ve özdeğerin tanınmasına da katkıda bulunmaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Bu açıdan sosyal desteğin rolünü keşfederken, yardımcı kaynakların belirlenmesi oldukça önemlidir (Folger ve Wright, 2013). Temel olarak sosyal destek kaynakları, arkadaşlar, aile, iş arkadaşları, romantik partnerler ile eşlerden oluşmaktadır (Procidano ve Heller, 1983; Herman, 2019, s.11).

2.3.1. Aile ve Arkadaş Desteği

Yıkıcı bir olayın ardından ailenin, mağdur için sosyal destek sistemi olarak merkezi bir rolü vardır (Figley, 1986). Aile üyeleri ve travma mağdurları arasındaki destekleyici etkileşimler, bireye olay boyunca konuşmak ve olanları anlamlandırmak için değerli fırsatlar sağlayabilmektedir (Haden, Scarpa, Jones ve Ollendick, 2007). Aynı zamanda arkadaşlarla ve komşularla sık sık etkileşim halinde olmak, yüksek düzeyde sosyal destek olarak yorumlanmaktadır (Rook, 1984). Klinik açıdan bakıldığında aile ve arkadaşlar, duygusal refahı yönetmek, en uygun fiziksel ve duygusal mesafeyi korumak için gerekli desteği sunabilmektedir (Crevier vd., 2015). Genel olarak, aileden ve arkadaşlardan gelen desteğin travma ile başa çıkma yeteneği üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencilerinin yer aldığı (n=150) bir örneklemde katılımcılar, travma, başa çıkma stilleri, destek ve PTSD semptomlarını tanımlayan soruları tamamlamışlardır. Sonuçlar, algılanan yaralanma derecesinin, PTSD semptom düzeylerini anlamlı olarak yordadığını göstermiştir. Özellikle daha ciddi yaralanma seviyeleri bildiren kişiler, daha fazla arkadaş desteği algıladıklarında veya kişiler arası başa çıkma tarzlarını kullandıklarında daha az şiddetli PTSD belirtileri bildirmişlerdir. Aynı zamanda daha şiddetli algılanan yaralanma, PTSD şiddetini öngörürken, aileden gelen yüksek destek anlamlı olarak daha az semptomlara katkıda bulunmuştur. Bu çalışmada, önceki araştırmalarla tutarlı olarak (Brewin, Andrews ve Valentine, 2000; Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley, 1988; Solomon, Mikulincer ve Avitzur, 1988), (1) yaralanma ve başa çıkma stillerinin, daha şiddetli PTSD öngördüğü ve buna karşılık (2) aileden gelen desteğin PTSD'nin en aza indirilmesine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, travma mağdurlarının bunu sağlayan arkadaşlardan ve ailelerinden destek almaları çok önemlidir (Haden vd., 2007).

Genel olarak, aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek, bireyler için teşvik edici faydalarıyla birlikte çocukluk çağı travmalarına maruz kalanlar için belirli durumlarda olumsuz sonuçlara karşı koruyucu olabilmektedir (Folger ve Wright, 2013). Çünkü aile üyelerinden destek almak sorunların bölünmesine izin vererek ezici yükleri hafifletmektedir (Mikulincer, Florian ve Solomon, 1995). Travmatik anılar hakkında konuşmanın semptomları şiddetlendirebileceği endişesine rağmen, terapötik bir müdahale etkisi yaratabilir. Temel gereklilik, mağdurların deneyimleri hakkında konuşmaları sağlanarak, anlam bulmalarına yardımcı olmaktır (Burnell, Coleman ve Hunt, 2010). Özellikle ailenin ve genel olarak tüm sosyal destek sisteminin PTSD'ye dört ayrı yolla bir panzehir olarak hizmet ettiği öngörülmektedir. Bunlar; semptomları tespit etmek, problemle yüzleşmek, travmatik olayları

yeniden özetlemek ve olaylarla ilişkili travmaya neden olan çatışmaları çözmektir (akt. Figley, 1986).

Özellikle bir veya daha fazla aile üyesinin, travmatik bir olaya katlanan ve aileye geri dönen üyedeki duygusal rahatsızlığı tespit edebilmesi için mükemmel bir fırsat vardır. Bir problemi tespit etmenin yanı sıra, aile üyeleri mağdurun problemle yüzleşmesine yardımcı olmak ve teşvik etmek için kilit bir konumdadır. Düzenli olarak ve sınırsız çeşitlilikte, aile üyeleri birbirleriyle yüzleşmeye yardımcı olarak bir sorunla başa çıkmaya teşvik ederler. Ailelerin, travmatik tepkilerini azaltma veya hafifletme ile sonuçlanan sosyal destek sağlamaları için diğer bir yol, travmatik olayları yeniden gözden geçirmelerine yardımcı olmaktır. Aile üyeleri, mağdurun olayları daha net bir şekilde görüntülemesini ve PTSD'nin diğer karakteristik belirtileriyle ilişkili görüşleri düzeltmede faydalı olabilecek ek bilgileri hatırlamasını sağlayabilmektedir. En önemlisi, rahatsız edici deneyimler hakkında konuşmaya teşvik ederek (a) anlayışları açıklığa kavuşturmayı, (b) çarpıtmaları düzeltmeyi, (c) olay hakkında yeni ve daha doğru bakış açıları sunmayı veya desteklemeyi sağlamaktadır. Böylece, mağdur daha önce felaket senaryolarını içeren *"bana ne oldu, nasıl oldu, neden ben, neden benim gibi davrandım, başka bir felakette ne yapacağım?"* gibi tüm sorularına bu süreçte cevap bulmuş olacaktır. Bu açıdan aile, travma geçirmiş üyesinin son derece stresli deneyimlerini aşmasına yardımcı olmada son derece etkilidir (Figley, 1986).

Runtz ve Schallow (1997), çocukluk çağında özellikle ebeveyn desteğinin alakalı olabileceğini, ancak akran veya arkadaş desteğinin yetişkinlikte daha önemli hale gelebileceğini belirtmiştir. İstismar yaşayan bir yetişkin örneğinde, depresyon gelişmesine karşılık aile desteğinin tampon olmadığı, ancak algılanan arkadaş desteğinin daha koruyucu olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının büyük bir kısmının aile içinde yaşanmasından dolayı, bireyin yetişkinlikte aile desteği konusundaki öznel algısı, çocukluktaki istismar veya ihmal anılarından etkilenebilmektedir. Bu sebeple, algılanan aile desteği ile çocuk içindeki aile içi deneyimler arasındaki bağlantı, aile desteğinin çocuk istismarı mağdurlarının yetişkinlerinde bir tampon görevi olup olmayacağı üzerinde belirli bir etkisi bulunmaktadır (Powers, Ressler ve Bradley, 2009). Sonuç olarak, mağdur ile çatışmaları ve travmatik anıları üzerinde etkili bir şekilde çalışmadan önce aileyi dahil etmek, ilerlemeyi baltalayacak ya da en azından yavaşlatarak mağdurun tüm aile içinde hasta olarak algılanmasına neden olacaktır. Buna karşılık, özel stres faktörlerini ve bunların nasıl yönetileceğini keşfetmek için eşleri (ve nadir durumlarda, büyük çocukları) tek tek veya gruplar halinde görmek ve hazır olduğunda da tüm aile ilişkisini (birlikte tedavi) dahil etmek daha uygun olacaktır. İlk olarak (1) travmanın ve içinde bulunduğu aile sorunlarının, her bir

aile üyesini nasıl etkilediğini belirlenmeye çalışılır; (2) aile üyelerinin, travmanın acil ve uzun vadeli sonuçları hakkında herhangi bir anlayışa sahip olup olmadıkları belirlenmeye çalışılır ve (3) aile üyelerinin davranışları, zorluklar karşısında nasıl güçlendirebilir veya artırılabilir, buna odaklanarak yeni stratejiler, yeni beceriler veya her ikisi yoluyla en iyi nasıl başa çıkılacağı saptanır (Figley, 1986).

2.3.2. Profesyonel Destek

Travma yaşamak yalnızca geçmişe sıkışıp kalmak değildir, aynı zamanda şimdiki anda, tam olarak yaşamını sürdürememe problemidir (Van der Kolk, 2019, s.221). Duyguları kabul etmekten kaçınmak, harekete geçmeyi engellemektedir (Van der Kolk, 1989). Travmatik anılarla çalışmaya yönelik terapötik müdahalelerin repertuarı, yaratıcı ve kaynak odaklı tekniklerle yürütülmektedir. Bu amaçla *Psikodinamik* yaklaşım, PTSD'de tipik olarak çocukluk çağı travmalarıyla ilgili olarak, özellikle duygu ve kişilerarası düzenleme alanında bulunan yüksek komorbiditeyi ve büyük ölçüde ego-işlev bozukluğunu dikkate alarak, *hipnoterapötik ve çözelti odaklı psikoterapötik* yaklaşımlardan yararlanmaktadır. Bu bütünleştirici yaklaşımın dört temel ilkesi bulunmaktadır. (1) Psikodinamik ilişki yönelimi, semptomların değiştirilmesiyle birlikte kişilerarası ilişkileri de amaçlayarak terapötik ittifakın güçlü bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadır. (2) Ego psikolojisi açısından, iç kaynakların etkinleştirilmesine, hastaların uzmanlaşma ve baş etme yetkinliklerinin artırılmasına yardımcı olmaktadır. Psikodinamik nesne ilişkileri teorisi açısından pozitif içselleştirilmiş nesne ilişkilerini aktive etme yeteneğini geri yükleme süreci olarak anlaşılabilir. Bu, olumlu ilişki deneyimlerinin anılarını uyandırarak veya olumlu deneyimlerin fantezilerini uyararak başarılabilir. Travma, hastaların pozitif içselleştirilmiş nesne ilişkilerine ve ilgili olumlu duygulara erişimini engellediğinden, yaklaşım travmatize olan hastalarda psikolojik bir iyilik halini çağrıştırmayı amaçlamaktadır. (3) Nörobiyolojik yönelim, duygu düzenlemesini iyileştirmek ve işlevsiz hatıraları işlemek için travmaya özgü teknikler ekleyerek PTSD hastalarının duygu düzenleme ve bozulmuş bilgi işlem kapasitesini dikkate almaktadır. (4) Her zaman yaklaşmakta olan dolaylı travmatizasyon ve profesyonel tükenmişlik tehlikesi nedeniyle terapistlerin refahı ve zihinsel sağlığı üzerinde durmaktadır (akt. Wöller, Leichsenring, Leweke ve Kruse, 2012).

Travmatik olayın yaşandığı sırada bireyin yoğun anksiyeteye maruz kalması, olayın beyin tarafından olması gereken şekilde işlenememesine ve uygun şekilde işlenemeyen anının zaman içinde bireyi rahatsız etmesine neden olmaktadır. Francine Shapiro tarafından geliştirilen ve PTSD tedavisinde kullanılan *Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden*

*İşleme (*EMDR) *Modeli'*nde iki yönlü göz uyarımları aracılığıyla beynin iki yarısı da aktive edilmekte ve travmatik anının yeniden sağlıklı bir şekilde işlenmesi sağlanmaktadır (akt. Yaşar, Altunbaş, Abamor, Eroğlu ve Yaşar, 2017). EMDR terapisi, PTSD başta olmak üzere birçok ruhsal bozuklukta kullanılabilmektedir. EMDR terapide, terapist tarafından gerçekleştirilen göz hareketleri ile iki yönlü uyarım sağlanmaktadır ve bu aşamada hasta travmatik yaşantının içsel temsilcisine odaklanırken, terapistin iki yönde hareket eden elini gözleriyle takip etmeyi sürdürmektedir. Bu şekilde verilen ikili dikkat uyarı setleri, sıkıntı azalıp ya da tamamen ortadan kalkıncaya kadar devam ettirilmektedir (Alıcı, Kapucu ve Kaya, 2016). EMDR yöntemi sonucunda, birey için duygusal yoğunluğu fazla olan travmatik anı canlılığını kaybederek, travmanın eski duyarlılığı kaybolmaktadır (Sprang, 2001).

Bireyin sosyolojik yönleri ile kişisel özellikleri arasındaki bağlantılar, travmatik yaşantılar neticesinde belirsizleştiğinde, normal bir bütünlük ve denge içerisinde olan sosyolojik kendilik ile psikolojik kendilik arasındaki iş birliği bozulmakta, iki sistemin birbirinden ayrı olarak çalışmaya başlaması durumunda da bireyin hem iç hem de dış pusulalarını yitirdiği savunulmaktadır. *Kendiliğin Fonksiyonel (İşlevsel) Bölünmesi Modeli,* ilk olarak, sosyolojik ve psikolojik kendilik ayrımına odaklanmaktadır. Kendiliğin işlevsel bölünmesi modelini temel alan bu psikoterapinin amacı, sosyolojik kendiliğin küçülmesini, psikolojik kendiliğin gelişmesini ve travmatik kendiliğin özgün yerine geri dönmesini sağlamaktır. Çünkü ruhsal travma neticesinde, sosyolojik ve psikolojik kendilikler arasında meydana gelen dengesizliklerin moderatörün ikincil olarak aşırı yüklenmesine ve kimi zamanlarda da devre dışı kalmasına neden olduğu ve bu durumun da klinik krizlere yol açtığı vurgulanmaktadır (Öztürk, 2017, s.59; Şar ve Öztürk, 2007; Akcan ve Öztürk, 2018; Öztürk, 2020, s.267). Bu aşamada ise, ilk olarak travmatik kendiliğin dirençlerinin (depresyon, travmatik obsesyonlar, kişilerarası karşılıklılığın bozulması) üzerinde çalışılması gerektiği belirtilmektedir (Akcan ve Öztürk, 2018).

Psikoterapi yöntemlerinden birisi de Colin A. Ross (2009) tarafından geliştirilmiş olan *Travma Model Terapi*'dir (Ayhan ve Öztürk, 2019). Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DID)'na özgü olan *Travma Merkezli Alyans Model Terapi* (TMAMT), Öztürk tarafından geliştirilmiş olup özellikle DID'in entegrasyon ve tedavi süresini kısaltmak amacıyla yapılandırılmış olsa da, ilk görevi travmatize bireye en üst düzeyde klinik rehberlik ederek travmalarını nötralize etmesini sağlamak ve orijinal doğası korunan kimliğin her iletişim öğesiyle alyansını (terapötik ittifakını, psikolojik tamirini ve yeniden inşaasını) psikotravmatolojik bir tedavi yöntemiyle en kısa sürede yeniden gerçekleştirmektir (Öztürk, 2017, s.62; Öztürk, 2018b; Öztürk, 2020, s.330-331). Bu modelde istismarcıya bağlanma ve kontrol odağından kayma,

travmaya maruz kalan çocuk tarafından kullanılan iki temel hayatta kalma stratejisi olarak kabul edilmektedir. Bu stratejiler üzerine Travma Merkezli Alyans Model Terapi ilk evre, orta evre ve geç evre olmak üzere üç iyileşme evresi olarak yapılandırılmıştır. Bu yapılanma doğrusal değildir, süreç içinde akışkan bir yapılanma bulunmaktadır. İlk evrede, travma terapisinin temel ilkeleri olan istismarcıya bağlanma sorunu ve kurban-kurtarıcı-istismarcı üçgeni çalışılmaktadır. Bu evrenin ilk amacı *terapötik alyans* kurmaktır. Ross'a göre terapotik alyans, uyum, gerçek empati, koşulsuz olumlu ilgi ile beraber açık kurallar, sınırlar ve limitler koyulmasıdır. Orta evre, iyileşme için asıl çok çalışılan süreçtir. İç iletişim ve iş birliği konusundaki çalışmalar bu evrede çoğu seansın düzenli olarak odak noktası olmaktadır. Travmaya yönelik hafızanın entegrasyonu ile geçmişle yüzleşme, geçmişi sahiplenme ve geçmişe hakim olma gibi acı verici çalışmalar başlar. Bu evre yıllar sürse de birçok semptom azalması görülür. Dışavurum durur, aktif PTSD semptomları azalır, bağımlılıkların çoğu kontrol altına alınır, yatılı tedavi ihtiyacı yok olmaya başlar ve bu sürecin sonunda tamamen ortadan kalkar. Bu evrenin ilerleyen aşamalarında kazanımlar danışan ve yakınları tarafından fark edilmesi ile terapiye olan inanç artar. Geç evre sağlamlaştırma, orta evrenin çalışmalarını tamamlama ve bugün ve geleceği çalışma konularını kapsar. Daha olgun ve sağlıklı savunmalar ve ilişkiler inşa etmek ve sürdürmek, yeni yaşam becerileri geliştirmek, *travma mağduru yerine sıradan insan* kimliğini öğrenmek, bu evrenin temel hedeflerini oluşturmaktadır (akt. Ayhan ve Öztürk, 2019; Öztürk, 2020, s.340-348).

Çocukluk çağı travmaları ile ilişkili artan olgular, klinisyenleri zaman zaman kısa süreli tedavi modellerine de yönlendirebilmektedir. Bu amaçla Judith A. Cohen ve diğerleri tarafından, bir *Bilişsel Davranışçı Tedavi* (BDT) modeli olan '*Travma Odaklı BDT*' geliştirilmiştir. Travma Odaklı BDT'de oturumlar temelde çocuk ve aile ile bireysel olarak yürütülmekte, daha sonrasında görüşmeler bir araya getirilmektedir. Bu tedavi modeli yaklaşık 10-16 oturumdan oluşmakta, kısa süreli ve kolay uygulanabilir aşamalarla gerçekleştirilmektedir. Bu model, ruhsal eğitim ve anne/babalık becerileri, gevşeme çalışmaları, duygusal dışa vurum ve düzenleme, bilişsel başa çıkma beceri çalışmaları ile travmayı öyküleme ve travmatik deneyim sürecinin değerlendirilmesi, travma anımsatıcılarına yönelik alıştırma, çocuk ve anne/baba oturumlarının birleştirilmesi, çocuğa kendini koruma becerileri kazandırmaya yönelik bilgilendirme ve planlamanın yapıldığı kapanış basamaklarından oluşmaktadır. Aynı zamanda bu tedavi modeli, çocuğun ve ailenin gereksinmelerine göre şekillendirilebilmekte ve geliştirilebilmektedir (akt. Karakaya, 2014).

Sensorimotor Psikoterapi, travmaya asimile edilmemiş sensorimotor reaksiyonların işlenmesini kolaylaştırmak ve bu reaksiyonların bilişsel ve duygusal deneyim üzerindeki yıkıcı

etkilerini çözmek için kullanılan bir yöntemdir. Bu sensorimotor reaksiyonlar, otonom sinir sistemi üzerindeki uyarılma ve vücuttaki bir dinlenme veya tatmin noktasına çözüm bulmaya yönelik yönlendirme ve savunma tepkilerini içeren, ardışık fiziksel ve duyusal kalıplardan oluşmaktadır. Travmatik bir olay sırasında, yanıtların tatmin edici bir şekilde çözülmesi başarılı bir şekilde savaşarak veya kaçarak gerçekleştirilmesiyle mümkün görünmektedir (Ogden ve Minton, 2000). Devam eden fizyolojik hiperarousal ve değişen stres hormonu salgısı, duyusal uyaranların devam eden değerlendirmesini etkilemektedir. Bellek normalde aktif ve yapıcı bir süreç olmasına rağmen, PTSD'de bildirici belleğin başarısızlığı travmanın değişime nispeten geçirimsiz olan somatosensoriyel düzeyde (görsel görüntüler veya fiziksel duyumlar olarak) düzenlenmesine yol açabilir (Van der Kolk, 1994). Bu etkilere karşılık sensorimotor psikoterapi, genellikle şok ve ilişkisel olmayan travmalarda olduğu gibi, sensorimotor reaksiyonlarını düzenlemek için gerektiğinde sensorimotor, bilişsel ve duygusal işlemeyi teşvik etmektedir. Sensorimotor psikoterapinin ilişkisel konular üzerinde çalışmak ve kendi kendini düzenlemeyi teşvik etmek için terapötik etkileşimi kullanımı, ilişkisel travmanın çözümlenmesinde çok etkili olabilmektedir. Bu nedenle, sensorimotor psikoterapi, ilişkisel travmanın yanı sıra şok ve ilişkisel olmayan travmanın tedavisine de katkıda bulunmaktadır (Ogden ve Minton, 2000).

2.3.3. Eş Desteği

Sağlıklı bir aile yapısının olduğu ortamlarda birbirine karşı destekleyici davranan eşler, hem kendi ruh ve beden sağlıklarını koruyarak aile içi çatışmalarla baş edebilmeyi hem de çocuklarına karşı daha destekleyici olabilmeyi sağlamak açısından oldukça önemlidir (Yıldırım, 2004). *Eş desteği,* sosyo-duygusal olarak bir eş tarafından diğerine sağlanan, önemsenildiğini ve sevildiğini hissettiren, saygın ve değerli olduğuna inandıran, bir iletişim ve yükümlülük ağıdır (akt. Shehan, 1987). Aynı zamanda sosyal destek evlilik ilişkisinde, eşlerin birbirlerine sağladıkları destekleyici davranışlar (sağlanan destek) olarak tanımlanabilirken, bireylerin evlilik ilişkisinde eşlerinin destek sağlayıcılar olarak hazır bulunma durumlarına yönelik algıları (algılanan destek) olarak da açıklanmaktadır (akt. Günsel, 2013). Şefkatli, destekleyici bir eş veya sırdaş, sık sık stresli çatışmalarının olduğu bir eşi tedavi edebilmektedir (Heitzmann ve Kaplan, 1988). Çünkü eş, genellikle mağdur için travmatik bir olaydan sonra ana destek kaynağı haline gelebilmektedir (Billette vd., 2008; Primomo, Yates ve Woods, 1990).

Evli bireylerin eşlerinden algıladıkları desteğin dört boyutu bulunmaktadır. (1) *Duygusal destek*, bireyin sevilme, değerli olduğunu hissetme, ilgi ve anlayış görme, korunma,

özen gösterilme gibi ihtiyaçlarının karşılandığını hissettiği destek boyutunu ifade etmektedir (Cohen ve Wills, 1985). (2) *Takdir desteği*, bireyin sorunlarının ve kusurlarının olduğu gibi kabul edildiğinin ve saygı duyulduğunun belirtildiği, başkaları tarafından kişiye özgüvenini geliştirici yaklaşımda bulunulduğu, kişinin kendini değerli ve yeterli hissettiği destek boyutunu açıklamaktadır (Berkman, Glass, Brissette ve Seeman, 2000; House, Umberson ve Landis, 1988). (3) *Maddi destek*, bireyin maddi ihtiyaçlarını karşılayabileceği, bakımı ve eğitimiyle ilgili somut yardımları alabileceği destektir. Buna ek olarak bilgi boyutu, kişinin yetersiz kalmasına karşılık rehberlik ve danışma ihtiyacının karşılandığı, kararlar alma aşamasında bilgi verme, önerilerde bulunma gibi yardım sağlayıcı destektir (Berkman vd., 2000). (4) *Sosyal beraberlik desteği*, bireyin boş zamanlarında eğlenceli aktivelere katılmasına, rahatlamasına, sosyal ilişkiler kurmasına fırsat sunarak kişinin destek sağlayıcılarıyla birlikte olmasına imkan verildiği destek boyutudur (Cohen ve Wills, 1985; Berkman vd., 2000).

Levenson ve diğerleri (1993), eşlerin fiziksel ve psikolojik sağlığının, eşlerden daha çok evlilik memnuniyetine bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Bu açıdan eşlerin evlilik memnuniyeti ve sosyal destek arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Eşler için oldukça önemli olan duygusal destekleyici davranışlar, eşlerin evlilik ve yaşam doyumları ile doğrudan bağlantılıdır (Acitelli ve Antonucci, 1994). Doyumlu bir evlilik ise, çiftlerin evlilik yaşantısında kendilerini mutlu hissetmeleri olarak tanımlanmaktadır (Hawkins, 1968). Evlilikte algılanan rol desteği arttıkça, cinsiyete veya uyum düzeyine bakılmaksızın evlilik memnuniyetinin de arttığı vurgulanmaktadır (Baldwin, Ellis ve Baldwin, 1999). Crevier ve diğerleri (2015) de, PTSD ile evlilik uyumu arasında negatif bir ilişki olduğunu belirterek, iyi bir evlilik uyumuna sahip eşlerin daha dikkatli bir yaklaşım, problemlere dahil olma, zorlukları daha fazla tanımlama, daha fazla doğrulama ve tartışma sırasında daha az geri çekilme eğiliminde olduklarını ve dolayısıyla da iyi evlilik uyumunun, ortaklardaki daha destekleyici davranışlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Dolayısıyla, eş desteği yalnızca kişisel doyumu ya da evlilik doyumunu desteklememekte aynı zamanda eşlerin travmatik durumları atlatmalarında da önemli bir etkiye sahip olmaktadır (Çağ, 2011).

Burke ve Weir (1982)'e göre bireylerin, sorunlarla karşılaştıklarında, yardım için eşlerine dönmeleri muhtemeldir ve karşılıklı olarak eşler, sorunları dinlemek ve zorlukları tartışmak için istekli olarak birbirlerine duygusal destek sunabilmektedirler. Skinner (1982) duygusal desteği açık iletişim, empati ve diğerinin duygularına duyarlılık olarak tanımlamıştır (akt. Goff vd., 1997). Bu açıdan bakıldığında eş desteği, stresle başa çıkmada, fiziksel ve psikolojik stresi azaltmada en etkili ve yarar sağlayan destek türüdür. Stres tampon modeline

göre, birey eşiyle olumlu bir ilişki içinde olduğunda, bu ilişki kişiyi stresli durumlardan korumaktadır. Bu nedenle, evlilikte eş desteği duygusal ve fiziksel iyi oluşta çok büyük bir rol oynamaktadır (akt. Çağ, 2011). Aynı zamanda evlilik yakınlığı, ikincil travmatizasyon sürecini çeşitli şekillerde azaltabilmektedir. Bilişsel düzeyde, samimi bir ilişki, eşlerin aile içindeki rollerini ve sorumluluklarını yeniden tanımlamasına yardımcı olabilir. Kadınların sorunları ve şüpheleri hakkında özgürce konuşabilmeleri, kendilerinden ne beklendiğini anlamalarına ve hayatlarını yeni rollere göre planlamalarına yardımcı olabilmekte; duygusal düzeyde, samimi bir ilişki, mevcut zorlukları ne olursa olsun onlara ihtiyaç duyulduğunu, değer verildiğini ve saygı duyulduğunu garanti ederek eşlerin kaygısını ve düşmanlığını azaltabilmektedir (Mikulincer vd., 1995). Dolayısıyla evli bireylerin birbirleriyle destekleyici iletişim kurmaları, duygusal boyutta destek sağladıklarının bir göstergesidir ve eşlerin birbirleriyle olan duygusal bağlarının geliştirilmesi için oldukça önemlidir. Böylece stres yaratan yaşam olayları karşısında hem bireylerin yalnızlık duyguları hem de depresif belirtiler gösterme olasılıkları azalmaktadır (Cutrona, 1996; akt. Chambers, 2008). Sonuç olarak eşlerin destekleyici bir tutumla karşılaşması, olumsuz yaşantılarla karşılaşan bireylerin stresli durumlarla daha kolay baş edebilmesini sağlamaktadır (Chambers, 2008).

Mutlu bir evliliğe sahip kişiler genellikle evli olmayanlara göre çok sayıda psikolojik ve sosyal avantajlara sahiplerdir (Coyne ve DeLongis, 1986). Yakın romantik ilişkilerde destek alma ve destek verme üç ardışık aşamada tanımlanmıştır. İlk aşamada, potansiyel destek sağlayıcılar (eş), bazı problemler algıladıkları zaman desteği bir yanıt olarak tercih etmektedirler. İkinci aşamada, desteğin hangi formda alınması gerektiğini belirlemektedir (akt. Gardner ve Cutrona, 2004). Bu aşamada potansiyel destek sağlayıcı, destek arayanın ihtiyacı kapsamında uygun olan destek türü konusunda ve başarılı olabilecek destek konusunda görüşlerde bulunmaktadır. Son olarak üçüncü aşamada, ikinci aşamada oluşan analizlerle gerçek desteğin, destek arayana sağlanıp sağlanamadığı belirlenmektedir. Başlangıçtaki bu destek işlemlerinin aşamaları gerçek desteğin başarılı ya da başarısız oluşunu önemli derecede etkilemektedir (Gardner ve Cutrona, 2004). Bunlara ek olarak destek veren ve desteği alan kişi arasındaki iletişimin işlevsel olması desteğin faydalı olmasını sağlamaktadır. Destek verdiğini düşünen bir eşe rağmen, karşı taraf desteği algılayamıyorsa, gerçekten beklenen veya istenen desteğin verilmediği düşüncesine yol açmakta; bu da eşlerden birinin, diğer eşin ne istediğini, neye ihtiyacı olduğunu kestirememesine neden olmaktadır. Dolayısıyla bu üç aşama eşler arasında etkin olduğunda hem eşlerin verdikleri destek fayda sağlayacak, hem de alıcı eş tarafından algılanan destek işe yarar ve gerçekçi bir destek olacaktır (Çağ, 2011).

Eşlerin amaçlanan destekleyici eylemleri, yarar sağlayabildiği gibi yetersiz de olabilmektedir (Hagedoorn vd., 2000). Olumlu destek, güvenlik endişelerini zorlayan, dolayısıyla algılanan tehdidi ve ilgili sıkıntıları azaltan düzeltici bir deneyim sağlayabilmektedir ancak sürekli olarak bir eş ile etkileşimi geçersiz kılmak, olumsuz kendi görüşlerinin ve tehdit algısının artmasına katkıda bulunabilmektedir (Evans vd., 2014). Cinsel saldırı gibi travmatik bir olaydan sonra, eş desteğinden yoksun olma mağdurların durumu üzerinde olumsuz bir etkiye neden olabilmektedir. Ancak eşten alınan desteğe ilişkin memnuniyet artışı, iyileşmenin ilerlemesine ve ilişkide pozitif değişime katkı sağlamaktadır (Billette vd., 2008).

Travma sonrası iyileşme sürecinde erkekler, eş desteğinin önemini vurgulasa da, eş desteğinin kadınların iyileşmesinde rol oynayamayacağı belirtilmektedir. Bir bütün olarak ele alındığında, geçmiş ve şimdiki bulgular aileden ve arkadaşlardan gelen desteğin kadınların refahı için eş desteğinden daha önemli olabileceğini göstermektedir (Evans vd., 2004). Benzer bulgularla Carlson ve diğerleri (2002), çocuk çağı travmaları ile yakın zamanda veya geçmiş kişilerarası şiddet yaşayan kadınların eşlerinden destek alma olasılığının daha düşük olduğunu, ancak daha fazla destek aldıklarında daha düşük depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Kadınlar eşlerine destek sağlarken daha çok eşlerinin kişisel özelliklerini göz önünde bulundurmakta, erkekler ise kendi kişisel inançlarını ve tercihlerini göz önünde bulundurmaktadır (akt. Çağ, 2011). Bir başka çalışmada erkekler eşlerinden daha çok duygusal boyutta destek beklerken, kadınlar ise ilişkileri dışında kariyerleriyle ilgili amaç boyutunda desteğe ihtiyaç duymaktadır (Chambers, 2008). Sonuçlar, evlilik içindeki sosyal destek algılarının eşlerin genel refahıyla daha güçlü ilişkili olduğu hipotezini açıkça desteklemektedir. Eşler için bu algıların, kendilerinin refahında ve evlilik ilişkilerinde karşılıklı olarak etkili olduğu görülmektedir (Acitelli ve Antonucci, 1994).

2.3.3.1. Eş desteği ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ilişkisi

Evlilik bağlamında sosyal desteğin, evlilik çatışmasına, travmalar ve yaşam stresörlerinin zararlı etkilerine karşı tampon oluşturduğunu gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır (Gable, Gonzaga ve Strachman, 2006; Pasch ve Bradbury, 1998; Verhofstadt ve diğerleri, 2007). Eş desteği, çiftlerin kişisel zorluklarıyla başa çıkmalarında birbirlerine nasıl yardım ettiklerini anlamak için keşfedilmemiş ancak potansiyel olarak oldukça önemli bir alandır (Pasch ve Bradbury, 1998). Bununla birlikte bugüne kadar hiçbir çalışma, çocukluk çağı travmalarının kişiler arası sonuçlarına karşı tamponlamada, gözlemsel olarak ölçülen (yani, alınan) eş desteğini doğrudan incelememiştir (Evans, 2010).

Çocukluk çağı travmaları olan genç erişkinlerdeki esnekliğin bireysel, ailevi ve çevresel faktörlerini incelemek için gerçekleştirilen çalışmaya, 1967-1971 yılları arasındaki belgelenmiş fiziksel ve cinsel istismar ile ihmal vakaları (n=676) ve 1995 yılına kadar olan resmi kayıtlar, nüfus sayımı verileri, psikiyatrik değerlendirmeler ve öz raporlardan elde edilen veriler dahil edilmiştir. Bulgular, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ergenlik çağındaki çocukların %48'inin ve genç erişkinliktekilerin neredeyse üçte birinin direnç gösterdiğini rapor etmiştir. Bununla birlikte kadınların her iki dönemde de dirençli olmaları daha olası görülmüştür. Ergenlikte dirençli olanların yarısından fazlası genç erişkinlikte dirençli kalırken, dirençli olmayan ergenlerin %11'i genç erişkinlikte esneklik göstermiştir. Buna karşılık stresli yaşam olaylarının sayısı, esneklik ile olumsuz ilişkili bulunmuştur. Stresli yaşam olaylarıyla baş etmede destekleyici bir eşin varlığı, genç yetişkinlikte dayanıklılığı arttırmıştır (Dumont vd., 2007).

Evans ve diğerleri (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, fiziksel istismar ile yakın partner şiddetine maruz kalma arasındaki ilişkilerin potansiyel moderatörü açısından bir eşten gelen olumlu ve olumsuz sosyal desteğin etkisi incelenmiştir. Bir eşten alınan pozitif sosyal desteğin travma semptomları üzerinde tamponlayıcı bir etkisi olacağı gibi, eşlerden gelen negatif sosyal desteğin de güçlü bir etkisi olacağı varsayılmıştır. 193 yeni evli çiftten (n=386) oluşan katılımcılar, çocukluk çağı travmaları ve travma semptomlarının doğası ile şiddetini ölçen anketleri doldurmuşlar ve eşleriyle kişisel bir sorunu tartıştıkları kısa bir video kaydı görevi üstlenmişlerdir. Kaydedilen video görevi sırasında, sergilenen olumlu ve olumsuz destek davranışları kodlanmıştır. İkili veri analizi sonuçları, fiziksel istismar yaşamayan erkeklerin, alınan pozitif eş desteği, erkeklerin partner şiddeti ile travma semptomları arasındaki ilişki üzerinde tamponlama etkisi yaratmıştır. Buna karşılık partner şiddeti yaşamayan erkeklerin, yaşadıkları fiziksel istismar ile aldıkları pozitif eş desteği arasındaki böyle bir tamponlama etkileşimi önemli derecede görülmemiştir. Bununla birlikte, fiziksel istismarın şiddeti arttıkça, bu tamponlama etkisi azalmıştır. Aynı zamanda kadınların travma semptomlarını öngörmede hiçbir faktör veya partner etkisi anlamlı bulunamamıştır. Sonuçlar eş desteğinin, fiziksel istismar ile erkeklerdeki yetişkin travma belirtileri arasındaki ilişkide önemli ölçüde rol oynadığını göstermektedir.

Çocukluk çağı travmaları olan yeni evli 199 katılımcı, CAMI (Bilgisayar Destekli Kötü Muamele Envanteri) ile bir veya daha fazla sayıda olan travmatik deneyimlerini rapor etmişlerdir. Katılımcılardan 57 (%29.5) kadın ve 10 (%5.2) erkek cinsel istismar, 55 (%28.5) kadın ve 85 (%44) erkek fiziksel istismar, 26 (%13.5) kadın ve 32 (%16.6) erkek duygusal istismar ile 20 (%10.4) kadın ve 36 (%18.7) erkek ihmal bildiriminde bulunmuştur. Bu

örneklemdeki kadınlar, erkeklerden daha şiddetli cinsel istismar bildirirken, erkekler daha şiddetli fiziksel istismar yaşadıklarını rapor etmişlerdir. Çocuk çağı travmaları ile eş desteği arasındaki ilişkide, sadece cinsel istismar şiddeti ile olumlu ve olumsuz eş desteği arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna karşılık, bir erkek eşten alınan olumsuz destek, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal şiddeti ile artan travma semptomatolojisini önemli ölçüde yordamıştır. Sonuç olarak, travma semptomatolojisinin bir yordayıcısı olan eş desteğin kalitesi, kadınlar için toplam veya spesifik travma semptomatolojisinde öngörülmemişken, erkekler arasındaki pozitif eş desteği, işlevsiz cinsel davranışın azaldığını tahmin etmiş, ancak herhangi bir travma semptomatolojisindeki değişiklikleri öngörmemiştir (Evans, 2010).

Çocukluk çağı travma semptomatoloji ile evlilik kalite arasındaki ilişkide, farklı çocukluk çağı travmalarına karşılık benzer yaşama sahip eşleri karşılaştırmıştır. Örneklem iki gruptan oluşturulmuştur. Grup 1 (20 erkek ve 23 kadın), kendilerinin ve eşlerinin, yabancılar tarafından cinsel istismara uğradığını bildiren soykırım mağdurlarından oluşmaktadır. Grup 2, bir ebeveynin ölümü veya okulda sosyal ret gibi farklı çocukluk travmalarıyla birlikte cinsel istismardan kurtulanlardan (20 erkek ve 24 kadın) oluşmaktadır. Bulgular, geçmiş travmatik deneyimlerini eşleriyle paylaşan hayatta kalanların (grup 1), farklı travmatik deneyimleri sahip partnerlerle evlenen hayatta kalanlar (grup 2) ile karşılaştırıldığında, daha yüksek PTSD, anksiyete, depresyon, somatizasyon, fobik kaygı ve düşmanlık seviyelerine sahip olduklarını göstermiştir. Aynı zamanda eşleriyle benzer travmatik olaylar yaşayan kurtulanlar (grup 1), eşleri farklı travmatik olaylar yaşayan kurtulanlara göre daha yüksek evlilik memnuniyeti (partnere uyum ve davranışlarından memnun olma, iletişim, çatışma çözme, evlilik ilişkisindeki potansiyel sorunları ve güçlü yanları değerlendirme, finansal yönetim, boş zaman etkinlikleri, cinsel ilişki, çocuk yetiştirme kararları ve rollerin nasıl tanımlandığı konusunda fikir birliği derecesi ile aile ve yakın çevredekiler ile ilişkiler hakkındaki duygular ve endişeler) rapor etmişlerdir (Lev-Wiesel ve Amir, 2003).

Cinsel istismar yaşayan ve ebeveynleriyle zayıf ilişkilere sahip kadınlardaki eş desteği, kendi ebeveynlik rollerindeki çocuklarıyla güçlü ve pozitif bir bağ oluşturmalarına yardımcı olabilmektedir. Çalışma, 18 yaşında veya daha büyük olan, bir veya daha fazla çocuğu bulunan ve cinsel istismar yaşayan 79 kadın katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, cinsel istismar yaşantılarını ortalama olarak altı yaşından on üç yaşına kadar olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcılar, faillerin %71.7'ni yakın bir aile üyesi (yani baba, üvey baba, anne, erkek kardeş, kız kardeş) ve %91.7'si yakın veya geniş bir aile üyesi olduğunu rapor etmiştir. Cinsel istismar şiddet skorları, 4 (hafif kötüye kullanım) ile 13 (şiddetli kötüye kullanım) arasında değişirken, ortalama şiddeti 8.86 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %80'i

cinsel istismara ek olarak fiziksel istismara maruz kaldıklarını rapor etmişlerdir. Bulgular, katılımcıların %55.17'si eşleri tarafından ebeveynlik rollerinde iyi desteklenmediklerini belirtmiştir. Eş desteği, travma şiddeti ile bağlılığın öngörülmesinde önemli bir ana etki sunmuştur ve eşleri tarafından iyi desteklenen kurtulanların, çocuklarına güçlü bir duygusal bağ sunma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Beklendiği gibi, eş desteğinin, hayatta kalanın çocuğuyla olan bağını güçlendirmeye yarayan güçlü bir teşvik faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar, iyi desteklenen travma yaşayanların, daha az stresli hissettiklerini, ebeveyn olarak daha yetenekli olduklarını ve yüksek depresif belirtiler bildirdiklerinde bile yetkin bir ebeveynlik stili kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir (Seltmann, 2011). Benzer bir çalışma da, cinsel istismar öyküsü olan 79 anneden oluşmaktadır. Cinsel istismarın şiddeti, başa çıkma stratejisi (kaçınma, sosyal destek arama ve problem çözme) ile eş desteğinin, kişilerarası ve aile içi alanlarda esnekliğe katkısı incelenmiştir. Bulgular, annelerin ne kadar iyi işlev gördükleri konusunda tutarsızlıklar göstermiştir. Kaçınmaya yönelik başa çıkma kullanımı, önemli bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Buna karşılık eş desteği, güçlü bir koruyucu faktör olarak ortaya çıkmış ve depresif belirtiler ile ebeveynlik yetkinliği arasındaki ilişkiye tamponlayıcı etkide bulunmuştur (Wright, Fopma-Loy ve Fischer, 2005).

2.4. Travma Sonrası Büyüme

Travmatik olaylar insanların yaşamlarında oldukça yaygındır, ancak bu olayların etkileri eşit derecede olumsuz değildir. Aksine, artan karakter gücünü de destekleyerek pozitif değişime katkı sağlayabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1995; Peterson, Park, Pole, D'Andrea ve Seligman, 2008). Öztürk (2020, s.75), travmatik olayların, işlevselliği ve entegratif algılama proseslerini bozabilecek düzeyde psikolojik sorunlara neden olmasına rağmen, aynı zamanda travma ile baş etme sürecinde olumlu psikolojik değişikliklere de yardımcı olabileceğini vurgulamıştır. İnsanların sismik bir kriz veya yaşam olayından sonra, yaşadıkları algılanan bu olumlu değişiklikleri Tedeschi ve Calhoun (1996) "*Travma Sonrası Büyüme* (Posttraumatic Growth)" terimi ile ifade etmiştir. Bu teoriye göre, travma sonrası büyümenin gerçekleşebilmesi için olayın doğada sismik olması ve kişinin dünya görüşünü temelden sarsması gerekmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1995; 1996; Bellizzi, 2004).

Tedeschi ve Calhoun, travma sonrası büyümenin aynı zamanda, başa çıkma ve gelişim ile ilgili çeşitli kavramlarla da ilişkili olduğunu belirtmektedir (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998, s.15). Çünkü travma sonrası büyüme, son derece zorlu yaşam krizleriyle mücadelenin bir sonucu olarak ortaya çıkan olumlu bir değişim sürecidir. Genel olarak yaşam

için artan takdir, daha anlamlı kişilerarası ilişkiler, artan kişisel güç duygusu, değişen öncelikler, daha zengin bir varoluşsal ve ruhsal yaşam olmak üzere çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Dolayısıyla, travma sonrası büyüme süreci, bireyin dünyayı ve dünyadaki yerini ciddi şekilde zorlayan ve belki de parçalayan büyük bir yaşam krizinin ortaya çıkmasıyla harekete geçirilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004a). Bu fenomenin, önceki adaptasyon, psikolojik işlevsellik veya yaşam bilincinin ötesinde geliştiği belirtilmektedir. Bununla birlikte olay gerçekleştikten ve geçtikten sonra, deneyime geri dönmek için iyileşme ve anlam oluşturma için yeterli zaman gerekmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1995; Bellizzi, 2004).

Duygusal tür iyileşme için gereken büyüme zor olabilmektedir çünkü cinsel istismarın psikofizyolojik zararı büyük ölçüde gizlenmekte ve hayatta kalanın kendisi ile çevresel faktörler tarafından yanlış anlaşılmaktadır (Lechner, Vogel, Garcia-Shelton, Leichter ve Steibel, 1993). Tedeschi ve diğerleri (1998), iyileşmenin gerçekleşebilmesi için travmanın geçmiş ve gelecekteki kişinin hayatıyla ilgili varsayımlarında bozulmaya yol açacak kadar büyük bir olay olması gerektiğini savunmaktadır. Travma sonrası büyüme teorisinde belirtildiği gibi yaşam olayının, doğada sadece sismik olması değil, aynı zamanda büyüme gerçekleşmeden önce ölümle ilgili sorunlara neden olacak kadar büyük olması gerekmektedir. Sonuç olarak bu durum, eskisinden daha yüksek bir işlev düzeyinde meydana gelen başa çıkma mekanizmalarına olanak tanıyarak büyük bir endişe ve kargaşaya neden olmaktadır (Bellizzi, 2004). Çünkü gerçek büyüme, acı çekerek gerçekleşmektedir. Bu, ilişkisel yönlerin kilit rol oynadığı bir yaşamı yeniden öğrenme sürecini ima etmektedir. Önemli insanlara yakınlık belirtileri, iletişim ve empatide iyileşme, dayanışma faaliyetlerine bağlılık ve acı çeken başkalarına destek olma, önemli kimlik değişikliklerine yol açabilir. Böylece, büyümek kendini ve başkalarını farklı bir şekilde görmeyi içerir. Açıkça travma sonrası büyüme ve pozitif yeniden değerlendirme, negatifteki pozitifi bulmak için aktif bir çaba gösterilmesini gerektirir (Sumalla, Ochoa ve Blanco, 2009). Eğer bir insan tam olarak iyileşirse, o zaman, engellemeyi sürdürmek ve askıya alınmış travmayı tecrübe etmenin acısından kaçınmak amacıyla yıllar içinde gelişen kısıtlı yaşam kalıpları ve davranışları da değişmeye imkan bulacaktır (Browne, 1990).

Travma mağdurlarının hissettikleri olumlu ve olumsuz değişiklikler, yakın ilişki içinde oldukları önemli kişiler tarafından da gözlenmektedir (Shakespeare-Finch ve Enders, 2008). Travmaya maruz kalmanın sıklıkla kalıcı hiper-uyarılmaya neden olabilecek kalıcı nörobiyolojik değişiklikler getirdiği ve bunun da konsantre olma ile uyku problemleri gibi travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, travma

veya kayıptan sonra ortaya çıkan semptomlar, kişilikte kronik ve zayıflatıcı değişikliklere dönüşebilmektedir. Örneğin, travmatik bir kayıptan sonra insanlar, artan düşmanlık, şüphecilik veya paranoya, boşluk veya umutsuzluk duyguları, dürtüsellik ve sürekli yaklaşan kıyamet duyguları gibi kişilik değişiklikleri gösterebilirler. Hayatta kalanlar, ayrıca dünyanın daha olumsuz görüşlerini benimseyebilirler. Her yerde gizlenen bir tehlike olduğunu ve ne yaparlarsa yapsınlar kendilerini veya sevdiklerini güvende tutamayacaklarını hissedebilirler. Ayrıca, dünyayı daha soğuk, umursamaz ve adaletsiz olarak görebilirler. İnsanlar ayrıca bir travma sonrasında işlev görmede zorluklar yaşayabilirler. Örneğin, yorgunluk ve konsantrasyon sorunları, iş yerinde iyi performans göstermelerini engelleyebilir. Diğer taraftan, eskiden zevk veren şeylerden zevk almakta büyük zorluk çekiyor olabilir çünkü tatiller, doğum günleri veya yıldönümleri gibi durumlar travma sonrasında, genellikle boşluk ve acı duygularıyla ilişkilidir. Bu sebeple, başkaları tarafından da gözlemlenebilen bu olumsuz ruh halinde büyümenin meydana gelip gelmediğini belirlerken, bildirilen olumlu değişikliklerin yanı sıra bu olumsuz değişikliklerin etkisini de dikkate almak gerekmektedir (Wortman, 2004). Çünkü herhangi bir potansiyel travmatik durum, acı çeken insanlar için zorluk içermektedir. Zorluklar, insanların normalden daha fazlasını vermelerini sağlama özelliğine sahiptir ve sonuç olarak, bazen yeni beceriler geliştirebilir veya bir dereceye kadar gizli veya az gelişmiş güçlü yönleri destekleyebilir (Vázquez, Pérez-Sales ve Hervás, 2008).

Travmatik yaşam olayları yaşayan bireyler, şaşırtıcı bir şekilde, kontrol edemedikleri veya önleyemedikleri yollarla acı çekme deneyimine uygun olarak artan bir kırılganlık hissi bildirme eğilimindedir. Bununla birlikte, aynı insanlar hayatta kalmak ve hakim olmak için kendi kapasitelerinin arttığını da bildirebilmektedirler (Calhoun ve Tedeschi, 1999; Tedeschi ve Calhoun, 2004b). Dolayısıyla travma sonrası büyüme, zorlu, trajik ve felaket içerikli yaşantıları rapor eden bireylerin, bu travmatik olaylarla mücadelenin bir sonucu olarak ortaya çıkan olumlu değişimlerin bireysel kanıtlarını temsil etmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1999, s.11). Bu değişiklikler arasında iyileştirilmiş ilişkiler, kişinin yaşamı için yeni olasılıklar, yaşam için daha büyük bir takdir, daha büyük bir kişisel güç ve manevi gelişim bulunmaktadır ve büyümenin bu yönlerini bildiren travma mağdurlarının yakaladığı temel paradoks, kayıpların değerli kazanımlara dönüşmesidir (Tedeschi ve Calhoun, 2004b). Çünkü kayıp, özellikle beklenmedik bir kayıp, bireyin dünya hakkındaki inançlarını bozmakta ve o ana kadar sahip olduğu anlayışı yeniden inşa etme sürecini başlatmaktadır (Calhoun vd., 2010). Yine, bir saldırının ardından hayatta kalanlar da, genellikle daha fazla güvenlik açığı ve çaresizlik duygusu bildirmektedir. Buna karşılık güvenlik açığı ve çaresizlik duygusu, bireyin hayatta kalması ve üstesinden gelmesi için kendi kapasitelerini arttırma yönünde

desteklemektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2004). Sonuç olarak büyüme ve sıkıntı bir arada bulunmasına rağmen, asıl olan olumlu psikolojik değişikliklerin, meydana gelen olumsuz değişiklikler üzerinde kuvvetle baskın olmasıdır. Bu, "*kayıptan kazanç var*" felsefesiyle, travma sonrası büyümenin *bir dönüşüm* niteliğinde olduğunu göstermektedir (Wortman, 2004). Yani travma sonrası büyüme, insanların yaşamlarının çeşitli boyutlarının dönüşümü ile ilgilidir (Bellizzi, 2004).

Travma sonrası büyüme, bilişsel ve duygusal yaşamda, davranışsal çıkarımlara sahip olabilecek, önemli ve faydalı bir değişiklik olarak ele alınmaktadır. Bu değişikliklerin önemi o kadar büyüktür ki, büyüme gerçekten dönüştürücü olabilmektedir (Tedeschi vd., 1998, s.3; Tedeschi ve Calhoun, 1995). Dolayısıyla travma sonrası büyüme, hem bir süreç hem de bir sonuçtur ve bu büyüme, kaynağını bilişsel ve duygusal güçten alarak travmatik olaylarla başa çıkmak için başlatılan bilişsel bir süreçten gelişmektedir. Psikolojik olarak, travmalarla başa çıkan birçok bireyde de benzer süreçler yaşanmaktadır. Kişinin, geleceği ve geleceğe nasıl yaklaşılacağı ile ilgili temel varsayımları sorgulaması, yönetilmesi zor olan büyük bir kaygı ve psişik ağrı üretmektedir. Bu açıdan PTG'yi, PTSD'nin antitezi olarak görmek faydalı olabilmektedir (Tedeschi vd., 1998, s.1-3). Çünkü büyüme süreci, kriz veya travma olarak algılanan oldukça stresli bir olayla karşılaşılması sonucu tetiklenmektedir. Böyle bir tetikleyici olması, gerekli bilişsel süreci harekete geçirmesi ve büyümenin gerçekleşmesi için, olayın statükoyu bozan ve varsayımsal dünyasını tehdit eden bir büyüklükte olması gerekmektedir. Aynı zamanda olayın kontrol edilebilirliği ve bunun doğa ya da insan kaynaklı olup olmadığı da PTG'de etkili olabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004a; Berger ve Weiss, 2009). Kriz veya travma tarafından tetiklenen zorluklara ek olarak, bireysel düzeyde yoğun duygusal sıkıntı, sevilen inanç ve hedeflere yönelik tehdit ve kişisel anlatının kesintiye uğraması da etkili bir faktördür (Tedeschi ve Calhoun, 2004a).

Taylor ve Brown (1988), büyümeye etki eden olumlu algıların uyarlanabilir ve refahla ilişkili olduğunu savunmuştur. Travmaya bağlı varoluşsal kriz, büyük belirsizlik ve kırılganlık karşısında anlam arayışını ifade eden bir *yapıcı ruminasyon* sürecini tetiklemektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998; Weiss, 2002). Yapıcı ruminasyon, travma geçirmiş bireylerin güvenlik, adalet, insan ilişkileri ve kişinin yaşamdaki rolü hakkındaki varsayımları sarsıldığında veya paramparça olduğunda, devreye giren yansıtıcı bir süreçtir. Uzun vadede, bu süreç benlik algısı, başkalarıyla ilişki kurma duygusu ve yaşam felsefesinde olumlu değişiklikler sağlayabilir. Benlik algısındaki değişiklikler, artan özgüven ve kişisel güç algısına işaret eder. Başkalarıyla olan ilişkideki değişiklikler arasında daha fazla kendini açıklama, duygusal ifade, empati ve ilişkilerde çaba harcama ve yardım istemeyi kapsamaktadır. Yaşam

felsefesindeki değişimler arasında, yaşamın anlamının, kişisel değerlerinin ve önceliklerinin daha fazla anlaşılır olmasıyla, gelişmiş bir maneviyat duygusu ve daha büyük bir amaç duygusu bulunmaktadır (Weiss, 2002). Bu olumlu değişimler, sıkıntı ile mücadele etmenin ortak faktörünü paylaşmaktadır. Bu mücadele sürecinde, bireyi olaydan önce var olandan daha yüksek bir işlevsellik seviyesine iten değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu olumlu değişiklikler travma sonrası büyüme, stresle ilişkili büyüme, algılanan faydalar, gelişen nimetler, pozitif uyum ve pozitif adaptasyon olarak tanımlanabilir (Linley ve Joseph, 2004). Dolayısıyla, iyimserlik, dayanıklılık ve benzerleri bir yana PTG, olayın kendisinin neden olduğu değişikliklere değil, travmatik bir olayla mücadeleden kaynaklanan olumlu değişikliklere atıfta bulunmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1995).

PTG'nin kendini göstermesinin birkaç yolu bulunmaktadır, ancak bu belirtiler aynı kişide birlikte görünmeyebilir (Tedeschi vd., 1998, s.9). Bu olumlu ruhsal değişiklikler, hayata dair minnettarlık, sahiplenme duygusu, diğer insanlarla önemli ilişkiler kurma, kişisel olarak güçlü hissetme, gelecek için yeni fırsatlar oluşturma ve ruhsal olarak gelişim gösterdiğine inanma ile karakterizedir (Öztürk, 2004; Tedeschi vd., 1998; Calhoun ve Tedeschi, 2014, Öztürk, 2020, s.75). Bu eksende travma sonrası büyüme, travmatik yaşam deneyimi sonrası koruyucu bir faktör olarak gelişebilmekte, bireyin benliği ile ilgili düşüncelerine ve diğer insanlarla ilişkilerine katkı sağlayarak pozitif değişim yaşamasına ve optimistik temelde yapılandırmasına zemin hazırlamaktadır (Taku, Cann, Calhoun ve Tedeschi, 2008; Öztürk, 2020 s.75-76). Travmatik deneyimler genellikle bireysel şemaları paramparça ederek olaylardan kurtulduktan yıllar sonra, insanlar bu deneyimi barındıran şemaları yeniden yapılandırmakla mücadele etmeye devam etse de (akt. Tedeschi, 1999), travmatik olay yaşayan kişilerin yarısından fazlasında şemaların yeniden yapılandırılması, dünyaya ve ilgili davranışa dair yaşamında öncekinden daha verimli olarak gördüğü bir görüş üretmesini sağlamaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1995).

Travma sonrası büyüme sonuçları, (1) *benlik algısındaki değişiklikler* (mağdur ve hayatta kalan, kendine daha fazla güvenme, güvenlik açığı ve çaresizlikle baş etme ve gelecekteki zorluklarla baş edebilme); (2) *kişilerarası ilişkilerdeki değişiklikler* (kendini açığa vurma ve duygusal ifade, merhamet, diğer insanlarla ilişki bağlarını güçlendirme, duygularını paylaşma ve ifade etme) ve (3) *yaşam felsefesindeki değişlikler (*öncelikler ve yaşamın takdir edilmesi, varoluşsal temalar ve anlam duygusu, dinsel değişim ve bilgelik) olarak gruplandırılmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1995; Tedeschi vd., 1998, s.9; Calhoun ve Tedeschi, 1999, s.11; Sumalla vd., 2009).

2.4.1. Benlik Algısında Değişim

Travmadan kurtulanlar tarafından bildirilen kişisel güç algısı, genellikle artan özgüven veya öz-yeterlik duygusu olarak rapor edilmektedir. Paradoksal olarak, daha büyük kişisel güce sahip olduğuna inanan kişiler, genellikle daha büyük bir kırılganlık veya ölüm duygusu hissetmiş ve sonuç olarak hayatın daha değerli olduğunu düşünmüştür (Tedeschi, 1999). "*Bildiğim en kötü şeyden geçtim ve ne olursa olsun, bununla başa çıkabileceğim.* " bu kısa ifade, kişinin gerçekten önemli psikolojik sıkıntı ve büyük zorluklar yaşadığını ya da hala olabileceği görüşünü yansıtmaktadır. Ancak, zor ve olumsuz yönleri ile birlikte, sadece "bildiğim en kötü şeyden" kurtulmanın kişiye olumsuzluk bağlamında kişisel güçlerinin kanıtını sunmaktadır (Linley ve Joseph, 2004; Calhoun vd., 2010).

Bazı açılardan, bireyin kendini anlayışı, PTG'nin daha sonraki ayrışmasında görüldüğü gibi, iyi olarak kabul edilen şekillerde değişebilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1999, s.8-9). Travma sonrası büyümeye yol açtığı bildirilen çok çeşitli olaylar göz önüne alındığında, tüm bu olayların ortak noktası, bireyin önemli hedefleri ve dünya görüşünün temel unsurlarını ciddi bir şekilde saklama veya yok etme ile büyük duygusal sıkıntı, ruminasyon ve sıkıntı azaltmaya karşılık başa çıkma mekanizmaları üretmeleridir. Kişisel kimlik bu noktadan sonra, insanlar kendilerine olanları açıkladıkça değişebilmektedir. Travma ile mücadele sonrası ortaya çıkan değişiklikler, olayların kendileri yerine sonraki olumlu değişimin kaynağına odaklanması gerektiğini gösterir (Tedeschi, 1999). Çünkü insanların kendilerine uyguladıkları etiketlerin, travma ile nasıl başa çıkacaklarını etkilemekte ve bu da kişilerin kimliklerini değiştirebilmektedir (akt. Tedeschi vd., 1998, s.9). Bu sebeple PTG'nin en önemli adımlarından biri, travmanın kurbanı olan benlik algısının travmadan kurtulana doğru değişmesidir. Hayatta kalma etiketi de bu noktada, travmadan etkilenen insanları özel bir statü ve güce sahip oldukları fikrine yaklaştırmaktadır (Tedeschi vd., 1998, s.9; Tedeschi, 1999).

2.4.2. Kişilerarası İlişkilerde Değişim

Travma sonrası büyümenin başka bir alanı, diğer kişilerle değişen ilişkiler deneyimidir. Kuşkusuz, herhangi bir büyüme alanında olduğu gibi, krizler ve kayıplar ilişkilerde olumsuz değişiklikler yaratabilir. Bu aşamada PTG de, diğerleriyle artan yakınlık hissi deneyimini yansıtmaktadır. Bu yakınlık, genellikle bir kişinin ailesi ve yakın arkadaşları gibi önemli kişiler hakkındaki deneyim olarak ifade edilmektedir (Calhoun vd., 2010). Özellikle ailelerin kriz sonrası büyüme yeteneğinde önemli bir işlevi vardır (Patterson, 2002). Duygusal sosyal destek dahil olmak üzere, duygu odaklı başa çıkma da büyüme ile olumlu ilişkili içindedir (Linley ve Joseph, 2004).

Duyguları ifade etme ve önemli kişisel bilgileri paylaşma yeteneğinin, çeşitli zihinsel ve fiziksel sağlık endeksleriyle olumlu biçimde ilişkilidir. "*Travmatik olay yaşayan bazı kişiler duyguları hakkında daha fazla bilgi vermeyi veya kendilerini daha açık bir şekilde ifade etmeyi öğrenir mi?"* travmatik olaylar yaşayan insanların raporları, sosyal destek konusundaki deneyimlerinin kendilerine daha önce hiç olmadığı kadar yol gösterme fırsatı sunduğunu ve belki de buna ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (akt. Tedeschi vd., 1998, s.11). Travma mağdurları tarafından sıkça bildirilen deneyim, kişilerarası ilişkilerin hareket testlerine giren travmatik olaylar hakkında konuşma ihtiyacıdır ve bazıları bu testi geçebilirken, bazıları da başarısız olur (Tedeschi ve Calhoun, 2004b). Kime güvenli bir şekilde yaklaşılabileceğinin daha iyi tanınması ve güvenilen başkalarıyla daha samimi olma yeteneği, travma sonrasında öğrenilebilecek en önemli şey olabilmektedir. Çünkü güvenilir bir kişi tarafından yaşatılan mağduriyet, kişilerarası ilişkiler alanında büyümede daha karmaşık bir yol sunmaktadır. Bu nedenle, kişilerarası ilişkilerdeki olumlu değişiklikler, travmatik deneyimin belirli yönlerine ve hangi şemaların etkilenebileceğine bağlı olabilmektedir (Tedeschi vd., 1998, s.11). Holman ve Silver (1996), ensest ile ilişkili uzun vadeli iyileşmeyi etkileyen tek faktörün kötüye kullanımla ilişkili şiddet olduğunu belirtmiştir. Böyle bir şiddet, meydana gelen mağduriyeti açıkça ortaya koyar ve bir çocuğun ebeveynlerinin güvenilirliği hakkındaki varsayımlarına yönelik daha büyük bir tehdit oluşturur (Tedeschi, 1999).

Travma sonrası büyümenin gerçekleşebilmesi için, mağduriyet sonrası aktif başa çıkma sürecinde, günlük aktiviteler, kişisel öncelikler ve ilişkiler ile ilgili inançlar daha olumlu hale gelmelidir (Collins, Taylor ve Skokan, 1990). Kişilerarası ilişki, acı çekenlerin destek ihtiyaçlarına bağlı olarak empati, şefkat ve daha fazla fedakarlığın yaratıldığı, karşılıklı bir etkileşimle güçlendirilebilir. Çünkü zor şartlar altındaki başkalarına yardım etmek, ek iyileşmeye ve gücünün tanınmasına izin vermektedir (akt. Tedeschi vd., 1998, s.12). Bu sebeple, travmadan sonra sonuçlarını tartışmaya devam etme ihtiyacı nedeniyle travma ile mücadele yoluyla ilişkiler geliştirilebilir. Bu da, insanların daha önce olduğundan daha fazla kendi kendine başa çıkmasına yardımcı olarak, kendisini daha fazla açıklamasına ve destek ağındaki en uygun kişilere yönlendirilebilecek yeni davranışları deneme fırsatına katkı sunacaktır (Tedeschi, 1999).

2.4.3. Yaşam Felsefesinde Değişim

Travma sonrası büyüme, yaşam bilgeliğinin ve anlatısının gelişimi ile karşılıklı olarak etkileşime girerek devam eden bir süreci temsil etmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004a).

Hayatla ilgili neden önemli olduğu, neyi aşabileceği, kişinin ne gibi katkıları olabileceği ve bireysel yaşamın önemli ve anlamlı olup olmadığı gibi temel sorularla ilişkili bilişsel değişiklikler sıklıkla travmadan etkilenmektedir (Tedeschi vd., 1998, s.12). Birçok travmatik olay, daha önce travmadan kurtulanların sadece yüzeysel bir şekilde karşılaşmış olabileceği yaşamla ilgili en temel varsayımı ortaya koymaktadır. Bu varoluşsal değişiklikler, büyüme olarak kabul edilebilir, ancak onları deneyimleyen bireyler tarafından her zaman hoş olarak tanımlanmazlar, çünkü bunlar yaşamın anlamı ve amacı ile kişisel ölümün kaçınılmazlığı meselesidir (Yalom ve Lieberman, 1991). Sevdiği birinin kaybına uğrayan, kendi ölümcül hastalıklarına maruz kalan veya diğer krizlerle uğraşan kişiler, travma ile karşılaşmayan kişilere kıyasla bu temel varoluşsal soruları daha dürüst bir şekilde karşılamakta ve deneyimlemekte zorlanabilmektedir. Çünkü varoluşsal sorunlarla karşılaşmak, elbette onları tatmin edici bir şekilde çözmekle aynı şey değildir (Tedeschi vd., 1998, s.13).

Bireyin dünyayı anlamasında önemli bir ayaklanma oluşturan ve önceki dünya görüşünü, birçok yönden, kayıp ve trajedinin ortaya çıkmasıyla geçersiz hale getiren travmatik olaylarda, (Calhoun ve Tedeschi, 1999; Janoff-Bulman, 1992; Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan, 2000) PTG'nin gelişimi için bilişsel işleme önemli bir unsurdur (Tedeschi ve Calhoun, 1995). Olağandışı, kontrol edilemeyen, potansiyel olarak geri döndürülemez ve tehdit edici nitelikleri ile karakterize olan travmatik durumlar, travma mağdurlarının dünya içindeki yerleri ve günlük yaşamlarını nasıl anladıkları ile ilgili temel varsayımlarında bir ayaklanma yaratabilir. Bu varsayımları yeniden değerlendirirken, yeni perspektifler için tohumlar ve acı verici dersler barındırmasına rağmen değerli bir his bulunmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004b). Bireyler, bu değişikliklerin neyin önemli olduğuna dair duydukları olumlu değişimler olduğunu bildirmektedir. Travmalarının kırılganlıkları konusunda daha büyük bir his ve dolayısıyla, yaşam için bir takdir yaşayan kişiler, artık zamanlarının önemsiz bir şekilde boşa harcamaktan farklı olduğunu bilmektedir (Tedeschi vd., 1998, s.13). Çünkü bir insanın hayatını tehlikeye sokan bazı travmalar, kişinin kurtarıldığını ve ikinci bir şans armağanının dikkatle ele alınması gerektiğini harekete geçirebilir ve böylece yaşam önceliklerindeki değişiklikler, genel olarak yaşam için ve yaşamdaki küçük şeyler için daha fazla takdir gerektirir (akt. Tedeschi vd., 1998, s.12).

Geriye bakma duygusu, güvenli bir mesafeden yaklaşma ile büyüme için en iyi fırsatı sağlamaktadır. Bazı kişilerin umutsuzluklarını neden intihardan ziyade büyümeye dönüştürdükleri de belli bilişsel değişimlere bağlıdır. Travma sonrası süreç bilgisini, başarıyla sorunlara yaratıcı çözümler geliştirecek şekilde kullanan, yeni şeyler veya yeni perspektifler (dışadönüklük, deneyime açıklık) denemelerini sağlayan; açık, karmaşık bir bilişsel tarzı olan

kişiler, travmayı dönüştürücü hale getirecek şekilde girişimde bulunur. Genel olarak bu girişim umut, esneklik, aktivite ve açıklık içermektedir (Tedeschi, 1999). Bilişsel olarak tüm bu yeniden yapılanmalar (hastanın travmatik deneyimlerden öğrenmiş olabileceği olumlu bir şey olup olmadığı sorusunun açık bir şekilde ele alınması dahil) mevcut bilişsel şemalardaki değişiklikleri teşvik edebilmektedir. Bu da, travmatik olayın başarılı bir şekilde yeniden bilişsel işlenmesine duyarlı olarak travma sonrası büyümeyi gerçekleştirmektedir (Knaevelsrud vd., 2010). Bu açıdan başlangıçtaki sıkıntı, ruminasyon ve ayrılma, travma sonrası büyüme ile ilişkili en kritik unsurlardır. Daha yüksek başlangıç sıkıntısı ve ruminasyon seviyeleri, muhtemelen daha yüksek derecelerde büyüme sağlayacaktır. Kayıpla ortaya çıkan sıkıntı, daha yüksek ruminasyon seviyeleri ile birlikte, sıkıntı ve ruminasyonu azaltmak için baş etme konusunda daha enerjik girişimlere yol açacak ve böylece, sonraki büyüme için zemin hazırlayacaktır. Travma sonrası büyüme fırsatının, en yüksek ruminasyon seviyelerini yaşayan bireyler için daha büyük olması muhtemeldir, çünkü bu, şemaların olumlu değişim algısını daha muhtemel hale getirecek şekilde revize edilmesine olanak tanımaktadır (Tedeschi, 1999).

Kayıp bir büyüme alanı, daha önce hiç deneyimlenmeyen yeni olasılıklara yol açabilmektedir. İnsanlar yaşamın sonunun düşündüklerinden daha erken olabileceğini ya da sahip oldukları zamandan en iyi şekilde yararlanmaları gerektiğini fark edebilirler. Hayatın bu şekilde takdir edilmesini, daha canlı bir şekilde yaşamasını sağlamak, bazı insanların sürdürmesi için zor olabilir, ancak bazen rutin olarak değil, daha bilinçli yaşam alışkanlıkları haline de getirilebilir (Calhoun vd., 2010). Çünkü travma ile karşı karşıya olan bireylerin, ölüm ve yaşamın amacı hakkında temel varoluşsal sorularla bilişsel olarak meşgul olma olasılıkları, bireyin hayattaki küçük şeylere daha fazla değer vermesi ve yaşam felsefesinin dini, manevi ve varoluşsal bileşenlerindeki önemli değişiklikleri dikkate almasını sağlayabilir. Ancak bu spesifik içerik, elbette, bireyin inanç sistemine ve yaşam kriziyle mücadelenin gerçekleştiği kültürel özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Birçok travmadan kurtulan için, varoluşsal ya da manevi meselelerin daha belirgin ve daha az soyut hale geldiği için inançlarını sorgulama döneminin başlangıcı olduğu görülmektedir. Her ne kadar travmanın neden olduğu sorulara (*travmatik olaylar neden olur, bu travmanın meydana geldiği şimdi hayatımın anlamı nedir, neden mücadeleye devam etmeliyim)* kesin cevaplar, her zaman bulunmaz, aksine bu konularla sıklıkla boğuşmak mecburiyetinde bırakır ancak travma mağdurlarında yaşamı daha derin bir farkındalık düzeyinde yaşamaları için bir memnuniyet sağlamaktadır. Şimdiye kadar, hayat anlatısını yeniden yapılandırmak ve bu zor koşullara uyum sağlayan yaşam hakkında, daha akıllı bir bakış açısı oluşturmak için gerekli olmasına

rağmen, kişinin travmaları ve sonrasındaki yansımaları hakkındaki düşüncelerin çoğu zaman hoş olmadığı açıktır. Dolayısıyla, travma sonrası büyüme mutlaka daha az duygusal sıkıntıya neden olmamaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004b).

Travma sonrası büyüme, varoluşsal unsurları içerirken, belirli coğrafi ve kültürel bağlamlarla ilişkili olarak manevi ve dini unsurları da yansıtabilmektedir. Kayıp sonrası insanlar, belirli manevi ya da dini inançlara bakılmaksızın varoluşsal sorgulamanın bir sonucu olarak travma sonrası büyüme yaşayabilirler (Calhoun vd., 2010). Din / maneviyat, hem artan anlam ve amaç duygusu yoluyla büyümeyi destekleyen bir çerçeve hem de inanç ve inancı derinleştirerek bir büyüme biçimi olarak hizmet edebilmektedir (Rogers, Floyd, Seltzer, Greenbergn ve Hong, 2008; Calhoun vd., 2010). Çünkü bazı kişiler, mevcut ruhsal yaşamlarını veya metafizik inançlarını, bir travmayı anlamak ve bununla baş etmek için kullanabilmektedir (Pargament vd., 1990; Weisner, Beizer ve Stolze, 1991). Bu bağlamdaki maneviyat, bir şekilde üstün bir şeye, travma ile mücadeleden önce mümkün olmayan şekillerde bağlı olmanın daha büyük bir duygusunu ifade etmektedir (akt. Tedeschi vd., 1998, s.13). Travma sonrası büyüme ile ilgili olarak dindarlığın iki yönüyle ilgili bulgularda; dini katılımın travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu (Pargament, 1997; Tedeschi ve Calhoun, 1995, Calhoun vd., 2000) ve travma sonrası büyüme yaşayan kişilerin dini deneyimler aracılığıyla kendilerini, manevi büyüme için hazırladığını göstermektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996; Calhoun vd., 2000). Aynı zamanda, kendini ve başkalarını derinleştirmek, sıradan deneyimin olağanüstü anlaşılması, denge, yargı ve iletişimin olağanüstü becerileri gibi özellikleri içeren acıyı çekmek, güçlü bir şekilde öğrenilen temel yaşam sorunları hakkında artan bir anlayış sağlamakta ve bilgeliğe giden bir yol sunmaktadır. Çünkü yaşamın takdirini ve hangi önceliklerin önemli olduğunu, başkalarıyla başarılı bir şekilde nasıl ilişki kuracağını ve zorluklarla nasıl başa çıkılacağını ruhsal bir duyguyla öğrenen insanlar, genellikle bunu akıllıca görmeye başlamaktadır. Bu da, PTG ya da en azından belirli yönleri ile bilgelik arasında yakın ilişkiler olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak bilgeliğin, yaşam deneyimleri ve insanların bu deneyimlerle başa çıkmaları ile yeni deneyimlerle yaşama biçimleriyle ilgisi oldukça fazladır (Tedeschi vd., 1998, s.14).

Manne ve diğerleri (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın amacı, yakın zamanda içinde ameliyat olmuş kanser hastalarındaki travma sonrası büyüme ile bilişsel ve duygusal süreçleri incelemektir. Kanser hastası 162 kadın ve partnerleri, 9 ay arayla 3 zaman noktasında travma sonrası büyüme, bilişsel ve duygusal işleme ve evlilik memnuniyetini değerlendiren anketleri tamamlamışlardır. Bulgular, bu dönemde içinde PTG'nin her iki partnerde de arttığını göstermiştir. Travma sonrası büyüme, hastanın daha genç yaşta olması,

kanser nedenleri ve zaman içinde daha fazla duygusal ifade ile öngörülmüştür. Ortağın PTG'si ise, daha genç yaş, daha müdahaleci düşünceler, daha pozitif yeniden değerlendirme ve duygusal işlemenin daha fazla kullanılması ile ilgili olduğu öngörülmüştür. Bununla birlikte, bilişsel ve duygusal süreçlerin büyümeyi desteklediği ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda travma sonrası büyümenin olaydan doğrudan etkilenen kişiyle sınırlı olmadığı ve olumlu psikolojik değişikliklerin yakın aile üyelerine de yayılabileceği gösterilmiştir. Sonuç olarak, hastanın endişelerini tartışması için açık iletişim sağlanması ve daha fazla konfor için zemin hazırlaması, büyümeyi daha fazla teşvik etmektedir.

Kanser hastalığından sağ kurtulan 41 kadının ile yapılan bir başka çalışmada da, travma sonrası büyüme raporları ile eşleri tarafından desteklenme dereceleri incelenmiştir. Çiftler arasındaki ortalama evlilik süresi 27.3 yıl olarak bulunmuştur. Kanser deneyimi, çiftin her iki üyesi tarafından (hastaların %80'i ve eşlerinin %82'si) kadının yaşamı veya fiziksel bütünlüğü için bir tehdit olarak algılanmıştır. Açık uçlu sorularda, 40 hasta (%98) kanser ile karşılaştıktan sonra yaşamlarında önemli pozitif değişiklikler bildirmiştir ve 36 eş (%88) deneyimden sonra yaşamlarında önemli, uzun süreli olumlu değişiklikler bildirmiştir. Sonuçlardaki, cinsiyet farklılıkları Tedeschi ve Calhoun'un (1996) raporuyla tutarlı bulunmuştur. Hastalar, PTGI toplam puanında ve alt ölçeklerde (yeni imkanlar, kişisel güç, hayatın takdiri, manevi değişim), eşlerinden anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Bulgular, hem kanser hastası kadınların hem de eşlerinin stresli deneyimlerden geçmek için son derece desteğe ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir. Sonuçlar, travma sonrası büyümenin bazı gerçek değişiklikler içerdiğini ve sadece olumlu yanılsamaları yansıtmanın ötesine geçtiğini göstermiştir (Weiss, 2002).

Travma sonrası büyüme ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi yansıtan bu çalışmaya, 105 (46 erkek ve 74 kadın) kanser hastası dahil edilmiştir. Bulgular, katılımcıların yüksek seviyelerde PTG ve sosyal desteğe sahip olduğunu göstermiştir. Toplam algılanan sosyal destek, aileden ve arkadaşlardan gelen desteği içermektedir ve bu desteğin, kanser hastalarında PTG gelişimi ile ilişkili olarak anlamlı derecede pozitif olduğunu rapor etmiştir. Sonuç olarak, sosyal desteğin kanser hastalarının travma sonrası büyümeleri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve bu nedenle, sosyal desteğin önemli bir kaynağı olan aile dinamiklerinin, uzun süreli tedavi sırasında canlı tutulması gerektiği belirtilmektedir (Tanrıverdi, Savaş ve Can, 2012). Benzer bir çalışmada da, katılımcıların %84'ü kendi görüşlerinde; %83'ü başkalarıyla olan ilişkilerinde; %79'u öncelikler ve günlük faaliyetlerde; %67'si, gelecek planlarında ve %66'sı dünya görüşlerinde değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle ilişki alanında, başkalarının ihtiyaç ve duygularına karşı artan hassasiyet, sosyal ilişkileri

geliştirme ve sürdürme çabaları ile kişilerarası değişime oldukça katkı sunmuştur (Collins vd., 1990). Benzer bir sonuç, güvence, rahatlama ve problem çözme ile karakterize olan aile ve arkadaş desteğinin, hastaların kanser deneyimleri hakkında pozitif bir anlam bulmasına yardımcı olabilecek önemli bir kaynak olduğunu göstermiştir (Schroevers, Helgeson, Sanderman ve Ranchor, 2010).

2.4.4. Travma Sonrası Büyüme ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İlişkisi

Çocukluk çağı travmaları yaşayan bireylerin, kişisel deneyim anlatıları içinde travma sonrası büyüme temalarını araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, tematik analiz kullanılarak, pozitif değişim süreçlerine ilişkin üç alan (büyümeye doğru iç itici güç, değişim araçları ve psikolojik değişiklikler) belirlenmiştir. Çalışmaya 29 katılımcı (5'i erkek ve 24'ü kadın) dahil edilmiştir. Katılımcılar çeşitli şekillerde olmakla birlikte çoğunlukla cinsel, fiziksel ve duygusal istismar veya ihmal içeren çocukluk çağı travmaları yaşadıklarını bildirmişlerdir. Olguların çoğunda, istismar genç yaşlardan itibaren başlamış ve uzun sürmüştür. Faillerin çoğunlukla erkek aile üyeleri olduğu ancak aile dışındaki yetişkinlerin de bulunduğu tespit edilmiştir. Büyümeye doğru iç itici güç temasına yönelik bulgularda, katılımcıların 9'u yaşam isteğini barındıran bir tür içsel dürtü, yaşama iradesi, yaşam tutkusu veya savaşma ruhunu içeren değişimler bildirmiştir. Aidiyet ve bağlantı alanı, katılımcılar tarafından olumlu değişim ve kişisel gelişim alanlarının getirilmesi ya da başlatılması açısından önemli olarak tanımlanan uyanış, onaylama, besleme, özgürleştirme ve ustalık niteliği ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca dini ve / veya manevi nitelikte olanlar da dahil olmak üzere başkalarına ait olma veya başkalarıyla bağlantı duygusu yaratan deneyimler de dahil edilmiştir. Katılımcıların 13'ü, başkalarının gerçek kabulünü deneyimlediklerini vurgulamışlardır. Katılımcılardan yarısından fazlası, kişinin kendi ihtiyaçlarını (güvenlik ihtiyaçları dahil) tanıma, arama ve karşılama ile diğerlerinden bakım ve yardım alma konusunda daha açık olduklarını bildirmişlerdir. Ankete katılanların üçte biri (10) tarafından bildirilen bir diğer önemli değişim aracı, kurtuluş ve özgürlük duygusu taşımaları olmuştur. Psikolojik değişiklikler temasına yönelik bulgularda, öz algıdaki değişiklikler 24 katılımcı tarafından bildirilmiştir. Aynı zamanda duyguları hissetmeyi, ifade etmeyi ve işlemeyi, içsel güçlerin tanınmasını ve kişinin yaşamında gerekli olan diğer değişikliklerin tanınmasını içeren bu tema, neredeyse tüm anlatılarda açıkça görülmüştür. Hayata yeni bakış açıları kazandırmak 17 ve ilişkilerdeki değişiklikler 6 katılımcı tarafından belirtilmiştir. Psikolojik değişiklikler ile bu sonuçlar, benlik, hayat felsefesi ve ilişkilerle ilgili değişimleri içeren önceki çalışmalarla tutarlı bulunmuştur. Katılımcıların değişimine hizmet eden değişim

araçlarına yönelik bulgularda, bir başkasının ölümü, danışma, bir şeyler okuma, bir ev satın alma, bir öğretmenden nazik sözler işitme, çocukların sevgisi önemli faktörler olarak bildirilmiştir. Bulgular, herhangi bir yaşam deneyiminin, bir değişim aracı olarak hizmet edebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, çocukluk çağı travmalarının mutlaka hasarlı bir hayata yol açmadığı, bu travmatik deneyimlerin bazılarında olumlu değişime ve büyümeye yol açabileceği gösterilmiş, aynı zamanda travma yaşayan bireylerin, kendi değişimlerini sağlamak için kullanabildikleri sosyal ve çevresel bağlamların önemine dikkat çekilmiştir (Woodward ve Joseph, 2003).

Cinsel istismar ve travma sonrası büyüme ilişkisi, başarılı bir başa çıkmanın ötesinde, travmatik bir olaydan sonra elde edilen faydaların gerçek bir algısını yansıtmaktadır. Bu araştırmada amaç, cinsel istismardan kaynaklanan travma sonuçları ile pozitif ve negatif algılar arasındaki ilişkiyi incelemektir. Örneklem 17-60 yaşları arasında değişen 40 kadından oluşmaktadır. Analizdeki iki grup, (1) çocuklukta cinsel istismar sırasında 12 yaş ve altı çocukları (n=18) ve (2) travma sırasında 13-19 yaş arası ergenleri (n=22) temsil etmektedir. Travmanın gerçekleşmesinden bu yana geçen ortalama süre 13.64 yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bildirimleri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri (PTGI) ile Olay Etkisi Ölçeği (IES-R) ve yazılı anlatıları aracılığıyla alınmıştır. Sonuçlar, katılımcıların %95'inin çocukluk dönemindeki cinsel istismar sonrası, PTSD yaşadıklarını göstermiştir. Travma sonrası büyümenin alt faktörlerinden yeni imkanların varlığı, PTSD'nin hiper-uyarılma ve saldırı belirtileri ile olumlu ilişkilide bulunmuştur. Aynı zamanda travma sırasında çocuk olan katılımcılar ile travma sırasında ergen olanlar, benzer oranlarda (12 yaş ve altındakiler ortalama 52.8, travma sırasında 13-19 yaş arası olanlar ortalama 55.50) PTG bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, çocuklukta cinsel istismardan kurtulanlar için cesaret vericidir (Shakespeare-Finch ve De Dassel, 2009).

Cinsel istismar mağdurlarının çoğunda yaşam için takdir, kişisel güç ve kişiler arası ilişkiler gibi alanlarda olumlu değişiklikler yaşanmaktadır. Bu çalışmada cinsel istismar öyküsü olan 19–84 yaş aralığındaki erkeklerin (n=487) bir örneğinde, travma sonrası büyüme ile ilgili faktörler incelenmiştir. Bulgular, erkeklerin orta düzeyde travma sonrası büyüme bildirdiklerini göstermiştir. Varsayıldığı gibi, cinsel istismarı anlama ve bir dönüm noktası olarak yaşama seviyesinin travma sonrası büyüme ile pozitif ilişkilide olduğu bulunmuştur. Çoklu lineer regresyon analizleri de, geleneksel eril normlara daha az anlam atfeden ve bir dönüm noktası yaşayan erkeklerin, daha fazla büyüme bildirdiğini göstermiştir. Aynı zamanda cinsel istismardan bu yana geçen sürenin (ortalama 40 yıl), travma sonrası büyüme ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Bu bulgu, zamanın geçişine ve/veya kişinin yaşına

bakılmaksızın büyümenin mümkün olduğunu göstermektedir. Diğer bir önemli bulgu ise eril normların, büyüme ile negatif ilişkilide olduğu hipotezine destek bulunmasıdır. Sonuçlar, erkeklerin nasıl davranması gerektiği, sergilemesi gereken tutumlar ile nasıl görünmeleri gerektiği konusunda geleneksel normlara atfedilen anlamların, cinsel istismardan sonra erkeklerin büyümesini olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir (Easton, Coohey, Rhodes ve Moorthy, 2013).

Ciddi travma geçirmiş çocuk ve gençler arasında travma sonrası büyüme prevalansını incelemek ve bildirilen büyümeyi sistematik olarak tanımlamak için gerçekleştirilen çalışmaya, travma geçmişi bulunan ve ruh sağlığı kliniklerinde tedavi gören 148 çocuk ile ergen (%79.1 kız) dahil edilmiştir. Katılımcıların çoğu (n=128, %86.5) birden fazla travma geçirmiştir. Bildirilen travma sayısı 1 ile 10 arasında değişmektedir. Bildirilen travmalar; ani ölümü (n=27, %18.2), aile dışında şiddeti (n=26, %17.6), aile içi şiddeti (n=50, %33.8), aile dışında cinsel istismarı (n=29, %19.6), aile içinde cinsel istismarı (n=11, %7.4) ve diğerlerini (savaş ve doğal afetler dahil n=5, %3.4) kapsamaktadır. Tüm katılımcılarda DSM-IV, PTSD (A1) kriterleri karşılanmıştır. Katılımcıların tümü, değerlendirmeyi tedavi öncesi, sonrası veya her iki zaman noktasında da tamamlamışlardır. 138 katılımcı değerlendirmeyi ön tedavi aşamasında, 102 katılımcı tedavi sonrasında ve 92 (%62.2) katılımcı her iki zaman noktasında da yer almıştır. Belirlenen ana büyüme temaları kişisel büyüme, ilişkisel büyüme ve değişen yaşam felsefesi olarak belirlenmiştir. Bulgular, tedavi öncesi, büyüme prevalansının düşük olduğunu ve büyüme raporları ile PTSD düzeylerinin ilişkili olmadığını göstermiştir. Katılımcılar tarafından bildirilen büyümenin özellikleri (gelişmiş kişilerarası ilişkilerin, artan kişisel gücün ve yeni yaşam felsefesinin raporları) bu alandaki önceki çalışmalarla büyük ölçüde uyumlu görünmektedir. Kişisel gelişimin alt teması (daha fazla olgunluk / bilgelik), hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası PTSD düzeyleri ile en belirgin ilişkide olan temalar olarak bulunmuştur. Aynı zamanda, hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası bildirilen en belirgin pozitif değişiklik, olgunluk / bilgeliğin artması hissiyle ilişkili bulunmuştur. Genel olarak, olumlu değişiklik raporları artmış ve olumsuz değişiklik raporları azalmıştır. Yaş, büyüme raporları ile anlamlı derecede ilişki göstermiştir ve daha büyük yaştaki katılımcılar daha fazla büyüme bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, gençlerin büyümeyi yetişkinlere oldukça benzer şekillerde yaşadıklarını göstermiştir (Glad, Jensen, Holt ve Ormhaug, 2013). Bir başka çalışmada da, cinsel istismar mağduru genç yetişkin kadınlarda, fail kimliğine göre travma sonrası stres bozukluğu semptomatolojisi ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. Bir aile üyesi veya bir yabancı tarafından çocuklukta cinsel istismara uğradığını bildiren 93 katılımcı analize dahil edilmiştir. Katılımcıların %38'i yüksek insidansa sahip

cinsel istismar (cinsel tacize ek olarak tecavüz) yaşandıklarını bildirmişlerdir. Bulgular, yakın bir aile üyesinin istismarının (yabancı faile kıyasla) hem PTSD'ye hem de travma sonrası büyümenin daha yüksek seviyelerine yol açtığını ortaya koymuştur. Arabuluculuk analizi ise, PTSD düzeylerinin, travma sonrası büyüme üzerindeki kimliğe aracılık ettiğini göstermiştir (Lev-Wiesel, Amir ve Besser, 2004).

Cinsel istismardan kurtulan kadınlardaki bilişsel stratejiler (kendini suçlama, affetme, kontrol ve umut algısı), esneklik, PTSD ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 100 kadın (%76.9'u bekar) dahil edilmiştir. Bulgular, büyümedeki varyansın önemli bir yüzdesinin ailesel değişkenler, bazı bilişsel stratejiler ve genel psikolojik uyum (esneklik) ile açıklandığını göstermiştir. Travma sonrası büyümeye katkıda bulunan ana faktörlerin demografik-ailesel değişkenler (doğum sırası ve kardeş sayısı) ve bilişsel stratejiler (kendini suçlama ve umut) olduğu belirtilmiştir. Ailesel değişkenler açısından, ilk doğan veya ortanca çocuk olan (en küçük kardeşlerin aksine) ve/veya daha fazla kardeşi olan katılımcılar, daha yüksek seviyelerde büyüme bildirmişlerdir. Aynı zamanda yüksek direnç seviyesine sahip cinsel istismar mağdurlarında PTSD ile büyüme arasında bir korelasyon görülmezken, düşük direnç seviyelerine sahip olanlar arasında negatif korelasyon (travma sonrası semptomların daha yüksek seviyeleri, daha düşük büyüme seviyeleri ile ilişkili) bulunmuştur. Bu sonuçlar, bilişsel stratejiler ile ailesel değişkenlerin, büyümeye katkıda bulunabileceğini göstermiştir (Kaye-Tzadok ve Davidson-Arad, 2016). Başka bir çalışmada da, cinsel istismarın bildirildiği bir grup kadında (n=154), travma sonrası pozitif değişimler incelenmiştir. Algılanan fayda türleri, 4 ana kategoriye (çocukları istismardan korumak, kendini korumak, cinsel istismara yönelik bilgisini arttırmak ve daha güçlü bir kişiliğe sahip olmak) ayrılmıştır. Çalışmadaki kadınların %47'si bir derece pozitif değişim algıladıklarını bildirmişlerdir. Buna ek olarak, kendilerini daha güçlü olarak algılayanlar daha yüksek benlik saygısına sahip olduklarını ve cinsel istismar bilgisini arttıranlar, diğer katılımcılara kıyasla diğerlerini daha olumlu gördüklerini bildirmişlerdir (McMillen, Zuravin ve Rideout, 1995).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, 2019 yılında İstanbul ilinde yaşayan evli çiftler ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma kapsamında, evli çiftlerin çocukluk çağı ruhsal travma düzeyleri ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. Araştırmanın temel değişkenlerinin, demografik değişkenlere göre hangi ölçüde farklılaştığını tespit etmek amacıyla korelasyonel araştırma deseni kullanılmıştır. Korelasyon türü ilişkiyi yansıtan ilişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2007, s.81). Bu amaç ile ilişkisel tarama modeli ekseninde, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkilerin araştırılması için korelasyon türü ilişkisel analizlere başvurulmuştur (Karasar, 2007, s.218-219).

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni, İstanbul'da yaşayan evli çiftlerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi, en az bir yıl resmi nikah ile evli olan ve çalışmaya katılım sağlayan 203 evli çiftten oluşmaktadır. Veri toplama çalışmaları, Kasım 2019 ile Şubat 2020 arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonucunda veri toplama araçlarını eksik ve yanlış dolduran katılımcılar (9 çift) çalışma dışı bırakılmış ve 194 çift olmak üzere toplamda 388 katılımcının bildirimleri değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmanın örneklemine ulaşma ve verilerin toplanması, oransız elaman örnekleme yoluyla sağlanmıştır. Oransız eleman örnekleme, evrendeki tüm elemanların eşit seçilme şansına sahip oldukları örnekleme türüdür ve örneklemeye girenlerin sayısı ve seçimi tümüyle şansa bırakılmıştır (Karasar, 2007, s.113).

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama amacı ile Kişisel Bilgi Formu, bireylerin 20 yaşından önce gördükleri istismarı ve ihmali değerlendirmek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), evli çiftler arasındaki ilişki uyumunu ölçmek amacı ile Eş Desteği Ölçeği (EDÖ) ve travma sonrası büyüme düzeylerini ölçmek için Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Araştırmacı tarafından alan yazın bilgisi göz önünde bulundurularak oluşturulan kişisel bilgi formunda; katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, eğitim ve çalışma durumları gibi kendilerini tanımlayan sorular; kaç yıldır evli oldukları, kaçıncı evlilikleri olduğu, nasıl evlendikleri gibi evliliklerine ilişkin sorular ile çocukluk anılarına ilişkin sorular yer almaktadır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Bernstein, Fink, Handelsman ve Foote tarafından 1994 yılında gerçekleştirilen, kişilerin 20 yaş öncesinde yaşadıkları istismarı ve ihmali ölçmek amacıyla oluşturulmuş geriye dönük, öz bildirime dayalı ve niceliksel bir ölçme aracıdır. Ölçeğin 53 maddeden oluşan formu, Türkçe'ye de uyarlanmıştır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, 28 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Cevaplar, 1 (*hiçbir zaman*) ile 5 (*çok sık*) arasında yanıtlanabilmektedir. Ölçeğin alt faktörleri; çocukluk çağı cinsel, duygusal, fiziksel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmaldir. Alt ölçeklerin toplamından ölçekten alınacak toplam puan elde edilmektedir (Bernstein vd., 1994; Şar vd., 2012). Alt maddelerden alınabilecek puanlar 5-25, ölçekten alınacak toplam puanlar ise 25-125 arasında hesaplanmaktadır. Ayrıca ölçekteki 3 madde, travmanın inkarını ölçmek amacıyla, travmanın minimizasyonunu ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, dissosiyatif bozukluk hastalarına, onların birinci dereceden akrabalarına ve klinik dışı kontrol grubuna verilmiştir. Ölçeğin güvenirliğine bakıldığında iç tutarlık için bakılan Cronbach alfa değerinin .93, Gutmann yarım test değerinin ise .97 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca test-tekrar test yöntemiyle bulunan korelasyon katsayısı ise .90 olarak saptanmıştır. Alt testlerin iç tutarlığına bakıldığında; duygusal istismar .90, fiziksel istismar .90, cinsel istismar 0.73, fiziksel ihmal .77 duygusal ihmal .85 ve minimizasyon .71 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısının .91 yüksek düzey olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerliğine bakmak amacıyla tüm gruplara Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi (ÇÇKKİSL) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) verilmiştir. Yapılan analizler, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma İle Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği arasında .60 düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca varyans analizi sonucunda, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma ölçeğinin toplam puan ve alt ölçeklerinden elde edilen puanlar ortalamalarının üç grubu birbirinden anlamlı derecede

ayırdığı saptanmıştır. Bu bulgular, ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilir ve geçerli olduğunu göstermektedir (Şar vd., 2012).

3.3.3. Eş Desteği Ölçeği (EDÖ)

Eş Desteği Ölçeği, algılanan eş destek düzeyini belirlemek amacıyla Yıldırım (2004) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 27 maddeden oluşan, 3'lü likert tipi *(bana uygun, kısmen, bana uygun değil)* derecelendirmeye sahiptir. Ölçekte üç tersine çevrilmiş (*reverse*), madde yer almaktadır. Düz maddeler olduğu gibi puanlanırken, tersine çevrilmiş maddeler ise tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 81 ve en düşük puan 27'dir. Bu ölçekten yüksek puan almak yüksek düzeyde eş desteği algılıyor olmaya, düşük puan ise düşük düzeyde eş desteği algılıyor olmaya işaret etmektedir. EDÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 131'i kadın, 117'si erkek olmak üzere 248 evli birey ile yapılmıştır. EDÖ'nin yapı geçerliği temel bileşenler analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları, EDÖ'nin duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği ve sosyal ilgi desteği olmak üzere dört faktörlü olduğunu ortaya koymuştur. EDÖ'nin güvenirlik çalışması iki yolla hesaplanmıştır: Birinci olarak, Cronbach Alfa katsayısı bulunmuştur (α= .95) ; ikinci olarak ise, test-tekrar test güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır (r= .89). Bu araştırma kapsamında ölçeğin güvenirliğine bakılmış ve Cronbach Alpha katsayısı .94 olarak bulunmuştur. EDÖ'nin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin kanıtlar, eşlerin birbirinden aldıkları desteği ölçmek amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir (Yıldırım, 2004).

3.3.4. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri, travma sonrası olumlu değişimleri ölçen psikometrik bir araçtır. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (PTGI) Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilmiştir. Envanter (PTGI), travmatik olaydan kurtulanların, travma ve onunla başa çıkmak için kişisel algılardaki değişimlerini içeren kişisel faydaları algılamasını, girişimleriyle tahakkuk eden diğerleri ile ilişkiler ve yaşam felsefesi derecesini ölçmekte olan bir veri toplama aracıdır (Tedeschi ve Calhoun, 1996). PTGI, 21 maddeyi içeren 6 puanlı likert tipi *(0,1,2,3,4,5)* bir ölçektir. Envanterin orijinal biçimi beş alt ölçekten oluşmaktadır. İç tutarlılığı α=0.90; alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları α=.67 ile a=.85 arasında değerlere sahiptir. PTGI'nin Türkçe versiyonu Kağan, Güleç, Boysan ve Çavuş (2012) tarafından geliştirilmiştir. 723 (367 kişi % 50.76 erkek ve 356 kişi % 49.24 kadın) gönüllü katılımcıya uygulanan TSBE; Benlik Algısında Değişim, Yaşam Felsefesinde

Değişim ve İlişkilerde Değişim olarak üç alt ölçekten oluşmaktadır. Cronbach's Alpha İç tutarlılık katsayıları Benlik Algısında Değişim için α=.88, Yaşam Felsefesinde Değişim için α=.78, İlişkilerde Değişim için α=.77 ve tüm maddeler için α=.92 olarak bulunmuştur. Üç alt ölçek yapısının, doğrulayıcı faktör analizleri ile geçerliliği kanıtlanan TSBE, travma sonrası pozitif değişimi ölçek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır (Kağan vd., 2012).

3.4. İstatistiksel Analizler

Evli çiftlerdeki çocukluk çağı travmaları, eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmamızın analizlerini gerçekleştirmek amacıyla IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında tanımlayıcı istatistikleri, frekanslar ile belirtilmiştir. Normallik varsayımı çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ölçeklere göre gruplar arası karşılaştırma, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H, ANOVA ve Bağımsız Gruplar T testi ile incelenmiştir. Kategorik değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisinin analizinde Ki-Kare analizi kullanılmıştır. Ölçekler arası korelasyon analizi için Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. EDÖ ve tüm alt ölçeklerinin yordayıcılıklarını belirleyebilmek amacıyla sıralı lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Travması olan eşler arasında EDÖ ölçeği ve alt ölçekleri açısından anlamlı farklılık olup olmadığı Wilcoxon Signed Test ile incelenmiştir. Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme sonrasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık etkisinin olup olmadığını tespit etmek amacıyla aracılık analizi, IBM SPSS 25'de Process eklentisi kullanılarak yapılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

4.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Ölçeğin güvenirliğine bakıldığında iç tutarlık için bakılan Cronbach alfa değerinin .78 olduğu saptanmıştır. Alt testlerin iç tutarlığına bakıldığında; duygusal istismar .75, fiziksel istismar .81, cinsel istismar .94, fiziksel ihmal .60 duygusal ihmal .79 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısının .78 olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Geçerliliği sınamak amacıyla yapılan faktör analizinin yeterliliğini sınamak üzere yapılan analiz sonucunda KMO değeri 0.884 bulunmuş ve örneklemin yeterli olduğu görülmüştür. Ayrıca fiziksel ihmal, duygusal ihmal duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar faktörlerinin toplam varyansın %58.16'ısını açıkladığı tespit edilmiştir.

4.1.2. Eş Desteği Ölçeği (EDÖ)

Bu araştırma kapsamında ölçeğin güvenirliğine bakılmış ve Cronbach Alpha katsayısı .95 olarak bulunmuştur. Alt testler iç tutarlılığına bakıldığında; duygusal destek 0.90, maddi yardım ve bilgi desteği .63, takdir etme desteği .84, sosyal ilgi .73 olarak saptanmıştır. KMO değeri 0.95 bulunmuş örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktörler toplam varyansın %58'ini açıklamaktadır.

4.1.3. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Ölçeğin iç tutarlılığı α=.94'tür. Alt ölçeklerin iç tutarlılığına bakıldığında; benlik algısında değişim .92, yaşam felsefesinde değişim .85, ilişkilerde değişim .80 olarak ölçülmüştür. KMO değeri 0.93 bulunmuş örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktörler toplam varyansın %60'ını açıklamaktadır.

4.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Olan Katılımcılara İlişkin Bulgular

Bu çalışma, 194 çift olmak üzere toplam 388 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın analizleri dört aşamada oluşturulmuştur. Çalışmanın birinci aşamasında, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) 'ne göre çocukluk çağı travması bildirmeyen 50 (%13) katılımcı analiz dışı bırakılmış ve çocukluk çağı travmaları bildiren 338 katılımcının bildirimleri analiz için değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo I: Kişisel Bilgilere Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken		**n**	**(%)**
Cinsiyet			
	Kadın	163	48.2
	Erkek	175	51.8
Yaş			
	18-28	39	11.5
	29-39	163	48.2
	40 +	136	40.3
Eğitim Düzeyi			
	Lise ve altı	162	47.9
	Ön lisans ve üstü	176	52.1
Çalışma Durumu			
	Çalışıyor	269	79.6
	Çalışmıyor	69	20.4
Aylık Gelir			
	Geliri yok	61	18
	4000 ve altı	146	43.2
	4001 ve +	131	38.8

Tablo I'de, kişisel bilgilere ait tanımlayıcı veriler yer almaktadır. Çocukluk çağı travmaları olan 338 katılımcının %48.2'si kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %11.5'i 18-28 yaş arası, %40.3'ü 40 yaş ve üzeri grubu oluşturmaktadır. Eğitim düzeyine bakıldığında, katılımcıların %47.9'u lise ve altı grubu (okur yazar, ilkokul ve ortaokul) temsil etmektedir. Bununla birlikte katılımcıların %79.6'sı çalışmaktadır. %43.2'si 4000 ve altı ve %38.8'si 4001 ve üzeri gelire sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo II: Katılımcıların Evliliğine ve Çocuk Sayısına Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken		n	(%)
Evlilik Süresi			
	9 yıl ve altı	156	46.2
	10-18 yıl	92	27.2
	19 yıl ve +	90	26.6
Evlilik Sayısı			
	İlk evlilik	322	95.3
	İkinci evlilik	13	3.8
	Üçüncü evlilik ve +	3	0.9
Evlenme Biçimi			
	Sosyal çevre	200	59.2
	Aile ve çevresi	138	40.8
Çocuk Sayısı			
	1	92	27.2
	2-3	159	47
	4 ve +	25	7.4
	Yok	62	18.3

Tablo II'de, katılımcıların evliliğine ve çocuk sayısına ait tanımlayıcı veriler bulunmaktadır. Evlilik sürelerine bakıldığında en fazla katılımcı (n=156) 9 yıl ve altı grupta yer almaktadır. Bunu sırasıyla 10-18 yıl (%27.2) ve 19 ve üzeri yıl (%26.6) takip etmektedir. Katılımcıların %95.3'ü bir kez evlilik yapmışlardır. Evlenme biçimi verilerine bakıldığında %59.2'si sosyal çevreden (arkadaş ortamı, iş ortamı ve internet ortamı) ve %40.8'i aile ve çevresinden olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %47'si 2-3 çocuğa, %27.2'si bir çocuğa ve %7.4'ü 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğunu bildirmiştir. Hiç çocuğu olmayan katılımcıların yüzdesi 18.3 olarak belirlenmiştir.

Tablo III: Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve Psikolojik Destek Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken	n	(%)
Psikiyatrik tanı aldınız mı?		
Evet	31	9.2
Hayır	307	90.8
Psikiyatrik tanı aldınız mı?		
Hayır	307	90.8
Belirtmedi	5	1.5
Anksiyete bozukluğu	11	3.3
Bipolar bozukluğu	2	0.6
Depresyon bozukluğu	11	3.3
Obsesif kompulsif bozukluk	1	0.3
Uyku bozukluğu	1	0.3
Psikolojik destek aldınız mı?		
Evet	51	15.1
Hayır	287	84.9
Psikolojik destek aldınız mı?Süresi		
Hayır	287	84.9
0-1 yıl	40	11.8
2-3 yıl	6	1.8
4 yıl ve +	5	1.5
Psikolojik desteğin amacı		
Aile içi sorunlar	14	4.1
Eş ile ilgili sorunlar	5	1.5
Çocuklar ile ilgili sorunlar	3	0.9
İş ile ilgili sorunlar	4	1.2
Kendim ile ilgili sorunlar	25	7.4

Tablo III'te, katılımcıların psikiyatrik tanı ve psikolojik destek durumuna ait tanımlayıcı verilere yer verilmiştir. Katılımcıların yalnızca 31'i bir psikiyatrik tanı varlığını belirtmiştir. Bu tanıların %3.3'ü anksiyete bozukluğu ve %3.3'ü depresyon bozukluğundan oluşmaktadır. Katılımcıların %1.5'i, tanının ne olduğuna dair bilgi vermemiştir. Psikolojik desteğe ilişkin verilerde katılımcıların %15.1'i psikolojik destek aldığını, %11.8'i 0-1 yıl sürdüğünü ve %7.4'ü kendisiyle ilgili sorunlardan dolayı böyle bir yardıma başvurduğunu rapor etmiştir.

Tablo IV: Katılımcıların Alkol ve Madde Kullanımına Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken	n	(%)
Alkol kullanıp kullanmama		
Evet	114	33.7
Hayır	224	66.3
Alkol kullanma yılı		
Hayır	224	66.3
0-1 yıl	29	8.6
2-3 yıl	21	6.2
4 yıl ve +	64	18.9
Madde kullanıp kullanmama		
Evet	6	1.8
Hayır	332	98.2
Madde kullanma yılı		
Hayır	332	98.2
0-1 yıl	4	1.2
2-3 yıl	1	0.3
4 yıl ve +	1	0.3

Tablo IV'te, katılımcıların alkol ve madde kullanımına ait tanımlayıcı veriler bulunmaktadır. Katılımcıların %33.7'si alkol ve 1.8'si bir tür madde kullandığını belirtmiştir. Alkol kullanım süresi en fazla (%18.9) 4 ve üzeri yıl olurken, bu sürenin madde kullanımında %0.3 olduğu görülmüştür.

Tablo V: Katılımcıların Anne ve Babasının Eğitim Durumu ile Yerleşim Yerine Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken	n	(%)
Annenizin eğitim durumu		
İlkokul ve altı	266	78.7
Orta-lise	59	17.5
Ön lisans ve üzeri	13	3.8
Babanızın eğitim durumu		
İlkokul ve altı	213	63
Orta-lise	92	27.2
Ön lisans ve üzeri	33	9.8
En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri		
Köy	13	3.8
Kasaba	6	1.8
İlçe	46	13.6
Şehir	59	17.5
Büyükşehir	214	63.3

Tablo V'te, katılımcıların anne ve babasının eğitim durumu ile yerleşim yerine ait tanımlayıcı veriler yer almaktadır. Katılımcıların annelerinin %78.7'si ilkokul ve altı (okur yazar değil ve okur yazar), %17.5'si ortaokul ve lise ile %3.8'si ön lisans ve üzeri (lisans ve lisans üstü) eğitim düzeyine sahiptir. Bu oranlar babanın eğitim düzeyinde; %63 ilkokul ve altı, %27.2 ortaokul ve lise ile %9.8 ön lisans ve üzeri olarak belirlenmiştir. Yerleşim yeri verilerine bakıldığında katılımcıların %63.3'ü yaşamının en uzun süresini büyükşehirde geçirdiğini bildirmiştir.

Tablo VI: Katılımcıların Aile Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken		**n**	**(%)**
Çocukken bakımınız ile en çok kim ilgilendi?			
	Anne	279	82.5
	Baba	13	3.8
	Abi / Ablam	13	3.8
	Anneanne / Babaanne	26	7.7
	Teyze / Hala	4	1.2
	Anne ve Baba	3	0.9
Kaç kardeşsiniz?			
	Tek çocuk	12	3.6
	2-3	159	47
	4 ve +	167	9.4
Kaçıncı çocuksunuz?			
	İlk	118	34.9
	2-3	153	45.3
	4 ve +	67	19.8
Aile tipi			
	Aşırı koruyucu	58	17.2
	Çocuk odaklı	19	5.6
	Otoriter	93	27.5
	İlgisiz	14	4.1
	Tutarsız	22	6.5
	Destekleyici ve kabul edici	132	39.1

Tablo VI'da, katılımcıların aile durumuna ait tanımlayıcı veriler bulunmaktadır. Katılımcıların %82.5'i çocukken bakımını annesinin üstlendiğini bildirmiştir. anne ve babanın birlikte çocuğun bakımını üstlenme oranı ise %0.9 olarak bulunmuştur. Kardeş sayılarına bakıldığında %47'si 2-3 kardeş olduklarını belirtmiştir. Bununla birlikte 153 katılımcı, ikinci ya da üçüncü çocuk olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların hangi aile tipine sahip olduğuna

ilişkin verilerde; %39.1'i destekleyici ve kabul edici olduğunu rapor etmiştir. Bunu sırasıyla; %27.5 otoriter, %17.2 aşırı koruyucu, %6.5 tutarsız, %5.6 çocuk odaklı ve %4.1 oranında ilgisiz aile izlemiştir.

Tablo VII: Katılımcıların Evlilik Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken	n	(%)
Evlilik problemleri yaşıyor musunuz?		
Evet	19	5.6
Bazen	154	45.6
Hayır	165	48.8
Evlilik problemleri yaşıyor musunuz?		
Duygusal şiddet	35	10.4
Duygusal ihmal	37	10.9
Fiziksel ihmal	17	5
Kayınvalide/kayınpeder problemleri	13	3.8
Çocuk yetiştirmede uyuşmazlıklar	48	14.2
Fikir ayrılıkları	23	6.8
Hayır	165	48.8

Tablo VII'de, katılımcıların evlilik durumuna ait tanımlayıcı veriler gösterilmiştir. Katılımcıların %5.6'sı her zaman ve %45.6'sı bazen evlilik problemi yaşadığını belirtmiştir. Evlilik problemlerinin hangi konular üzerine olduğuna ilişkin veriler; %14.2'sinin çocuk yetiştirme stillerindeki uyuşmazlıklardan kaynaklandığını göstermektedir. Bunu sırasıyla; %10.9 duygusal ihmal, %10.4 duygusal şiddet, %6.8 herhangi bir konuda fikir ayrılığı yaşama, %5 fiziksel ihmal ve %3.8 kayınvalide/kayınpeder problemleri takip etmiştir. Katılımcıların %48.8'i ise, evlilik problemleri yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo VIII: Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmalarıyla Baş Etme ile Eş Desteğine Sahip Olma Durumuna Ait Tanımlayıcı Veriler

Değişken	n	(%)
Çocukluk çağı travmalarıyla baş etme		
Evet	159	47
Kısmen	124	36.7
Hayır	55	16.3
Çocukluk çağı travmalarıyla baş etmede etken sebep		
Eş desteği	82	24.3
Aile desteği	115	34
Arkadaş desteği	38	11.2
Profesyonel destek	8	2.4
Kişisel güç	39	11.5
Hayır	56	16.6
Eş desteğine sahip olma		
Evet	251	74.3
Kısmen	76	22.5
Hayır	11	3.3

Tablo VIII'de, katılımcıların çocukluk çağı travmalarıyla baş etme ile eş desteğine sahip olma durumuna ait tanımlayıcı verilere yer verilmiştir. Katılımcıların %47'si tam olarak ve %36.7'si kısmen çocukluk çağı travmalarıyla baş ettiklerini bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travmalarıyla baş etmede etken sebep en fazla aile desteği (%34) görülmüştür. Bunu sırasıyla eş desteği (%24.3), kişisel güç (%11.5), arkadaş desteği (%11.2) ve profesyonel destek (%2.4) takip etmiştir. Eş desteğine sahip olmaya ilişkin verilere bakıldığında, katılımcıların %74.3'ü tam olarak ve %22.5'i kısmen eş desteğine sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo IX: Katılımcıların Çocukluk Anılarına Ait Yanıtlarının Tanımlayıcı Frekansları

	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bir şey söylemeye çekinmek	66	19.5	95	**28.1**	113	**33.4**	38	**11.2**	26	7.7
İhtiyaçları ile ilgilenilmemesi	163	48.2	87	25.7	55	16.3	11	3.3	22	6.5
Eğitimi yarıda bırakmak	287	84.9	12	3.6	7	2.1	6	1.8	26	7.7
Erken yaşta çalışmak	261	77.2	22	6.5	16	4.7	16	4.7	23	6.8
Kardeşlerinin bakımını üstlenmek	267	79.0	29	8.6	21	6.2	6	1.8	15	4.4
Önce izin verme sonra kızma	212	62.7	74	21.9	38	11.2	8	2.4	6	1.8
Anneye babaya yakın hissetmek	31	9.2	36	10.7	87	25.7	86	25.4	98	29.0
Kardeşleriyle daha çok ilgilenmesi	189	55.9	64	18.9	56	16.6	16	4.7	13	3.8
Çocuklarına ayrımcı davranılması	230	68.0	50	14.8	32	9.5	15	4.4	11	3.3
Ailede suçlanmak	253	74.9	38	11.2	33	9.8	8	2.4	6	1.8
Çocukların isteklerini yerine getirmek	74	21.9	89	26.3	95	28.1	55	16.3	25	7.4
Anne babanın arkadaş gibi davranması	70	20.7	76	22.5	99	**29.3**	51	15.1	42	**12.4**
Anne babanın kendisiyle az zaman geçirmesi	84	24.9	98	**29.0**	82	24.3	53	**15.7**	21	6.2
Anne babanın tepkisiz kalması	168	49.7	88	26.0	60	17.8	9	2.7	13	3.8
Annenin baba gibi, babanın anne gibi davranması	165	48.8	55	16.3	42	12.4	27	8.0	49	**14.5**
Yetersiz görülme	217	64.2	55	16.3	38	11.2	17	5.0	11	3.3
Aile içinde kendini güvensiz hissetme	229	67.8	42	12.4	42	12.4	14	4.1	11	3.3
Doktora götürülmeme	244	72.2	34	10.1	27	8.0	11	3.3	22	6.5

Tablo IX'da, katılımcıların çocukluk anılarına ait yanıtlarının tanımlayıcı frekanslarına yer verilmiştir. Katılımcıların %14.5'i her zaman annesinin baba gibi, babasının anne gibi davrandığını; %12.4'ü anne babasının arkadaş gibi davrandığını; %15.7'si sıklıkla anne ve babasının kendisiyle az zaman geçirdiğini, %11.2'si anne ve babasına bir şey söylemeye çekindiğini; %33.4'ü bazen bir şey söylemeye çekindiğini, %29.3'ü arkadaş gibi davrandıklarını; %29'u nadiren kendisiyle az zaman geçirdiklerini ve %28.1'i bir şey söylemeye çekindiğini rapor etmiştir.

Tablo X: Katılımcıların Tek ve Çoklu Travma Frekansları

	n	%
Tek travma	76	22.5
Çoklu travma	262	77.5

Tablo X'da, katılımcıların tek ve çoklu travma frekansları yer almaktadır. Katılımcıların, %77.5 birden fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Tek travma bildiren, 76 (%22.5) katılımcı bulunmaktadır.

Tablo XI: Katılımcıların Tek Travma Frekansları

	n	%
Cinsel istismar	2	2.6
Duygusal istismar	3	3.9
Duygusal ihmal	60	78.9
Fiziksel ihmal	11	14.5

Tablo XI'de, katılımcıların tek travma frekansları bulunmaktadır. Çocukluk çağ travmaları içinde en fazla rapor edilen tek travma türü duygusal ihmal (%78.9) olmuştur. Bunu sırasıyla, fiziksel ihmal (%14.5), duygusal istismar (%3.9) ve cinsel istismar (%2.6) izlemiştir.

Tablo XII: Cinsiyet Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Fiziksel İhmal	Kadın(n=163) Erkek(n=175)	157.65 180.54	12330.5	-2.2	**0.03**
Duygusal İhmal		159.57 178.75	12644	-1.81	0.07
Duygusal İstismar		173.7 165.59	13578.5	-0.83	0.41
Fiziksel İstismar		169.83 169.19	14209	-0.08	0.93
Cinsel İstismar		174.38 164.96	13467.5	-1.8	0.07
CTQ_Toplam		163.5 175.09	13285	-1.09	0.28
Benlik Algısında Değişim		176.37 163.11	13143.5	-1.25	0.21
Yaşam Felsefesinde Değişim		166.43 172.36	13762	-0.56	0.58
İlişkilerde Değişim		176.45 163.02	13129	-1.27	0.21
TSBE_Toplam		173.73 165.56	13573.5	-0.77	0.44

Tablo XII'de, cinsiyet değişkeni, CTQ ve TSBE ile alt ölçekleri arasında normallik testi yapılmıştır. Buna göre basıklık ve çarpıklık değeri -1 ile + 1 arasında olan değişkenler normal kabul edilmiştir. Cinsiyet değişkeni, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle cinsiyet ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre her iki cinsiyet arasında sadece fiziksel ihmal açısından anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p=0.03). Buna göre erkekler, kadınlardan daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo XIII: Yaş Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Yaş	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	18-28 (n=39) 29-39 (n=163) 40 ve + (n=136)	168.09 161.37 179.65	2.72	0.26
Duygusal İhmal		153.64 165.04 179.39	2.78	0.25
Duygusal İstismar		160.17 172.14 169.01	0.56	0.75
Fiziksel İstismar		175.21 168.84 168.65	0.29	0.86
Cinsel İstismar		193.85 170.08 161.82	13.43	**0.001**
CTQ_Toplam		161.58 163.25 179.27	2.29	0.32
Benlik Algısında Değişim		162.56 175 164.90	1.02	0.60
Yaşam Felsefesinde Değişim		189.96 175.97 155.88	5.08	0.08
İlişkilerde Değişim		164.86 162.71 178.97	2.16	0.34
TSBE_Toplam		172.73 172.66 164.79	0.53	0.77

Tablo XIII'te, yaş değişkeni, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle yaş, CTQ ölçeği ve beş alt ölçeği ile TSBE ölçeği ile üç alt ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Gruplar arasındaki ikili karşılaştırma (Pairwise Comparison) alfa değerleri üzerinde Bonferroni düzeltmesi gerçekleştirilerek yapılmıştır. Anlamlı sonuç veren tüm Kruskal-Wallis analizlerinde ikili karşılaştırmalar (SPSS yeni sürümleri tüm ikili karşılaştırmaların elde edilmesine olanak sağladığından tek tek tüm gruplar için Mann-Whitney U yapılmasına gerek yoktur) alfa değeri, Bonferroni düzeltmesi yapılarak gerçekleştirilmiştir (bu aşama, diğer analizlerde tekrar belirtilmeyecektir). Yaş grupları arasında sadece cinsel istismar (p=0.001) ortalamaları

açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Cinsel istismar ortalamaları açısından yaş grupları arasındaki fark 40 yaş üstü bireyler ile 18-28 yaş aralığındaki bireyler (U=32.03; p=0.001) ve 29-39 yaş aralığındaki bireyler ile 18-28 yaş aralığındaki bireyler arasında görülmektedir (U=23.76; p=0.02). 18-28 yaş aralığındaki bireyler; 29-39 yaş aralığındaki bireylerden ve 40 yaş üstü bireylerden daha fazla cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo XIV: Eğitim Seviyeleri Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Eğitim Seviyesi	**Sıra Ortalaması**	**U**	**Z**	**p**
Fiziksel İhmal	Lise ve altı(n=162) Ön lisans ve üstü(n=176)	195.55 145.52	10035.5	-4.81	**0.00**
Duygusal İhmal		185.72 154.57	11628	-2.94	**0.003**
Duygusal İstismar		178.43 161.28	12810	-1.75	0.08
Fiziksel İstismar		183.44 156.67	11998	-3.52	**0.00**
Cinsel İstismar		168.31 170.60	14062.5	-0.44	0.66
CTQ_Toplam		190.98 149.73	10776	-3.88	**0.00**
Benlik Algısında Değişim		172.87 166.39	13709.5	-0.61	0.54
Yaşam Felsefesinde Değişim		159.51 178.70	12637.5	-1.81	0.07
İlişkilerde Değişim		182.14 157.86	12208	-2.29	**0.02**
TSBE_Toplam		171.08 168.05	14000	-0.29	0.78

Tablo XIV'te**,** eğitim seviyeleri, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle eğitim seviyeleri, CTQ ve beş alt ölçeği ile TSBE ve üç alt ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Lise ve altı eğitim seviyesindeki bireyler ön lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip bireylerden daha fazla fiziksel ihmale ($p<0.001$); duygusal ihmale ($p=0.003$); fiziksel istismara ($p<0.001$) ve çocukluk çağı travmalarına ($p<0.001$) maruz kaldıklarını ve buna karşılık daha fazla ilişkilerde değişim yaşadıklarını ($p=0.02$) belirtmişlerdir.

Tablo XV: Çalışma Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Fiziksel İhmal	Çalışıyor(n=269) Çalışmıyor(n=69)	166.05 182.95	8352.5	-1.31	0.19
Duygusal İstismar		167.87 175.87	8841	-0.66	0.51
Fiziksel İstismar		167.11 178.8	8638.5	-1.24	0.22
Cinsel İstismar		170.79 164.49	8934.5	-0.97	0.33
CTQ_Toplam		166.04 183	8349	-1.29	0.20
Benlik Algısında Değişim		168.46 173.56	9000.5	-0.39	0.70
TSBE_Toplam		169.79 168.36	9201.5	-1.1	0.91
	Çalışma Durumu	**Ortalama±Standart Sapma**	**Varyans Homojenliği F/p**	**T**	**p**
Duygusal İhmal	Çalışıyor(n=269) Çalışmıyor(n=69)	11.25±4.21 11.65±4.68	1.81/0.18	-0.69	0.49
Yaşam Felsefesinde Değişim		18.33±6.64 17.38±5.91	1.27/0.26	1.09	0.28
İlişkilerde Değişim		11.70±5.52 12.83±4.63	2.07/0.15	-1.56	0.12

Tablo XV'te, çalışma durumu, CTQ ve TSBE toplam ile alt ölçekleriyle birlikte değerlendirildiğinde duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Çalışma durumuna göre duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalama değişimi için bağımsız gruplar t testi, diğer ölçeklerin ortalamalarının değişip değişmediğini tespit edebilmek için de, Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyans homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Ölçek ortalamalarına göre çalışma durumları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo XVI: Gelir Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Gelir Durumu	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	Gelir yok(n=61) 4000 ve altı(n=146) 4001 ve üstü(n=131)	181.56 181.41 150.61	8.35	**0.02**
Duygusal İhmal		167.19 180.30 158.53	3.49	0.18
Duygusal İstismar		167.84 169.02 170.81	0.05	0.97
Fiziksel İstismar		176.33 174.64 160.60	3.49	0.17
Cinsel İstismar		162.87 171.93 169.88	1.53	0.46
CTQ_Toplam		176.63 180.10 154.36	5.20	0.07
Benlik Algısında Değişim		183.53 170.11 162.28	1.98	0.37
Yaşam Felsefesinde Değişim		152.41 174.74 171.62	2.36	0.31
İlişkilerde Değişim		183.02 169.59 163.11	1.74	0.42
TSBE_Toplam		172.54 171.93 165.37	0.38	0.83

Tablo XVI'da, gelir durumu, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle gelir durumu ile CTQ ve beş alt ölçeği arasındaki ilişkiyi ve TSBE ölçeği ile üç alt ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Gelir grupları arasında fiziksel ihmal (p=0.02) ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark 4001 ve üstü gelir seviyesine sahip bireyler ile 4000 ve altı gelir seviyesine sahip bireyler arasında görülmektedir (p=0.02). Gelir durumu 4001 ve üstü olan bireyler, gelir durumu 4000 ve altı olan bireylerden daha az fiziksel ihmale uğradıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XVII: Evlilik Sayısı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Evlilik Sayısı	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	İlk(n=322) İki(n=13) Üç +(n=3)	167.37 201.23 260.5	4.31	0.12
Duygusal İhmal		167.32 205.85 245.5	3.80	0.15
Duygusal İstismar		167.76 181.73 302.83	6.95	**0.03**
Fiziksel İstismar		167.52 186.46 308.83	12.93	**0.002**
Cinsel İstismar		168.63 180.88 214	3.39	0.18
CTQ_Toplam		166.72 208.35 299.17	7.62	**0.02**
Benlik Algısında Değişim		169.12 194.38 102.67	2.26	0.32
Yaşam Felsefesinde Değişim		168.62 204.5 112.67	2.72	0.26
İlişkilerde Değişim		168.38 200.5 155.33	1.42	0.49
TSBE_Toplam		168.71 201.15 117.5	2.24	0.33

Tablo XVII'de, evlilik sayısı, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle evlilik sayısı, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Duygusal istismar ortalamaları (p=0.03) açısından evlilik sayısına ilişkin gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın ilk evliliğini yapan ile üç ve üstü evliliğini yapan katılımcılar arasında olduğu ikili karşılaştırma ile anlaşılmaktadır (p=0.03). Üç ve üstü evlilik yapan katılımcılar, ilk evliliğini yapan katılımcılara göre daha fazla duygusal istismara uğradığını belirtmiştir. Fiziksel istismar ortalamaları (p=0.02) açısından evlilik sayısına ilişkin gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın ilk evliliğini yapan ile üç ve üstü evliliğini

yapan katılımcılar arasında olduğu ikili karşılaştırma ile anlaşılmaktadır (p=0.01). Ayrıca ikinci evliliğini yapan katılımcılar ile üç ve üstü evlilik yapan bireyler arasında da farklılık tespit edilmiştir (p=0.02). Üç ve üstü evlilik yapan katılımcılar, ilk evliliğini yapan katılımcılardan ve ikinci evliliğini yapan katılımcılardan daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. CTQ toplam için gruplar arasında anlamlı fark görülse de, Bonferroni düzeltmesi ile böyle bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo XVIII: Evlenme Biçimi Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Evlenme Biçimi	**Sıra Ortalaması**	**U**	**Z**	**p**
Fiziksel İhmal	Sosyal çevre(n=200) Aile ve çevresi(n=138)	161.82 180.64	12263	-1.78	0.08
Duygusal İstismar		168.83 170.47	13665.5	-0.17	0.87
Fiziksel İstismar		162.27 179.99	12353	-2.29	**0.02**
Cinsel İstismar		170.68 167.79	13564	-0.54	0.59
CTQ_Toplam		159.99 183.28	11898	-2.16	**0.03**
Benlik Algısında Değişim		164.44 176.84	12787.5	-1.15	0.25
TSBE_Toplam		169.17 169.98	13734	-0.08	0.94
	Evlenme Biçimi	**Ortalama±Standart Sapma**	**Varyans Homojenliği F/p**	**T**	**p**
Duygusal İhmal	Sosyal çevre(n=200) Aile ve çevresi(n=138)	10.84±3.98 12.06±4.67	2.66/0.1	-2.59	**0.01**
Yaşam Felsefesinde Değişim		18.43±7.01 17.72±5.69	3.48/0.06	0.97	0.33
İlişkilerde Değişim		11.44±5.65 12.64±4.85	3.43/0.07	-2.04	**0.04**

Tablo XVIII'de, evlenme biçimi ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde; duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Evlenme biçimine göre

duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalama değişimi için bağımsız gruplar t testi, diğer ölçeklerin ortalamalarının değişip değişmediğini tespit edebilmek için de Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Evlenme biçimleri arasında duygusal ihmal (p=0.01), fiziksel istismar (p=0.02), çocukluk çağı travmaları toplam (p=0.03), ilişkilerde değişim (p=0.04) ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Duygusal ihmal ortalamalarına göre aile ve çevresi aracılığı ile evlenmiş katılımcılar, sosyal çevre aracılığı ile evlenmiş katılımcılara göre daha fazla duygusal ihmale uğramışlardır. Fiziksel istismar, çocukluk çağı travmaları ortalamaları açısından da benzer sonuçlar çıkmıştır. Yine aile ve çevresi aracılığı ile evlenen bireyler, sosyal çevresi aracılığı ile evlenen bireylerden daha fazla ilişkilerde değişim yaşamışlardır.

Tablo XIX: Çocuk Sahipliği Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Çocuk Sahipliği	**Sıra Ortalaması**	**U**	**Z**	**p**
Fiziksel İhmal	Var(n=276) Yok(n=62)	175.75 141.68	6831	-2.54	**0.01**
Duygusal İstismar		173.03 157.79	7582	-1.52	0.13
Fiziksel İstismar		171.25 161.73	8074	-0.97	0.33
Cinsel İstismar		168.67 173.20	8326.5	-0.67	0.5
CTQ_Toplam		175.53 142.68	6893	-2.40	**0.02**
Benlik Algısında Değişim		170.13 166.68	8381	-0.25	0.80
TSBE_Toplam		170.43 165.36	8299.5	-0.37	0.71
	Çocuk Sahipliği	**Ortalama±Standart Sapma**	**Varyans Homojenliği F/p**	**T**	**p**
Duygusal İhmal	Var(n=276) Yok(n=62)	11.58±4.45 10.24±3.44	8.43/0.004	2.61	**0.01**
Yaşam Felsefesinde Değişim		18.03±6.36 18.61±7.15	2.87/0.09	-0.63	0.53
İlişkilerde Değişim		12.28±5.25 10.39±5.61	0.93/0.34	2.53	0.34

8.43/0.(004) Varyans homojen değildir. Bu nedenle varyansın homojen olmadığı durumda geçerli olan t istatistiği ve prob değeri verilmiştir.

Tablo XIX'da, çocuk sahipliği değişkeni ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Çocuk sahipliğine göre duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalama değişimi için bağımsız gruplar t testi, diğer ölçeklerin ortalamalarının değişip değişmediğini tespit edebilmek için de Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Çocuk sahibi olup olmama durumları arasında duygusal ihmal (p=0.01), fiziksel ihmal (p=0.01), çocukluk çağı travmaları toplam (p=0.02) ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çocuk sahibi olan katılımcılar, olmayanlara göre daha fazla duygusal ihmale, fiziksel ihmale ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalmışlardır.

Tablo XX: Çocuk Sayısı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı(n)	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	1(n=92) 2-3(n=159) 4+(n=25)	133.59 134.09 184.6	9.52	**0.009**
Duygusal İhmal		138.44 132.40 177.54	6.95	**0.03**
Duygusal İstismar		137.33 135.93 159.16	2.16	0.34
Fiziksel İstismar		137.08 136.39 157.13	2.82	0.24
Cinsel İstismar		145.36 136.34 127	5.73	0.06
CTQ_Toplam		138.05 132.46 178.54	7.22	**0.03**
Benlik Algısında Değişim		130.01 141.25 152.30	1.98	0.37
Yaşam Felsefesinde Değişim		143.83 136.48 131.74	0.69	0.71
TSBE_Toplam		136.17 139.42 141.24	0.13	0.94

	Çocuk Sayısı(n)	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	F	p
İlişkilerde Değişim	1(n=92) 2-3(n=159) 4+(n=25)	12.18±5.33 12.36±5.33 12.08±4.63	0.46/0.63	0.05	0.95

Tablo XX'de, çocuk sayısı, CTQ toplam yapılan normallik testine göre normal dağılımdan sapma tespit edilmiştir. Bu nedenle çocuk sayısı, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve iki alt ölçeği arasındaki ilişkiye Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. Çocuk sayısı ile İlişkilerde Değişim ölçeğinin normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiş ve ortalamalar açısından farklılığı ANOVA ile incelenmiştir. Çocuk sayısı ile duygusal ihmal (p=0.03), fiziksel ihmal (p=0.009), çocukluk çağı travmaları (p=0.03) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bulgulara göre, dört ve üstü çocuk sahibi olan katılımcılar, tek çocuk sahibi olan katılımcılara (p=0.01) ve 2-3 çocuk sahibi olan katılımcılara (p=0.008) göre daha fazla fiziksel ihmale uğradıklarını belirtmişlerdir. Dört ve üstü çocuk sahibi olan katılımcılar, 2-3 çocuk sahibi olan katılımcılardan daha fazla duygusal ihmale (p=0.03) ve çocukluk çağı travmalarına (p=0.02) maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XXI: Psikiyatrik Tanı Varlığı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Tanı Varlığı	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Fiziksel İhmal	Evet(n=31) Hayır(n=307)	178.06 138.64	4493	-0.52	0.60
Duygusal İstismar		233.31 163.06	2780.5	-4.14	**0.00**
Fiziksel İstismar		205.39 165.88	3646	-2.99	**0.003**
Cinsel İstismar		187.47 167.69	4201.5	-2.18	**0.03**
CTQ_Toplam		216.40 164.76	3304.5	-2.81	**0.005**
Benlik Algısında Değişim		142.29 172.25	3915	-1.63	0.10
Yaşam Felsefesinde Değişim		155.35 170.93	4320	-0.85	0.40
TSBE_Toplam		143.84 172.09	3963	-1.54	0.13

	Psikiyatrik Tanı Varlığı	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	t	p
Duygusal İhmal	Evet(n=31) Hayır(n=307)	12.77±4.51 11.19±4.27	0.09/0.77	1.96	**0.05**
İlişkilerde Değişim		11.13±5.97 12.01±5.30	0.44/0.51	-0.88	0.38

Tablo XXI'de, psikiyatrik tanı varlığı ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde; duygusal ihmal, ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Psikiyatrik tanı varlığına göre duygusal ihmal, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalama değişimi için bağımsız gruplar t testi, diğer ölçeklerin ortalamalarının gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için de Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Psikiyatrik tanısı olanlar ile olmayanlar arasında duygusal ihmal (p=0.05), duygusal istismar (p<0.001), fiziksel istismar (p=0.003), cinsel istismar (p=0.03) ve çocukluk çağı travmaları toplam (p=0.005) ortalamaları bakımdan istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre, psikiyatrik tanı alan katılımcılar, almayanlara göre daha fazla duygusal ihmale, duygusal istismara, fiziksel istismara, cinsel istismara ve çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XXII: Psikolojik Destek Alma Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Psikolojik Destek Alma	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Fiziksel İhmal	Evet(n=51) Hayır(n=287)	189.85 165.88	6280.5	-1.65	0.10
Duygusal İstismar		232.36 158.33	4112.5	-5.42	**0.00**
Fiziksel İstismar		197.63 164.5	5884	-3.12	**0.002**
Cinsel İstismar		184.48 166.84	6554.5	-2.41	**0.02**
CTQ_Toplam		222.84 160.02	4598	-4.24	**0.00**
Benlik Algısında Değişim		163.26 170.61	7000.5	-0.50	0.62
TSBE_Toplam		162.40 170.76	6956.5	-0.56	0.57

	Psikolojik Destek Alma	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	t	p
Duygusal İhmal	Evet(n=51) Hayır(n=287)	13.18±4.71 11.01±4.16	1.08/0.30	3.36	**0.001**
Yaşam Felsefesinde Değişim		19.39±5.71 17.92±6.62	0.37/0.55	1.50	0.14
İlişkilerde Değişim		10.76±4.87 12.14±5.43	1.20/0.28	-1.69	0.09

Tablo XXII'de, psikolojik destek alımı ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde duygusal ihmal, yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Psikolojik destek alımına göre duygusal ihmal, ilişkilerde değişim, yaşam felsefesinde değişim ölçekleri ortalama değişimi için bağımsız gruplar t testi, diğer ölçeklerin ortalamalarının gruplara göre değişip değişmediğini tespit edebilmek için de Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Psikolojik destek alan katılımcılar, psikolojik destek almayan katılımcılara göre daha fazla duygusal ihmale ($p=0.001$), duygusal istismara ($p<0.001$), fiziksel istismara ($p=0.002$), cinsel istismara ($p=0.02$) ve çocukluk çağı travmalarına ($p<0.001$) uğradıklarını bildirmişlerdir.

Tablo XXIII: Annenin Eğitim Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Annenin Eğitim Durumu	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	İlkokul ve daha az(n=266) Ortaokul-lise(n=59) Önlisans-Lisans(n=13)	176.87 139.70 153.96	7.66	**0.02**
Duygusal İhmal		179.10 132.65 140.31	12.19	**0.002**
Duygusal İstismar		172.30 149.72 202.04	4.81	0.09
Fiziksel İstismar		171.47 158.92 177.31	1.72	0.42
Cinsel İstismar		169.13 165.60 194.85	3.99	0.14
CTQ_Toplam		177.95 133.89 158.31	10.02	**0.007**
Benlik Algısında Değişim		172.61 154.40 174.35	1.72	0.42
Yaşam Felsefesinde Değişim		165.17 181.73 202.54	2.94	0.23
TSBE_Toplam		170.77 161.26 181	0.64	0.73

	Annenin Eğitim Durumu	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	F	p
İlişkilerde Değişim	İlkokul ve daha az(n=266) Ortaokul-lise(n=59) Önlisans-Lisans(n=13)	12.21±5.36 10.98±5.34 10.54±5.17	0.05/0.95	1.73	0.18

Tablo XXIII'de, katılımcıların annelerinin eğitim durumu ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Annenin eğitim durumuna göre ilişkilerde değişim ölçekleri ortalamaları değişimi için ANOVA, diğer ölçeklerin ortalamalarının gruplara göre değişip değişmediğini tespit edebilmek için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Fiziksel ihmal ortalamalarına (p=0.02) göre annenin eğitim durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Annesi ortaokul-lise mezunu olanlar ile annesi ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.02). Buna göre, annesi ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, annesi ortaokul-lise mezunu olanlara göre daha fazla fiziksel ihmale uğradığını belirtmiştir. Duygusal ihmal ortalamalarına (p=0.002) göre annenin eğitim durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Annesi ortaokul-lise mezunu olanlar ile annesi ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.003). Buna göre, annesi ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, annesi ortaokul-lise mezunu olanlardan daha fazla duygusal ihmale uğradıklarını belirtmişlerdir. Çocukluk çağı travmaları ortalamalarına göre annenin eğitim durumları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.007). Annesi ortaokul-lise mezunu olanlar ile annesi ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.005). Buna göre annesi ilkokul ve daha düşük seviyede eğitim seviyesinde olan katılımcılar, annesi ortaokul-lise mezunu olan katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına uğradıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XXIV: Babanın Eğitim Durumu Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Babanın Eğitim Durumu	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	İlkokul ve daha az(n=213) Ortaokul-lise(n=92) Önlisans-Lisans(n=33)	183.91 144.48 146.21	13.10	**0.001**
Duygusal İhmal		183.98 145.05 144.23	12.72	**0.002**
Duygusal İstismar		175.41 156.48 167.65	2.86	0.24
Fiziksel İstismar		173.55 165.66 154.06	2.60	0.27
Cinsel İstismar		169.44 169.38 170.21	0.01	0.99
CTQ_Toplam		184.20 145.46 141.67	13.10	**0.001**
Benlik Algısında Değişim		174.60 164.57 150.35	2.09	0.35
TSBE_Toplam		173.53 164.91 156.30	1.17	0.56

	Babanın Eğitim Durumu	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	F	p
Yaşam Felsefesinde Değişim	İlkokul ve daha az(n=213) Ortaokul-lise(n=92) Önlisans-lisans(n=33)	18.07±6.49 18.14±6.5 18.58±6.79	0.17/0.85	0.09	0.92
İlişkilerde Değişim		12.35±5.27 11.22±5.63 11.24±5.01	0.14/0.87	1.74	0.18

Tablo XXIV'de, katılımcıların babasının eğitim durumu ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde yaşam felsefesinde değişim ve ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Babanın eğitim durumuna göre yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalamaları değişimi için ANOVA, diğer ölçeklerin ortalamalarının gruplara göre değişip değişmediğini tespit edebilmek için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir. Fiziksel ihmal (p=0.001) ortalamalarına göre babanın eğitim durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Babası ortaokul-lise mezunu olanlar ile babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.003). Buna göre babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, babası ortaokul-lise mezunu olanlardan daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Duygusal ihmal (p=0.002) ortalamalarına göre babanın eğitim durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Babası ortaokul-lise mezunu olanlar ile babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.004). Buna göre, babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, babası ortaokul-lise mezunu olanlardan daha fazla duygusal ihmale uğradıklarını bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travmaları toplam (p=0.001) ortalamalarına göre babasının eğitim durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Babası ortaokul-lise mezunu olanlar ile babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.004). Buna göre, babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, babası ortaokul-lise mezunu olan katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XXV: Bakım Veren Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Bakım Veren	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	Anne/baba(n=295) Anne baba dışındakiler(n=43)	164.03 207.05	4728	**0.01**
Duygusal İhmal		162.86 215.02	4385	**0.001**
Duygusal İstismar		166.11 192.76	5342.5	0.07
Fiziksel İstismar		165.55 196.58	5178	**0.01**
Cinsel İstismar		170.54 162.38	6036.5	0.3
CTQ_Toplam		163.02 213.94	4431.5	**0.001**
Benlik Algısında Değişim		168.99 173.01	6191.5	0.8
Yaşam Felsefesinde Değişim		167.66 182.15	5798.5	0.36
İlişkilerde Değişim		170.09 165.48	6169.5	0.77
TSBE_Toplam		168.78 174.47	6129	0.72

Tablo XXV'de, bakım veren değişkeni, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasında yapılan normallik testine göre normal dağılımdan sapma tespit edilmiştir. Bu nedenle bakım veren değişkeni, CTQ ve alt ölçekleri ile TSBE alt ölçekleri arasındaki ilişki ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Bakım veren kişiler arasında fiziksel ihmal (p=0.01), duygusal ihmal (p=0.001), fiziksel istismar (p=0.01) ve çocukluk çağı travmaları (p=0.001) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Anne ve baba dışındaki bakım verenler tarafından yetiştirilen katılımcılar, anne ve babaları tarafından yetiştirilen katılımcılara göre daha fazla fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal gördüklerini ve daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo XXVI: Kardeş Sayısı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Kardeş Sayısı	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	Tek(n=12) 2-3(n=159) 4+(n=167)	173.63 162.39 175.97	1.67	0.44
Duygusal İhmal		166.29 163.64 175.31	1.18	0.55
Duygusal İstismar		189.67 156.7 180.16	6.12	**0.05**
Fiziksel İstismar		206.38 161.55 174.42	6.21	**0.05**
Cinsel İstismar		183.67 169.36 168.61	1.09	0.58
CTQ_Toplam		183.67 159.40 178.10	3.25	0.20
Benlik Algısında Değişim		99.29 172.15 172.02	6.44	**0.04**
Yaşam Felsefesinde Değişim		152.58 178.32 162.32	2.56	0.28
İlişkilerde Değişim		132 172.21 169.61	1.90	0.39
TSBE_Toplam		119.42 175.29 167.58	3.78	0.15

Tablo XXVI'da, kardeş sayısı ile ölçekler arasında gerçekleştirilen normallik testine göre dağılımların normalden sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle kardeş sayısı değişkeni, CTQ ve TSBE toplam ile alt ölçekleri arasındaki ilişki ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Benlik algısı (p=0.04) açısından kardeş sayıları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farkın tek çocuk olanlar ile 2-3 kardeş olanlar (p=0.04) ve tek çocuk olanlar ile dört ve üzeri kardeşi olanlar (p=0.04) arasında olduğu tespit edilmiştir. Tek çocuk olan katılımcılar, 2-3 kardeşi olan katılımcılardan ve tek çocuk olan katılımcılar, dört ve daha fazla kardeşi olan katılımcılardan daha az benlik algısında değişim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Duygusal ve fiziksel istismar ile katılımcıların

kardeş sayıları arasında anlamlı fark görülse de, Bonferroni düzeltmesi sonucunda anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo XXVII: Aile Tipi Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Aile Tipi	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	Aşırı koruyucu(n=58)	177.51	37.21	**0.00**
	Otoriter(n=93)	167.37		
	Çocuk odaklı(n=19)	147.03		
	Tutarsız(n=22)	203.36		
	İlgisiz(n=14)	304.39		
	Destekleyici ve kabul edici(n=132)	150.77		
Duygusal İhmal		153.66	54.50	**0.00**
		201.22		
		125.79		
		219.14		
		293.39		
		138.99		
Duygusal İstismar		168.28	35.71	**0.00**
		189.30		
		142.55		
		229.32		
		237.82		
		142.75		
Fiziksel İstismar		173.19	21.36	**0.001**
		167.10		
		152.50		
		205.61		
		232.36		
		159.33		
Cinsel İstismar		166.38	2.79	0.73
		171.27		
		154.50		
		169.80		
		178.54		
		170.77		
CTQ_Toplam		161.81	53.79	**0.00**
		192.80		
		126.39		
		225.66		
		299.14		
		139.56		

	Aile Tipi	Sıra Ortalaması	H	p
Benlik Algısında Değişim	Aşırı koruyucu(n=58)	189.65	5.61	0.35
	Otoriter(n=93)	157.74		
	Çocuk odaklı(n=19)	142.63		
	Tutarsız(n=22)	162.93		
	İlgisiz(n=14)	175.54		
	Destekleyici ve kabul edici(n=132)	173.25		
Yaşam Felsefesinde Değişim		179.30	4.10	0.54
		162.35		
		140.66		
		192.57		
		162.32		
		171.30		
İlişkilerde Değişim		183.50	5.31	0.38
		165.96		
		174.61		
		135.95		
		142.14		
		173.60		
TSBE_Toplam		187.38	4.64	0.46
		158.39		
		149.05		
		161.48		
		160.04		
		174.75		

Tablo XXVII'de, aile tipi ile ölçekler arasında gerçekleştirilen normallik testine göre dağılımların normalden sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Aile tipleri değişkeni, CTQ ve TSBE toplam ile alt ölçekleri arasındaki ilişki ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Fiziksel ihmal ortalamalarına ($p<0.001$) göre aile tipleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın ilgisiz aileler ile çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar arasında ($p<0.001$); destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$); otoriter ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$); aşırı koruyucu ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$) ve son olarak tutarsız ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$) olduğu görülmektedir. Buna göre, ailesini ilgisiz olarak nitelendiren katılımcıların, diğer aile tiplerine göre daha fazla fiziksel ihmale uğradıkları görülmektedir.

Duygusal ihmal ortalamalarına ($p<0.001$) göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farklılığın çocuk odaklı aileler ile otoriter ailelerde yetişen katılımcılar arasında ($p=0.03$), tutarsız ailelerde yetişenler arasında ($p=0.03$) ve ilgisiz ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$); destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişenler arasında

(p<0.001), tutarsız ailelerde yetişenler arasında (p=0.005) ve ilgisiz ailelerde yetişenler arasında (p<0.001); aşırı koyucu aileler ile ilgisiz ailelerde yetişenler arasında (p<0.001) ve otoriter aileler ile ilgisiz ailelerde yetişenler arasında (p=0.01) olduğu görülmektedir. Buna göre çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar, tutarsız ailelerde, otoriter ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişen katılımcılar, otoriter ailelerde, tutarsız ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Aşırı koruyucu ailelerde yetişen katılımcılar, ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Duygusal istismar ortalamalarına (p<0.001) göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çocuk odaklı aileler ile tutarsız ailelerde yetişen katılımcılar arasında (p=0.03) ve ilgisiz ailelerde yetişenler arasında (p=0.04); destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişenler arasında (p=0.002), tutarsız ailelerde yetişenler arasında (p<0.001) ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılar (p=0.003) arasında olduğu görülmektedir. Çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar, tutarsız ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişen katılımcılar, otoriter ailelerde, tutarsız ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Fiziksel istismar ortalamalarına göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir (p=0.001). Bu farklılığın ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılar ile çocuk odaklı ailelerde yetişenler katılımcılar arasında (p=0.02), destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişenler arasında (p=0.03) ve otoriter ailelerde yetişenler arasında (p=0.02) olduğu görülmektedir. İlgisiz ailelerde yetişen katılımcılar, çocuk odaklı ailelerde, destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişen katılımcılardan daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

CTQ toplam ortalamalarına göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir (p<0.001). Bu farklılığın, ilgisiz aileler ile çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar arasında (p<0.001), destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişenler arasında (p<0.001), aşırı koruyucu ailelerde yetişenler arasında (p<0.001) ve otoriter ailelerde yetişenler arasında (p=0.002); destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişenler arasında (p=0.001) ve tutarsız ailelerde yetişenler arasında (p=0.002); çocuk odaklı aileler ile tutarsız ailelerde yetişen katılımcılar arasında (p=0.02) olduğu görülmektedir. Buna göre ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılar; çocuk odaklı ailelerde, destekleyici ve kabul edici

ailelerde, aşırı koruyucu ailelerde ve otoriter ailelerde yetişen katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişen katılımcılar, otoriter ailelerde ve tutarsız ailelerde yetişen katılımcılardan daha az çocukluk çağı travmalarına maruz kalırken; çocuk odaklı ailelerde büyüyen katılımcılar ise, tutarsız ailelerde büyüyen katılımcılardan daha az çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XXVIII: Evlilik Sorunlarının Varlığı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Evlilik Sorunlarının Varlığı	**Sıra Ortalaması**	**H**	**p**
Fiziksel İhmal	Evet(n=19) Hayır(n=165) Bazen(n=154)	165.95 180.80 159.36	4.04	0.13
Duygusal İhmal		172.92 183.57 155.97	6.42	**0.04**
Duygusal İstismar		203.26 186.84 149.42	16.62	**0.00**
Fiziksel İstismar		179.03 178.35 160.14	6.78	0.06
Cinsel İstismar		172.55 173.38 165.52	2.20	0.33
CTQ_Toplam		185.47 185.23 152.98	9.24	**0.01**
	Evlilik Sorunlarının Varlığı	**Sıra Ortalaması**	**H**	**p**
Benlik Algısında Değişim	Evet(n=19) Hayır(n=165) Bazen(n=154)	201.58 152.73 181.45	9.07	**0.01**
Yaşam Felsefesinde Değişim		206.45 157.76 176.20	5.73	0.06
İlişkilerde Değişim		167.13 162.80 176.02	1.48	0.48
TSBE_Toplam		196.58 154.47 180.41	7.16	**0.03**

Tablo XXVIII'de, evlilik sorunlarının varlığı ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların evlilik sorunlarının varlığı değişkeni, CTQ ve TSBE toplam ile alt ölçekleri arasındaki ilişki ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Duygusal ihmal ortalamalarına göre evlilik sorunlarının varlığı arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.04$). Buna göre, evlilik sorunları olmadığını düşünenler ile bazen sorun yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.03$). Evlilik sorunu yaşamadığını belirten katılımcılar, bazen yaşadığını belirten katılımcılardan daha fazla duygusal ihmale uğradıklarını belirtmişlerdir. Duygusal istismar ortalamalarına göre evlilik sorunlarının varlığı arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Buna göre evlilik sorunları olmadığını düşünenler ile bazen sorun yaşayanlar arasında ($p=0.001$); evlilik sorunları olmadığını düşünenler ile evlilik sorunları olduğunu düşünenler arasında ($p=0.04$) anlamlı farklılık bulunmaktadır. Evlilik sorunu yaşamadığını belirten katılımcılar, bazen sorun yaşayan katılımcılardan daha fazla duygusal istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte evlilik sorunu yaşamadığını belirten katılımcılar, evlilik sorunları yaşadığını düşünen katılımcılardan daha az duygusal istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travma ortalamalarına göre evlilik sorunlarının varlığı arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.01$). Buna göre evlilik sorunları olmadığını düşünenler ile bazen sorun yaşayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.01$). Evlilik sorunu yaşamadığını belirten katılımcılar, bazen sorun yaşadığını belirten katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Benlik algısında değişim ortalamalarına göre evlilik sorunlarının varlığı arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.01$). Buna göre evlilik sorunları olmadığını düşünenler ile bazen sorun yaşadığını düşünen katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.03$). Buna göre evlilik sorunu yaşamadığını belirten katılımcılar, bazen sorun yaşadığını belirten katılımcılardan daha az benlik algısında değişim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Travma sonrası büyüme ortalamalarına göre evlilik sorunlarının varlığı arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.03$). Ancak gruplar arasında anlamlı fark görülse de, Bonferroni düzeltmesi ile böyle bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo XXIX: Evlilik Problemi Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Evlilik Problemi	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	İstismar ve ihmal(n=89) Kayınpeder/kayınvalide(n=13) Çocuk yetiştirme stillerindeki uyuşmazlık(n=48) Fikir ayrılığı(n=23)	89.72 100 79.38 85.02	2.37	0.5
Duygusal İhmal		92.40 87.58 78.40 83.72	2.57	0.46
Duygusal İstismar		98.02 102.81 72.43 65.85	15.01	**0.002**
Fiziksel İstismar		91.20 103.46 80.98 74	7.08	0.07
Cinsel İstismar		91.25 90.54 82.71 77.5	6.40	0.09
CTQ_Toplam		96.15 94.73 73.65 75.09	8.02	**0.05**
Benlik Algısında Değişim		87.22 88.58 90.45 78.07	0.98	0.81
TSBE_Toplam		86.53 82.96 91.92 80.85	0.90	0.83

	Evlilik Problemi	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	F	p
Yaşam Felsefesinde Değişim	İstismar ve ihmal(n=89) Kayınpeder/kayınvalide(n=13) Çocuk yetiştirme stillerindeki uyuşmazlık(n=48) Fikir ayrılığı(n=23)	17.92 ±6.68 17±6.54 18.65±4.87 16.48±6.59	1.42/0.24	0.72	0.54
İlişkilerde Değişim		11.38±5.39 11.69±5.50 12.10±5.48 11.30±6.06	0.09/0.96	0.20	0.89

Tablo XXIX'da, evlilik problemleri değişkeni ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Evlilik problemlerine göre yaşam felsefesinde değişim, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalamaları farklılığını tespit etmek için ANOVA, diğer ölçeklerin ortalamalarının gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için de Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir.

Duygusal istismar ortalamalarına göre evlilik problemleri arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.002). Buna göre fikir ayrılığı yaşayan katılımcılar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayan katılımcılar arasında (p=0.03); çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayan katılımcılar ile istismar ve ihmal (duygusal, fiziksel, cinsel şiddet ile duygusal ve fiziksel ihmal) nedeniyle evliliğinde problem yaşayan katılımcılar arasında (p=0.02) anlamlı farklılık bulunmuştur. Çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayan katılımcılar, fikir ayrılığı yaşayan katılımcılardan daha fazla duygusal istismara maruz kalırken, istismar ve ihmal nedeniyle evliliğinde problem olduğunu belirten katılımcılar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayan katılımcılardan daha fazla duygusal istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bonferroni düzeltmesi sonucunda, çocukluk çağı travmaları ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo XXX: Çocukluk Çağı Travmalarıyla Baş Etme Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Çocukluk Çağı Travmaları İle Baş Etme	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	Evet(n=159) Kısmen(n=123) Hayır(n=56)	156.54 192.20 156.44	10.90	**0.004**
Duygusal İhmal		153.79 192.96 162.60	11.55	**0.003**
Duygusal İstismar		152.92 186.33 175.22	11.03	**0.004**
Fiziksel İstismar		159.88 171.86 191.63	8.76	**0.01**
Cinsel İstismar		164.86 171.35 178.63	3.66	0.16
CTQ_Toplam		148.37 198.01 166.86	17.99	**0.00**
Benlik Algısında Değişim		182.99 157.02 158.62	5.75	0.06
Yaşam Felsefesinde Değişim		176.04 171.14 147.34	3.64	0.16
TSBE_Toplam		181.61 162 151.59	5.05	0.08

	Çocukluk Çağı Travmaları İle Baş Etme	Ortalama±Standart Sapma	Varyans Homojenliği F/p	F	p
İlişkilerde Değişim	Evet(n=159) Kısmen(n=123) Hayır(n=56)	12.60±5.22 11.54±5.13 10.89±6.08	1.52/0.22	2.66	0.07

Tablo XXX'da, çocukluk çağı travmalarıyla baş etme değişkeni ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde ilişkilerde değişim ölçeklerinin normal dağıldıkları; diğer ölçeklerin ise normal dağılım göstermedikleri tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmalarıyla baş etme durumuna göre, ilişkilerde değişim ölçekleri ortalamaları değişimi için ANOVA, diğer ölçeklerin ortalamalarının gruplara göre değişip değişmediğini tespit edebilmek için de

Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren ölçeklerin varyanslar homojenliği analizinde Levene testi kullanılmış ve test istatistiği verilmiştir.

Fiziksel ihmal ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla baş etme durumları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.004). Bu farklılık çocukluk çağı travmalarıyla baş edebilen ve kısmen baş edebilen katılımcılar arasında görülmektedir (p=0.006). Çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edebilen katılımcılar, baş edebilen katılımcılardan daha fazla fiziksel ihmale uğradıklarını bildirmişlerdir. Duygusal ihmal ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla baş etme durumları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.003). Bu farklılık, çocukluk çağı travmalarıyla baş edebilen ve kısmen baş edebilen katılımcılar arasında görülmektedir (p=0.002). Çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edebilen katılımcılar, baş edebilen katılımcılardan daha fazla duygusal ihmale uğradıklarını belirtmişlerdir. Duygusal istismar ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla baş etme durumları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.004). Bu farklılık çocukluk çağı travmalarıyla baş edebilen ve kısmen baş edebilen katılımcılar arasında görülmektedir (p=0.003). Çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edebilen katılımcılar, baş edebilen katılımcılardan daha fazla duygusal istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel istismar ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla baş etme durumları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.01). Bu farklılık çocukluk çağı travmalarıyla baş edebilen ve kısmen baş edebilen katılımcılar arasında görülmektedir (p=0.01). Çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edebilen katılımcılar, baş edebilen katılımcılardan daha fazla fiziksel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travmaları ortalamalarına göre çocukluk çağı travmaları ile baş etme durumları arasında anlamlı farklılık vardır (p<0.001). Bu farklılık çocukluk çağı travmalarıyla baş edebilen ve kısmen baş edebilen katılımcılar arasında görülmektedir (p<0.001). Çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edebilen katılımcılar, baş edebilen katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo XXXI: Eş Desteği Varlığı Değişkeni ile CTQ ve TSBE'nin Karşılaştırılması

	Eş Desteği Varlığı	Sıra Ortalaması	H	p
Fiziksel İhmal	Evet(n=251) Kısmen(n=76) Hayır(n=11)	164.96 182.16 192.55	2.34	0.31
Duygusal İhmal		157.53 202.63 213.64	14.83	**0.001**
Duygusal İstismar		159.74 195.73 211	11.76	**0.003**
Fiziksel İstismar		164.26 183.18 194.45	5.71	0.06
Cinsel İstismar		168.48 172.89 169.45	0.49	0.78
CTQ_Toplam		156.20 206.45 217.64	18.23	**0.00**
Benlik Algısında Değişim		173.93 155.57 164.77	2.09	0.35
Yaşam Felsefesinde Değişim		173.73 151.04 200.64	4.31	0.12
İlişkilerde Değişim		173.28 158.95 156.05	1.48	0.48
TSBE_Toplam		174.94 152.05 165.91	3.22	0.2

Tablo XXXI'de, eş desteği varlığı ile ölçekler arasında gerçekleştirilen normallik testine göre dağılımların normalden sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Eş desteğinin varlığı durumları arasında ortalamalar açısından farklılıklar Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Duygusal ihmal ölçeğine göre eş desteği arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.001). Bu farklılık eş desteği aldığını bildiren katılımcılar ile bu desteği kısmen aldığını bildiren katılımcılar arasında görülmektedir (p=0.001). Eş desteğinin kısmen olduğunu bildiren katılımcılar, eş desteğini bildiren katılımcılardan daha fazla duygusal ihmale uğradıklarını bildirmişlerdir. Duygusal istismar ile eş desteği arasındaki anlamlı farklılık p=0.003'tür. Bu farklılık eş desteği bildiren katılımcılar ile kısmen bildiren katılımcılar arasında görülmektedir (p=0.007). Eş desteğini kısmen bildiren katılımcılar, eş

desteği bildiren katılımcılardan daha fazla duygusal istismara uğradıklarını belirtmişlerdir. Çocukluk çağı travmaları ortalamaları ile eş desteği arasındaki anlamlı farklılık p<0.001'dir. Bu farklılık eş desteği bildiren katılımcılar ile kısmen bildiren katılımcılar arasında görülmektedir (p<0.001). Eş desteğinin kısmen olduğunu bildiren katılımcılar, bildiren katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo XXXII: Çocukluk Çağı Travmaları Varlığı ile Aile Tiplerinin Karşılaştırılması

Ki-Kare Testi

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Ki-Kare	16.485[a]	5	.006	.007		
Likelihood Ratio	17.087	5	.004	.006		
Fisher's Exact Test	14.534			**.009**		
Linear-by-Linear Association	.809[b]	1	.368	.379	.195	.020
N of Valid Cases	388					

a. 3 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.93.

b. The standardized statistic is .900.

CTQ_VAR_YOK * AİLE TİPİ Crosstabulation

			AİLE TİPİ						
			AŞIRI KORUYUCU	OTORİTER	ÇOCUK ODAKLI	TUTARSIZ	İLGİSİZ	DESTEKLEYİCİ VE KABUL EDİCİ	Total
CTQ_VAR_YOK	**YOK**	Count	13	9	9	0	1	18	50
		Expected Count	9.1	13.1	3.6	2.8	1.9	19.3	50.0
		% within CTQ_VAR_YOK	**26.0%**	**18.0%**	**18.0%**	**0.0%**	**2.0%**	**36.0%**	100.0 %
	VAR	Count	58	93	19	22	14	132	338
		Expected Count	61.9	88.9	24.4	19.2	13.1	130.7	338.0
		% within CTQ_VAR_YOK	**17.2%**	**27.5%**	**5.6%**	**6.5%**	**4.1%**	**39.1%**	100.0 %
TOTAL		Count	71	102	28	22	15	150	388
		Expected Count	71.0	102.0	28.0	22.0	15.0	150.0	388.0
		% within CTQ_VAR_YOK	18.3%	26.3%	7.2%	5.7%	3.9%	38.7%	100.0 %

Tablo XXXII'de, çocukluk çağı travması olan katılımcılar ile olmayan katılımcılar aile tiplerine göre karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma için ki-kare analizine başvurulmuştur. Analiz sonucunda en küçük teorik değer 1.93 olduğu için Fisher's Exact testi kullanılmıştır ($\chi 2=14.53$; $p=0.009$). Buna göre aile tipleri ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki gözlemlenmiştir. Aşağıda belirtilen ek tabloda, çocukluk çağı travmaları olan katılımcıların %17.2'si aşırı koruyucu ailelerde yetişmişken, çocukluk çağı travmaları olmayan bireylerde bu oran %26 olarak bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları olmayan bireylerin %18'i otoriter ve çocuk odaklı ailelerde yetişirken, bu oran çocukluk çağı travmaları olan katılımcılarda sırasıyla %27.5 ve %5.6 olarak tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları olan katılımcıların %6.5'i tutarsız ailelerde yetişmişken, çocukluk çağı travmaları olmayan katılımcılarda tutarsız aile tipi gözlenmemiştir.

Tablo XXXIII: Katılımcıların Tek ve Çoklu CTQ ile TSBE'nin Karşılaştırılması

	Tek/Çoklu CTQ Karşılaştırılması	**Sıra Ortalaması**	**U**	**Z**	**p**
Benlik Algısında Değişim	Tek CTQ(n=76) Çoklu CTQ(n=262)	169.17 169.60	9931	-0.03	0.97
TSBE_Toplam		171.16 169.02	9830	-0.17	0.87
		Ortalama±Standart Sapma	**Varyans Homojenliği F/p**	**t**	**p**
Yaşam Felsefesinde Değişim		17.64±7.99 18.28±6.01	8/0.005	-0.64	0.52
İlişkilerde Değişim		11.45±6.45 12.07±5.01	8.48/0.004	-0.78	0.44

8/0.(005): ***Varyans homojen değildir. Bu nedenle varyansın homojen olmadığı durumda geçerli olan t istatistiği ve prob değeri verilmiştir.***

8.48/0.(004): ***Varyans homojen değildir. Bu nedenle varyansın homojen olmadığı durumda geçerli olan t istatistiği ve prob değeri verilmiştir.***

Tablo XXXIII'de, travma sonrası büyüme toplam ve alt ölçekleri ile tek ve çoklu CTQ olan katılımcılar karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasında gerçekleştirilen normallik testine göre yaşam felsefesinde değişim ve ilişkilerde değişim ölçekleri ile tek/çoklu CTQ'nun normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Tek ve çoklu CTQ olan katılımcıların, yaşam felsefesinde değişim ve ilişkilerde değişim ortalamalarına göre farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Varyans homojenliği testi ise Levene istatistiği ile verilmiştir. Benlik algısında değişim ve TSBE toplam alt ölçekleri ile çoklu/tekli CTQ grupları arasında gerçekleştirilen normallik testine göre normalden sapma tespit edilmiş ve ortalamalar arasındaki farlılık Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Yapılan analizlere göre travma sonrası büyüme ölçekleri ortalamaları açısından tek CTQ olan katılımcılar ile çoklu CTQ olan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo XXXIV: Çocukluk Çağı Travmaları Varlığı ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	CTQ Varlığı	**Sıra Ortalaması**	**U**	**Z**	**p**
Duygusal Destek	Yok(n=50) Var(n=338)	227.22 189.66	6814	-2.27	**0.02**
Takdir Etme Desteği		226.85 189.71	6832.5	-2.22	**0.03**
Sosyal İlgi Desteği		225.10 189.97	6920	-2.14	**0.03**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		211.68 191.96	7591	-1.20	0.23
EDÖ_Toplam		229.72 189.29	6689	-2.39	**0.02**

Tablo XXXIV'de, eş desteği toplam ve 4 alt ölçeği ile CTQ varlığı arasında gerçekleştirilen normallik testine göre normalden sapma tespit edilmiştir. Mann-Whitney U testi ile ölçek ortalamalarına göre gruplar arasında farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Duygusal destek ortalamalarına göre CTQ varlığı grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.02). CTQ olmayan katılımcılar, CTQ olan katılımcılara göre daha fazla duygusal destek aldıklarını belirtmişlerdir. Takdir etme desteği ortalamalarına göre CTQ varlığı grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.03). CTQ olmayan katılımcılar, CTQ olan katılımcılara göre daha fazla takdir etme desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Sosyal ilgi desteği ortalamalarına göre travma varlığı grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.03). CTQ olmayanlar, CTQ olanlara göre daha fazla sosyal ilgi desteği aldıklarını belirtmişlerdir. EDÖ ortalamalarına göre CTQ varlığı grupları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.02). CTQ olmayanlar, CTQ olanlara göre daha fazla eş desteği aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo XXXV: Katılımcıların Tek ve Çoklu CTQ ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Travma Varlığı	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Duygusal Destek	Tek travma(n=63)	176.48	6080.5	-2.49	**0.01**
	Çoklu travma(n=241)	146.23			
Takdir Etme Desteği		172.00	6363	-2.00	**0.05**
		147.40			
Sosyal İlgi Desteği		166.94	6682	1.51	0.13
		148.73			
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		174.60	6199	-2.32	**0.02**
		146.72			
EDÖ_Toplam		173.92	6242	-2.18	**0.03**
		146.90			

Tablo XXXV'de, çocukluk çağı travmaları olan çiftlerde eş desteği toplam ve 4 alt ölçeği ile tek/çoklu CTQ arasında gerçekleştirilen normallik testine göre normalden sapma tespit edilmiştir. Mann-Whitney U testi ile ölçek ortalamalarına göre gruplar arasında fark olup olmadığı belirlenmiştir. Duygusal destek ortalamalarına göre tek ve çoklu CTQ arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.01). Buna göre tek CTQ olan katılımcılar, çoklu CTQ olanlara göre daha fazla duygusal destek aldıklarını belirtmişlerdir. Takdir etme ölçeği ortalamalarına göre tek ve çoklu CTQ arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.05). Buna göre tek CTQ olan katılımcılar, çoklu CTQ olanlara göre daha fazla takdir etme desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Maddi yardım ve bilgi desteği ortalamalarına göre tek ve çoklu CTQ arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.02). Buna göre tek CTQ olanlar, çoklu CTQ olanlara göre daha fazla maddi yardım ve bilgi desteği aldıklarını belirtmişlerdir. EDÖ ortalamalarına göre tek ve çoklu CTQ arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.03). Buna göre tek CTQ olan katılımcılar, çoklu CTQ olanlara göre daha fazla eş desteği aldıklarını belirtmişlerdir.

4.3. Eş Desteği Ölçeği ve Tüm Alt Faktörlerinin Yordayıcılığı

Çalışmanın ikinci aşamasında, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ‘ne göre çocukluk çağı travmaları olan 338 katılımcının bildirimlerinde, eş desteği ve tüm alt ölçeklerinin yordayıcılıklarını belirleyebilmek amacıyla sıralı lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonuçları istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar vermediği için likert ölçek 5'den 4'e düşürülerek analiz tekrarlanmış ve sonuçlara varılmıştır. Sonuçlarda her bir model için üç tablo yer almaktadır. Bu tablolar şöyle açıklanmaktadır: (1) Oluşturulan logit modellerin anlamlılığı ve güvenilirliğinin belirlenebilmesi için öncelikle paralellik varsayımı incelenmiştir. Paralellik varsayımına göre modeldeki regresyon katsayılarının, bağımlı değişkenin tüm kategorilerinde aynı olması gerekmektedir. Paralellik varsayımını sağlayan modeller ve parametre tahminleri verilmiştir. Bu varsayımı desteklemeyen modeller çalışmaya dahil edilmemiştir. (2) Paralellik varsayımından sonra model uyum iyiliği testi paylaşılmıştır. Pearson Ki-Kare analizi ile modelin uyum iyiliği incelenmiştir. (3) Paralellik varsayımını sağlayan, uyum iyiliği sağlanmış modellerin parametre tahminleri verilmiştir. Sıralı lojistik regresyonda parametrelerin yorumlanabilmesi için tahmin değerlerinin eskponansiyeli alınarak yazılmaktadır. Bu, odd oranlarını vermektedir. Parametre tahminleri referans kategoriye göre hesaplanmaktadır. Dolayısıyla odds yorumları, bu referans kategoriye göre yapılmaktadır. Tabloda belirtilen son kategoriler referans kategori olarak atanmıştır. Wald testine göre istatistiksel olarak anlamlı kategorilerin odds oranları verilmiş ve yorumlar bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

Tablo XXXVI: Duygusal Destek ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]

Model	-2 Log Likelihood	Ki-Kare	df	Sig.
Null Hypothesis	29.516			
General	27.966	1.550	3	.671

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.67>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	1.508	3	.680
Deviance	1.550	3	.671

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.68>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_duygusaldestek_edö = 1.00]	-2.832	.441	41.187	1	.000	
	[medi_duygusaldestek_edö = 2.00]	-.337	.338	.990	1	.320	
Location	[medi_duy_ih=1.00]	1.459	.444	10.777	1	**.001**	4.30
	[medi_duy_ih=2.00]	.932	.394	5.596	1	**.018**	2.54
	[medi_duy_ih=3.00]	.002	.419	.000	1	.997	
	[medi_duy_ih=4.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XXXVI'da, duygusal ihmale maruz kalmayı *"hiçbir zaman"* olarak değerlendiren katılımcıların duygusal destek görme olasılıkları, duygusal ihmale uğrama durumlarını *"sıklıkla"* olarak değerlendiren katılımcılardan exp(1.46)=4.30 kat daha fazla bulunmuştur. Benzer bir yorum duygusal ihmale uğrama durumu *"nadiren"* şeklinde değerlendirilenler ile *"sıklıkla"* değerlendirilenler arasında görülmektedir. Buna göre, duygusal ihmal azaldıkça katılımcının duygusal destek alma ihtimali artmaktadır.

Tablo XXXVII: Duygusal Destek ve Duygusal İstismar Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	24.248			
General	20.358	3.889	3	.274

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.27>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	2.829	3	.419
Deviance	3.889	3	.274

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.41>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_duygusaldestek_edö = 1.00]	-3.596	1.199	8.990	1	.003	
	[medi_duygusaldestek_edö = 2.00]	-1.135	1.161	.955	1	.328	
Location	[medi_duy_ist=1.00]	.113	1.169	**.009**	1	.923	1.12
	[medi_duy_ist=2.00]	-.938	1.215	.596	1	.440	
	[medi_duy_ist=3.00]	-.884	1.268	.486	1	.486	
	[medi_duy_ist=4.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XXXVII'de, duygusal istismar sorularına verilen *"hiçbir zaman"* yanıtındaki bir birimlik artış, bireyin duygusal destek alma ihtimalini 1.12 kat arttırmaktadır. Buna göre, duygusal istismara maruz kalmama arttıkça, katılımcının eşinden duygusal destek alması da artmaktadır.

Tablo XXXVIII: Duygusal Destek ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	36.408			
General	32.568	3.840	4	.428

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.43>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	2.816	4	.589
Deviance	3.840	4	.428

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.59>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_tsbe = 1.00]	-2.547	.205	154.937	1	.000	
	[medi_tsbe = 2.00]	-1.674	.159	111.140	1	.000	
	[medi_tsbe = 3.00]	.001	.124	.000	1	.994	
Location	[medi_duygusaldestek_edö=1.00]	-.459	.596	.594	1	.441	
	[medi_duygusaldestek_edö=2.00]	-1.026	.245	17.553	1	**.000**	0.36
	[medi_duygusaldestek_edö=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XXXVIII'de, eşinden *"kısmen"* duygusal destek aldığını bildiren katılımcılar, *"destek aldığını"* bildiren katılımcılardan 0.36 kat daha az travma sonrası büyümede değişim yaşamışlardır. Buna göre, eşinden duygusal destek alan katılımcılar, daha fazla travma sonrası büyümede değişim yaşamaktadır.

Tablo XXXIX: Takdir Etme Desteği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	21.598			
General	16.197	5.401	2	.067

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.07>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	3.611	2	.164
Deviance	5.401	2	.067

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.16>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_takdir_edö = 1.00]	-2.919	.657	19.729	1	.000	
	[medi_takdir_edö = 2.00]	.339	.547	.383	1	.536	
Location	[medi_ctq=1.00]	1.384	.562	6.061	1	**.014**	3.99
	[medi_ctq=2.00]	.079	.663	.014	1	.905	
	[medi_ctq=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XXXIX'da, çocukluk çağı travmaları sorularına verilen *"hiçbir zaman"* yanıtındaki bir birimlik artış, katılımcının takdir etme desteği ihtimalini 3.99 kat arttırmaktadır. Buna göre çocukluk çağı travmaları azaldıkça, bireyin eşinden takdir etme desteği de artmaktadır.

Tablo XL: Takdir Etme Desteği ve Yaşam Felsefesinde Değişim Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	40.737			
General	33.749	6.989	4	.136

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.14>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	6.935	4	.139
Deviance	6.989	4	.136

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.14>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_yaşam_tsbe = 1.00]	-2.538	.207	150.123	1	.000	
	[medi_yaşam_tsbe = 2.00]	-1.509	.155	94.846	1	.000	
	[medi_yaşam_tsbe = 3.00]	-.231	.129	3.219	1	.073	
Location	[medi_takdir_edö=1.00]	-.480	.762	.396	1	.529	
	[medi_takdir_edö=2.00]	-.749	.226	10.949	1	**.001**	0.47
	[medi_takdir_edö=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XL'da, eşinden takdir etme desteğine *"kısmen"* olarak yanıt veren katılımcılar, *"destek aldığını"* belirten katılımcılardan 0.47 kat daha az yaşam felsefesinde değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden takdir etme desteği alan katılımcılar, daha fazla yaşam felsefesinde değişim yaşamaktadır.

Tablo XLI: Takdir Etme Desteği ve İlişkilerde Değişim Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	40.362			
General	31.911	8.451	4	.076

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.08>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	6.498	4	.165
Deviance	8.451	4	.076

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.17>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_ilişki_tsbe = 1.00]	-1.302	.147	78.895	1	.000	
	[medi_ilişki_tsbe = 2.00]	-.210	.127	2.737	1	.098	
	[medi_ilişki_tsbe = 3.00]	1.487	.156	90.355	1	.000	
Location	[medi_takdir_edö=1.00]	-.092	.745	.015	1	.902	
	[medi_takdir_edö=2.00]	-.506	.220	5.278	1	**.022**	0.60
	[medi_takdir_edö=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XLI'de, eşinden takdir etme desteğine *"kısmen"* olarak yanıt veren katılımcılar, *"destek aldığını"* bildiren katılımcılardan 0.60 kat daha az ilişkilerde değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden takdir etme desteği alan katılımcılar, daha fazla ilişkilerde değişim yaşamaktadır.

Tablo XLII: Sosyal İlgi Desteği ve İlişkilerde Değişim Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	41.728			
General	38.737	2.991	4	.559

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.56>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	2.986	4	.560
Deviance	2.991	4	.559

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.56>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_ilişki_tsbe = 1.00]	-1.404	.156	80.668	1	.000	
	[medi_ilişki_tsbe = 2.00]	-.296	.135	4.786	1	.029	
	[medi_ilişki_tsbe = 3.00]	1.424	.161	77.799	1	.000	
Location	[medi_sosyalilgi_edö =1.00]	.038	.383	.010	1	.920	
	[medi_sosyalilgi_edö =2.00]	-.731	.219	11.198	1	**.001**	0.48
	[medi_sosyalilgi_edö =3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XLII'de, Eşinden sosyal ilgi desteğine *"kısmen"* olarak yanıt veren katılımcılar, "destek aldığını" belirten katılımcılardan 0.48 kat daha az ilişkilerde değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden sosyal ilgi desteği alan katılımcılar, daha fazla ilişkilerde değişim yaşamaktadır.

Tablo XLIII: Sosyal İlgi Desteği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	45.500			
General	37.148	8.352	4	.079

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.08>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	8.414	4	.078
Deviance	8.352	4	.079

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.08>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_tsbe = 1.00]	-2.726	.218	156.564	1	.000	
	[medi_tsbe = 2.00]	-1.856	.174	113.282	1	.000	
	[medi_tsbe = 3.00]	-.148	.137	1.177	1	.278	
Location	[medi_sosyalilgi_edö =1.00]	-.925	.391	5.592	1	**.018**	0.40
	[medi_sosyalilgi_edö =2.00]	-1.014	.227	20.038	1	**.000**	0.36
	[medi_sosyalilgi_edö =3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XLIII'de, eşinden sosyal ilgi desteği *"almadığını"* ve *"kısmen"* destek aldığını bildiren katılımcılar, "destek aldığını" bildirenler katılımcılardan sırasıyla 0.40 ve 0.36 kat daha az travma sonrası büyümede değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden sosyal ilgi desteği alan bireyler daha fazla travma sonrası büyümede değişim yaşamaktadır.

Tablo XLIV: Eş Desteği ile Benlik Algısındaki Değişim Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	33.741			
General	28.614	5.127	4	.275

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.28>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	2.353	4	.671
Deviance	2.929	4	.570

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.67>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_benlik_tsbe = 1.00]	-2.817	.227	154.552	1	.000	
	[medi_benlik_tsbe = 2.00]	-2.165	.184	138.406	1	.000	
	[medi_benlik_tsbe = 3.00]	-.837	.137	37.469	1	.000	
Location	[medi_edö=1.00]	-.955	.717	1.771	1	.183	
	[medi_edö=2.00]	-.963	.250	14.832	1	**.000**	0.38
	[medi_edö=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XLIV'de, eşinden *"kısmen"* destek aldığını belirten katılımcılar, *"destek aldığını"* bildirenlere göre 0.38 kat daha az benlik algısında değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden destek alan bireyler, daha fazla benlik algısında değişim yaşamaktadır.

Tablo XLV: Eş Desteği ile Yaşam Felsefesinde Değişim Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	36.955			
General	34.030	2.925	4	.571

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.57>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	2.990	4	.559
Deviance	2.925	4	.571

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.56>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_yaşam_tsbe = 1.00]	-2.610	.208	157.188	1	.000	
	[medi_yaşam_tsbe = 2.00]	-1.566	.155	102.652	1	.000	
	[medi_yaşam_tsbe = 3.00]	-.265	.126	4.432	1	.035	
Location	[medi_edö=1.00]	-.611	.703	.754	1	.385	
	[medi_edö=2.00]	-1.039	.239	18.830	1	**.000**	0.35
	[medi_edö=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XLV'de, eşinden *"kısmen"* destek aldığını bildiren katılımcılar, *"destek aldığını"* bildiren katılımcılara göre 0.35 kat daha az yaşam felsefesinde değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden destek alan katılımcılar, daha fazla yaşam felsefesinde değişim yaşamaktadır.

Tablo XLVI: Eş Desteği ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki

Test of Parallel Lines[a]				
Model	**-2 Log Likelihood**	**Ki-Kare**	**df**	**Sig.**
Null Hypothesis	35.228			
General	32.148	3.081	4	.544

Paralel doğrular analizine göre varsayımın sağlandığı tespit edilmiştir (p=0.54>0.05).

Goodness-of-Fit			
	Ki-Kare	**df**	**Sig.**
Pearson	2.253	4	.689
Deviance	3.081	4	.544

Oluşturulan sıralı lojistik regresyon modeli uygun (p=0.69>0.05) bulunmuştur.

		Estimate	**Std. Error**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Odds**
Threshold	[medi_tsbe = 1.00]	-2.669	.211	160.653	1	.000	
	[medi_tsbe = 2.00]	-1.784	.164	118.326	1	.000	
	[medi_tsbe = 3.00]	-.060	.125	.232	1	.630	
Location	[medi_edö=1.00]	-.672	.706	.907	1	.341	
	[medi_edö=2.00]	-1.253	.244	26.447	1	**.000**	0.29
	[medi_edö=3.00]	0[a]	.	.	0	.	

Tablo XLVI'da, eşinden *"kısmen"* destek aldığını bildiren katılımcılar, *"destek aldığını"* bildirenlerden 0.29 kat daha az travma sonrası büyümede değişim yaşamışlardır. Buna göre eşinden destek alan katılımcılar, daha fazla travma sonrası büyümede değişim yaşamıştır.

4.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Olan Çiftlere İlişkin Bulgular

Çalışmanın üçüncü aşamasında, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) 'ne göre çocukluk çağı travmaları olan 152 çifttin (n=304) bildirimleri değerlendirmeye alınmış ve çiftlere ilişkin analizler gerçekleştirilmiştir.

Tablo XLVII: Yaş Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Yaş	Sıra Ortalaması	H	p
Duygusal Destek	18-28(n=36) 29-39(n=145) 40 ve +(n=123)	193.61 158.68 133.18	15.24	**0.00**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		168.94 163.50 134.72	9.14	**0.01**
Takdir Etme Desteği		172.14 161.05 136.67	7.33	**0.03**
Sosyal İlgi Desteği		179.81 161 134.49	10.59	**0.01**
EDÖ_Toplam		185.07 160.52 133.51	11.95	**0.003**

Tablo XLVII'de, yaş değişkeni ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle EDÖ toplam ve ölçekleri ortalamalarına göre yaş grupları arasında farklılık Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Tüm ölçek ortalamalarına göre yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu farklılıklar ikili karşılaştırmalar ile incelenmiştir. Duygusal destek ölçeğine göre, 40 ve üstü yaş grupları ile 29-39 yaş grupları arasında (p=0.05) ve 18-28 yaş grupları arasında (p=0.001) anlamlı farklılık vardır. Buna göre 40 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar, diğer yaş gruplarındakilere göre eşlerinden daha az duygusal destek gördüklerini belirtmişlerdir. Maddi yardım ve bilgi desteği ölçeğine göre 40 ve üstü yaş grupları ile 29-39 yaş grupları arasında (p=0.02) anlamlı farklılık vardır. Buna göre 40 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar, 29-39 yaş gruplarındakilere göre eşlerinden daha az maddi yardım ve bilgi desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Takdir etme desteğine göre yaş grupları arasında anlamlı farklılık görülse de Bonferroni düzeltmesi ile bu farklılık ortadan kalkmıştır. Sosyal ilgi desteği ölçeğine göre 40 ve üstü yaş grupları ile 29-39 yaş grupları arasında (p=0.03) ve 18-28 yaş grupları arasında (p=0.02) anlamlı farklılık vardır. Buna göre 40 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar, diğer yaş gruplarındakilere göre daha az sosyal ilgi desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Eş desteği toplam ortalamalarında 40 ve üstü yaş grupları ile 29-39 yaş grupları arasında (p=0.04) ve 18-28 yaş grupları arasında (p=0.01) anlamlı farklılık vardır. Buna göre 40 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar, diğer yaş gruplarındakilerden daha az eşlerinden destek gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo XLVIII: Eğitim Seviyeleri Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Eğitim Seviyesi	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Duygusal Destek	Lise ve altı(n=148) Ön lisans ve üstü(n=156)	135.75 168.39	9065	-3.31	**0.001**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		132.45 171.52	8576.5	-4.003	**0.00**
Takdir Etme Desteği		139.16 165.16	9569.5	-2.61	**0.01**
Sosyal İlgi Desteği		132.13 171.83	8528.5	-4.05	**0.00**
EDÖ_Toplam		134.48 169.60	8876.5	-3.49	**0.00**

Tablo XLVIII'de**,** eğitim seviyesi ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle EDÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamalarına göre eğitim seviyeleri arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. EDÖ toplam ve tüm alt ölçeklerine göre ön lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip katılımcılar, lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılara kıyasla eşlerinden daha fazla duygusal destek ($p=0.001$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p<0.001$), takdir etme desteği ($p=0.001$), sosyal ilgi desteği ($p<0.001$) ve eş desteği ($p<0.001$) görmektedir.

Tablo XLIX: Çalışma Durumu Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Duygusal Destek	Çalışıyor(n=238) Çalışmıyor(n=66)	159.22 128.26	6254	-2.59	**0.01**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		160.85 122.39	5867	-3.25	**0.001**
Takdir Etme Desteği		157.24 135.42	6727	-1.81	0.07
Sosyal İlgi Desteği		159.58 126.96	6168.5	-2.75	**0.01**
EDÖ_Toplam		159.83 126.08	6110	-2.77	**0.01**

Tablo XLIX'da, çalışma durumu ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle EDÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamalarına göre çalışma durumları arasında farklılık olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Çalışan katılımcılar, çalışmayan katılımcılara göre daha fazla duygusal destek (p=0.01), maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.001), sosyal ilgi desteği (p=0.01) ve eş desteği (p=0.01) görmektedirler.

Tablo L: Evlilik Süresi Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Evlilik Süresi	Sıra Ortalaması	H	p
Duygusal Destek	9 yıl ve altı(n=137) 10-18(n=85) 19 ve +(n=82)	171.76 135.98 137.45	12.57	**0.002**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		164.71 149.74 134.96	6.40	**0.04**
Takdir Etme Desteği		167.98 144.23 135.21	8.37	**0.02**
Sosyal İlgi Desteği		171.75 137.06 136.34	12.68	**0.002**
EDÖ_Toplam		170.83 140.09 134.74	11.06	**0.004**

Tablo L'de, evlilik süresi ile eş desteği toplam ve alt ölçeklerinin normallik testine göre sapma gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle farklılık olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Eş desteği ve tüm alt ölçek ortalamalarına ile evlilik süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Duygusal destek için 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler ile 10-18 yıl evli olan çiftler arasında (p=0.01); 9 yıl ve altı süredir evli olanlar ile 19 yıl ve üstü evli (p=0.01) olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler, diğer gruplara göre eşlerinden daha fazla duygusal destek gördüklerini belirtmişlerdir. Maddi yardım ve bilgi desteğine için 19 yıl ve üstü süredir evli olan çiftler ile 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0.04). 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler, 19 yıl ve üstü süredir evli olanlardan daha fazla maddi yardım ve bilgi desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Takdir etme desteğine göre 19 yıl ve üstü süredir evli olan çiftler ile 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık vardır (p=0.02). 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler 19 yıl ve üstü süredir evli olan çiftlerden daha fazla takdir etme desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Sosyal ilgi desteğine göre 10-18 yıl evli olan çiftler ile 9 yıl ve altı süre ile evli olan çiftler arasında (p=0.01); 19 yıl ve üstü evli olanlar ile 9 yıl ve altı evli (p=0.01) olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler, diğer gruplardan daha fazla eşlerinden sosyal ilgi desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Eş desteğine göre 10-18 yıl evli olan çiftler ile 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler arasında (p=0.01); 19 yıl ve üstü evli olanlar ile 9 yıl ve altı süredir evli (p=0.03) olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler, diğer gruplara göre daha fazla eşlerinden destek gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo LI: Evlenme Biçimi Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Evlenme Biçimi	**Sıra Ortalaması**	**U**	**Z**	**P**
Duygusal Destek	Sosyal çevre(n=177) Aile ve aile çevresi(n=127)	166.10 133.55	8832.5	-3.26	**0.001**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		165.63 134.20	8915	-3.18	**0.001**
Takdir Etme Desteği		163.70 136.89	9257	-2.66	**0.01**
Sosyal İlgi Desteği		166.32 133.24	8793	-3.33	**0.001**
EDÖ_Toplam		166.10 133.55	8833	-3.19	**0.001**

Tablo LI'de, evlenme biçimi ile eş desteği ölçeklerinin normallik testine göre sapma gösterdikleri tespit edilmiştir. EDÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamalarına göre evlenme biçimleri arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal çevreleri aracılığıyla evlenen katılımcılar, aile ve çevresi aracılığıyla evlenen katılımcılardan daha fazla duygusal destek (p=0.001), maddi yardım ve bilgi desteği (p= 0.001), takdir etme desteği (p=0.01), sosyal ilgi desteği (p=0.001) ve eş desteği (p=0.001) aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo LII: Çocuk Sahipliği Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Çocuk Sahipliği	Sıra Ortalaması	U	Z	P
Duygusal Destek	Var(n=250) Yok(n=54)	142.21 200.13	4178	-4.50	**0.00**
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		146.09 182.18	5147.5	-2.83	**0.01**
Takdir Etme Desteği		144.53 189.40	4757.5	-3.44	**0.001**
Sosyal İlgi Desteği		144.98 187.33	4869	-3.31	**0.001**
EDÖ_Toplam		143.02 196.38	4380.5	-4.06	**0.00**

Tablo LII'de, çocuk sahipliği ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle EDÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamalarına göre çocuk sahipliği arasında farklılık olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Buna göre, EDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri ile çocuk sahipliği arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. Çocuk sahibi olmayan katılımcılar, çocuk sahibi olanlara göre eşlerinden daha fazla duygusal destek ($p<0.001$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p=0.01$), takdir etme desteği ($p=0.001$), sosyal ilgi desteği ($p=0.001$), eş desteği ($p<0.001$) aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo LIII: Evlilik Problemi Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Evlilik Problemi	Sıra Ortalaması	H	p
Duygusal Destek	İstismar ve ihmal(n=80)	63.92	19.25	**0.00**
	Kayınpeder/kayınvalide(n=11)	83.77		
	Çocuk yetiştirme stillerindeki uyuşmazlık(n=46)	94.53		
	Fikir ayrılığı(n=20)	100.98		
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		64.56	17.24	**0.001**
		86.14		
		95.29		
		95.38		
Takdir Etme Desteği		65.34	17.06	**0.001**
		74.64		
		95.73		
		97.58		
Sosyal İlgi Desteği		69.20	8.58	**0.04**
		79.55		
		91.91		
		88.20		
EDÖ_Toplam		63.56	19.77	**0.00**
		83.64		
		95.74		
		99.73		

Tablo LIII'de, evlilik problemleri ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle EDÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamalarına göre evlilik problemleri arasında farklılık olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. EDÖ ve tüm alt ölçekleri ortalamalarına göre bireyin evlilik problemleri arasında anlamlı farklılık vardır. İkili karşılaştırma ile hangi gruplar arasında farklılığın olduğu belirlenmiştir. Duygusal destek ortalamaları açısından evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayan katılımcılar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayan katılımcılar arasında (p=0.001); evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayan katılımcılar ile fikir ayrılığı yaşayanlar arasında (p=0.01) anlamlı farklılık bulunmuştur. Evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayanlar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlar ile fikir ayrılığı yaşayan katılımcılara göre eşlerinden daha az duygusal destek aldıklarını bildirmişlerdir. Maddi yardım ve bilgi desteği ortalamaları açısından evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayan katılımcılar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlar arasında (p=0.001); evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayan katılımcılar ile fikir ayrılığı yaşayanlar arasında (p=0.04) anlamlı farklılık bulunmuştur. Evliliğinde

istismar ve ihmal problemleri yaşayanlar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık ile fikir ayrılığı yaşayanlardan daha az eşlerinden maddi yardım ve bilgi desteği gördüklerini bildirmişlerdir. Takdir etme desteği ortalamaları açısından evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlar arasında (p=0.002); evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar ile fikir ayrılığı yaşayanlar arasında (p=0.03) anlamlı farklılık bulunmuştur. Evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayan katılımcılar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık ile fikir ayrılığı yaşayanlardan daha az eşlerinden takdir etme desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Sosyal ilgi desteği ortalamaları açısından evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlar arasında (p=0.04) anlamlı farklılık bulunmuştur. Evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlardan daha az eşlerinden sosyal ilgi desteği gördüklerini bildirmişlerdir. Eş desteği ortalamaları açısından evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlar arasında (p=0.001); evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar ile fikir ayrılığı yaşayanlar arasında (p=0.01) anlamlı farklılık bulunmuştur. Evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayanlar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlar ile fikir ayrılığı yaşayanlardan daha az eşlerinden destek gördüklerini bildirmişlerdir.

Tablo LIV: Çocukluk Çağı Travmalarıyla Baş Etme Değişkeni ile EDÖ'nin Karşılaştırılması

	Çocukluk Çağı Travmaları İle Baş Etme	**Sıra Ortalaması**	**H**	**P**
Duygusal Destek	Evet(n=147) Kısmen(n=113) Hayır(n=44)	163.66 140.34 146.44	4.98	0.08
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		168.80 138.19 134.82	10.50	**0.01**
Takdir Etme Desteği		167.78 139.67 134.42	8.92	**0.01**
Sosyal İlgi Desteği		158.34 144.40 153.80	1.71	0.43
EDÖ_Toplam		166.03 139.33 141.14	6.79	**0.03**

Tablo LIV'de, çocukluk çağı travmalarıyla baş etme ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında yapılan normallik testine göre değişkenlerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle EDÖ ölçekleri ortalamalarına göre çocukluk çağı travmaları ile baş etme arasında farklılık olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir**.** Maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.01), takdir etme desteği (p=0.01), eş desteği (p=0.03) ortalamaları açısından çocukluk çağı travmaları ile baş etme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılıkları belirleyebilmek için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Maddi yardım ve bilgi desteği ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş ettiğini bildiren katılımcılar ile bu baş ettiğini bildiren katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.01). Çocukluk çağı travmalarıyla baş eden katılımcılar, kısmen baş eden katılımcılara kıyasla eşlerinden daha fazla maddi yardım ve bilgi desteği aldıklarını bildirmişlerdir. Takdir etme desteği ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edenler ile baş edenler arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.03). Çocukluk çağı travmalarıyla baş eden katılımcılar, kısmen baş edenlerden daha fazla eşlerinden takdir etme desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Eş desteği ortalamalarına göre çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edenler ile baş edenler arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.05). Çocukluk çağı travmalarıyla baş edenler, kısmen baş edenlere göre eşlerinden daha fazla eş desteği aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo LV: Çocukluk Çağı Travması Olan Çiftler Arasında EDÖ'nin ve Alt Faktörlerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	**Sıra Ortalaması**	**Z**	**P**
Duygusal Destek	Kadın(152) Erkek(152)	49.92 51.60	-2.65	**0.01**
Takdir Etme Desteği		51.95 58.66	-2.43	**0.02**
Sosyal İlgi Desteği		47.48 50.43	-0.54	0.59
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği		48.21 52.74	-4.31	**0.00**
EDÖ_Toplam		57.36 67.03	-3.32	**0.001**

Tablo LV'de, çocukluk çağı travmaları olan çiftler arasında EDÖ toplam ve alt ölçekleri açısından anlamlı farklılık olup olmadığı Wilcoxon Signed test ile incelenmiştir. Buna göre erkekler, kadınlara göre eşlerinden daha fazla duygusal destek (p=0.01), takdir etme desteği (p=0.02), maddi yardım ve bilgi desteği (p<0.001) ile eş desteği (p=0.001) aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo LVI: Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Ölçekleri ile Eş Desteği ve Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi

	Duygusal Destek	**Takdir Etme Desteği**	**Sosyal İlgi Desteği**	**Maddi Yardım ve Bilgi Desteği**	**EDÖ_Toplam**
Fiziksel İhmal	r=-0.12 **p=0.03**	r=-0.11	r=-0.13 **p=0.02**	r=-0.17 **p=0.001**	r=-0.14 **p=0.01**
Duygusal İhmal	r=-0.26 **p<0.001**	r=-0.22 **p<0.001**	r=-0.25 **p<0.001**	r=-0.28 **p<0.001**	r=-0.27 **p<0.001**
Duygusal İstismar	r=-0.20 **p<0.001**	r=-0.20 **p<0.001**	r=-0.16 **p=0.003**	r=-0.23 **p<0.001**	r=-0.23 **p<0.001**
Fiziksel İstismar	r=-0.24 **p<0.001**	r=-0.25 **p<0.001**	r=-0.20 **p<0.001**	r=-0.32 **p<0.001**	r=-0.28 **p<0.001**
Cinsel İstismar	r=-0.11 **p=0.05**	r=-0.15 **p=0.006**	r=-0.07	r=-0.14 **p=0.009**	r=-0.13 **p=0.02**
CTQ_Toplam	r=-0.28 **p<0.001**	r=-0.26 **p<0.001**	r=-0.26 **p<0.001**	r=-0.33 **p<0.001**	r=-0.31 **p<0.001**

Tablo LVI'da, eş desteği toplam ve alt ölçekleri ile çocukluk çağı travmaları toplam ve alt ölçekleri arasındaki ilişki, normallik varsayımını sağlamadığından Spearman Korelasyon analizi ile tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre anlamlı bulunmayan p değerleri verilmemiştir. Fiziksel ihmal ölçeği ile duygusal destek, sosyal ilgi desteği, maddi yardım ve bilgi desteği, EDÖ toplam arasında negatif ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Duygusal ihmal ile EDÖ ve tüm alt ölçekleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Duygusal istismar ile sosyal ilgi desteği ölçeği arasında negatif ve çok zayıf bir ilişki varken, EDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri arasında negatif ve zayıf bir ilişki vardır. Fiziksel istismar ile EDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar ölçeği ile duygusal destek, takdir etme desteği, maddi yardım ve bilgi desteği ile EDÖ toplam ölçekleri arasında negatif yönlü oldukça zayıf bir ilişki bulunmuştur. CTQ toplam ile EDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Tablo LVII: Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Ölçekleri ile Travma Sonrası Büyüme ve Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi

	Benlik Algısında Değişim	**Yaşam Felsefesinde Değişim**	**İlişkilerde Değişim**	**TSBE_Toplam**
Fiziksel İhmal	r=0.005	r=0.04	r=0.06	r=0.02
Duygusal İhmal	r=-0.09	r=-0.03	r=-0.12 **p=0.02**	r=-0.12 **p=0.04**
Duygusal İstismar	r=-0.11 **p=0.05**	r=-0.06	r=-0.14 **p=0.009**	r=-0.13 **p=0.02**
Fiziksel İstismar	r=-0.07	r=-0.03	r=-0.13 **p=0.02**	r=-0.09
Cinsel İstismar	r=-0.02	r=-0.02	r=0.05	r=-0.004
CTQ_Toplam	r=-0.06	r=-0.01	r=-0.09	r=-0.08

Tablo LVII'de, travma sonrası büyüme ve alt ölçekleri ile çocukluk çağı travmaları ve alt ölçekleri arasındaki ilişki normallik varsayımını sağlamadığından Spearman Korelasyon analizi ile tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre anlamlı bulunmayan p değerleri verilmemiştir. Değerlere bakıldığında duygusal istismar ölçeği ile benlik algısında değişim, ilişkilerde değişim, TSBE toplam ölçekleri arasında negatif yönlü ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Duygusal ihmal ile TSBE toplam ve ilişkilerde değişim ölçekleri arasında negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismar ile ilişkilerde değişim ölçeği arasında negatif yönlü ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Tablo LVIII: Eş Desteği ve Alt Ölçekleri ile Travma Sonrası Büyüme ve Alt Ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi

	Duygusal Destek	**Takdir Etme Desteği**	**Sosyal İlgi Desteği**	**Maddi Yardım ve Bilgi Desteği**	**EDÖ_Toplam**
Benlik Algısında Değişim	r=0.18 **p=0.001**	r=0.19 **p=0.001**	r=0.18 **p=0.001**	r=0.22 **p<0.001**	r=0.22 **p<0.001**
Yaşam Felsefesinde Değişim	r=0.18 **p=0.001**	r=0.19 **p=0.001**	r=0.22 **p<0.001**	r=0.20 **p<0.001**	r=0.21 **p<0.001**
İlişkilerde Değişim	r=0.13 **p=0.02**	r=0.13 **p=0.02**	r=0.16 **p=0.004**	r=0.15 **p=0.005**	r=0.16 **p=0.003**
TSBE_Toplam	r=0.20 **p<0.001**	r=0.21 **p<0.001**	r=0.23 **p<0.001**	r=0.23 **p<0.001**	r=0.24 **p<0.001**

Tablo LVIII'de, benlik algısında değişim ölçeği ile duygusal destek, takdir etme desteği ve sosyal ilgi desteği ölçekleri arasında pozitif yönlü oldukça zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Benlik algısında değişim ölçeği ile EDÖ toplam, maddi yardım ve bilgi desteği ölçekleri arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir. Yaşam felsefesinde değişim ile duygusal destek ve takdir etme desteği ölçeği arasında pozitif yönlü oldukça zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yaşam felsefesinde değişim ile sosyal ilgi desteği, maddi yardım ve bilgi desteği, EDÖ toplam ölçekleri arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. İlişkilerde değişim ile EDÖ toplam ve tüm ve alt ölçekleri arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. TSBE toplam ile EDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri arasında pozitif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur.

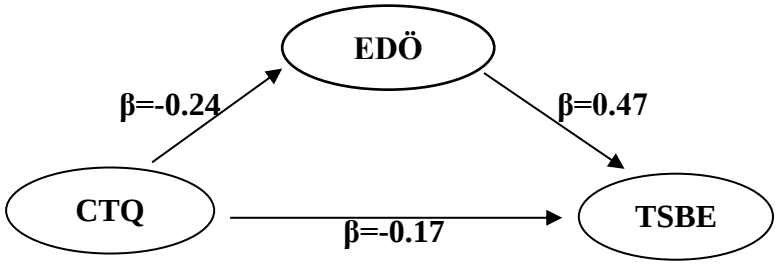
4.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İle Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Eş Desteğinin Aracılık Analizi

Çalışmanın son aşamasında, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) 'ne göre çocukluk çağı travmaları olan 338 katılımcının bildirimlerinde aracılık analizi gerçekleştirilmiştir. Aracılık analizinde, çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide, eş desteğinin aracılık etkisi değerlendirilmiştir. Bu amaç ile *'Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık etkisi vardır.'* hipotezinin aracılık analizini gerçekleştirmek amacıyla IBM SPSS 25'de Process eklentisi kullanılmıştır.

Tablo LIX: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Eş Desteğinin Aracılık Analizi

Model	Yol	Katsayı	Standart Hata	P
l. Basit model (EDÖ eklenmeden)	CTQ →TSBE	-0.28	0.15	0.05
ll. Aracılık analizi	CTQ → EDÖ	-0.24	0.06	0.0001
ll. Aracılık analizi	EDÖ→TSBE	0.47	0.13	0.0003
ll. Aracılık analizi(direct effect)	CTQ →TSBE	-0.17	0.15	0.26
ll. Aracılık analizi(indirect effect)	Yol	Katsayı	Standart hata	Bootstrap Güven aralığı BootAlt limit/BootÜst limit
	CTQ → EDÖ→TSBE	-0.11	0.05	-0.22/-0.04

Tablo LIX'da, analiz için modele eş desteği eklenmeden önce çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası büyümeye negatif ve anlamlı bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (β=-0.28; p=0.05). Eş desteği eklendikten sonra, çocukluk çağı travmaları, eş desteğini (β=-0.24; p=0.0001), eş desteği de travma sonrası büyümeyi (β=0.47; p=0.0003) tahmin etmiştir. Bu aracılık analizi, diyagram ile modellenmiştir. Bağımsız değişkenin, aracı değişkenle birlikte bağımlı değişkene etkisinde (indirect effect), boostrap yapılmış güven aralıkları kullanılmaktadır (Hayes, 2013). Güven aralıklarının alt ve üst limitleri sıfır değerini içermiyorsa aracılık etkisi vardır olarak yorumlanmaktadır. Boostrap edilmiş güven aralıkları "sıfır" içermediğinden çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme ilişkisinde, eş desteğinin aracılık etkisi vardır. Direct effect p değeri anlamlı değilse tam aracılık etkisinin olduğu bilinmektedir (Zhao, Lynch ve Chen, 2010). Burada anlamlı olmadığından (p=0.26) çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme ilişkisinde eş desteğinin tam aracılık etkisi bulunmuştur.



Şekil 2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Travma Sonrası Büyüme İlişkisinde Eş Desteğinin Aracılık Etkisi

5.TARTIŞMA

Evli çiftlerin, çocukluk çağı ruhsal travma düzeyleri ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızın diğer bir odak noktası çocukluk çağı ruhsal travmalar ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide, eş desteğinin aracı rolünü belirlemektir. Çalışmamızdaki bulgular, temel olarak dört aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada, çocukluk çağı travmaları olan 194 çifttin (n=388) bildirimleri değerlendirmeye alınmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)'ne göre çocukluk çağı travmaları bildiren katılımcıların (n=338) çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme karşılaştırmaları, kişisel bilgi formuna verilen yanıtlar ile ilişkilendirilerek analiz edilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının varlığı ile eş desteği ve tüm alt faktörleri arasındaki ilişkide, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)'ne göre çocukluk çağı travmaları bildiren katılımcılar (n=338) ile travma bildirmeyen katılımcıların (n=50) karşılaştırmalı analizleri gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada, eş desteğinin tüm alt faktörlerinin yordayıcılığı analiz edilmiştir. Üçüncü aşamada, çocukluk çağı travmaları bildiren 152 çifttin (n=304) eş desteği ve alt faktörleri ile kişisel bilgi formuna verilen yanıtları değerlendirilerek çiftlere ilişkin analizler gerçekleştirilmiştir. Son aşamada ise, çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık analizine bakılmıştır. Adli klinik psikoloji ekseninde yapılandırılan bu çalışma, evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları, travma sonrası büyüme ile eş desteğinin birlikte incelemesi ve eş desteğinin çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyümedeki tam aracılık rolünün bulunması açısından oldukça önem taşımaktadır.

5.1. Çalışmanın Temel Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

"*Katılımcıların çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.*" olarak belirlenen ilk temel hipotezimiz kısmen doğrulanmıştır. Evlenme biçimi değişkeni ile CTQ ve TSBE arasındaki ilişkide aile ve çevresi aracılığıyla evlenen katılımcılar, diğer gruba göre daha fazla fiziksel istismar, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları bildirirken, aynı zamanda daha fazla pozitif yönde travma sonrası büyüme alt faktörü olan ilişkilerde değişim yaşamışlardır (bkz. Tablo XVIII). Benzer bir ilişki evlilik problemlerinin varlığı değişkeninde, duygusal ihmal, duygusal istismar, CTQ ve TSBE benlik algısında değişim toplam puanları arasında da görülmektedir (bkz. Tablo XXVIII). Bununla birlikte duygusal ihmal ve duygusal istismar ile

travma sonrası büyüme toplam puanları arasında ve fiziksel istismar ile ilişkilerde değişim arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo LVII). Alan yazında travma sonrası büyüme ekseninde yapılan çalışmaların genel olarak onkoloji hastaları, cinsel istismar mağdurları ve savaş gazileri ile gerçekleştirilmesi ve sağlıklı evli çiftler ile oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunması nedeniyle tartışma aşamasına, evli çiftler dışındaki örneklem grupları ile yapılan araştırmalar da dahil edilmiştir. Brooks, Graham-Kevan, Robinson ve Lowe (2019) tarafından yapılan çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve temel bulgumuz desteklenmiştir. Schaefer ve diğerleri (2018) tarafından en az bir çocukluk çağı travması olan evli çiftlerle yapılan çalışmada, araştırmamızı destekler nitelikte travma sonrası büyüme ile çocukluk çağı travmalarına yönelik algılama arasında düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Lee, Yu ve Kim (2020) tarafından Kore'de yapılan güncel bir çalışmada kaza ve suç mağdurları katılımcı olarak yer almıştır. Çalışmanın temel bulguları arasında travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ile travma sonrası büyüme arasında çocukluk çağı travmalarının aracılık etkisinin varlığı tespit edilmiş ve olağan travmatik yaşantılar ile çocukluk çağı travmalarının birlikte varlığı, daha fazla travma sonrası büyümeye yol açmıştır. Bu bulgu, travma sonrası büyüme ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye görmek açısından oldukça önemlidir. Mohr ve Rosén (2017) tarafından en az bir çocukluk çağı travması olan üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, çocukluk çağı travması olan öğrencilerin %91'inin en az bir alanda travma sonra büyüme gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuç, çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasında temel bir kriter olarak değerlendirilebilmesi hususunda hem çalışmamızı desteklemekte hem de çocukluk çağı travmaları ilişkisinin önemini ortaya koymaktadır.

"*Katılımcıların eşlerinden aldıkları "eş desteği" arttıkça, travma sonrası büyüme puanları da artacaktır.*" olarak belirlenen ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır. Eşinden takdir edilme desteği alan katılımcılar, daha fazla pozitif yönde yaşam felsefesinde değişim ve ilişkilerde değişim yaşamakta; eşinden sosyal ilgi desteği alan katılımcılar, daha fazla pozitif yönde ilişkilerde değişim ve travma sonrası büyüme yaşamakta; eşinden destek alan katılımcılar ise daha fazla pozitif yönde benlik algısında değişim ve yaşam felsefesinde değişim yaşamaktadırlar (bkz. Tablo XL, XLI, XLII, XLIII, XLIV, XLV). Canevello, Michelsm ve Hilaire (2016) tarafından 61 evli çiftle yapılan çalışmada, eş desteğinin travma sonrası büyümeye pozitif etki ettiği bulunmuştur. Aynı çalışmada, evli ve partnerler arasındaki yakın ve güçlü ilişkilerin travma sonrası büyümede önemli bir faktör olabileceği ifade edilmekte bu araştırmanın sonuçları çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Lee,

Kim, Lim ve Kim (2017) tarafından göğüs kanseri tedavisi gören 168 kadın ve eşiyle yapılan araştırmada, çalışmamızdaki temel değişkenlerimizden biri olan eş desteğine yakın bir değişken olan *"ilişki kalitesi"*nin travma sonrası büyümeye pozitif etki ettiği ortaya çıkmıştır. Buna göre, çalışmamızdaki bulgularla benzer nitelikte olarak eşler arasında ilişki kalitesi arttıkça travma sonrası büyümenin de arttığı görülmüştür. Lim (2019) tarafından, 91 göğüs kanseri kadın ve eşi ile yapılan bir çalışmada da bulgularımızı destekler nitelikte eş desteğinin travma sonrası büyümeye pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir.

"*Eş desteğine sahip olan çiftlerin travma sonrası büyüme puanları, eş desteğine sahip olmayan çiftlerden daha fazla olacaktır.*" şeklindeki üçüncü temel hipotezimiz doğrulanmıştır. Çalışmamızda eşinden destek alan katılımcıların, eşinden destek almayan katılımcılara oranla daha fazla travma sonrası büyüme deneyimledikleri ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo XLVI). Daha önce ifade edildiği üzere Canevello ve diğerleri (2016) tarafından 61 evli çiftle yapılan çalışmada eş desteğinin travma sonrası büyümeye pozitif etki ettiği bulunmuş olup, bu bulgu çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Aynı çalışmada evli ve partnerler arasındaki yakın ve güçlü ilişkilerin travma sonrası büyümede önemli bir faktör olabileceği belirtilmektedir. Hasson-Ohayon ve diğerleri (2016) tarafından göğüs kanseri olan kadınlar ve eşleri ile yapılan bir çalışmada, eş desteği de dahil olmak üzere sosyal destek türlerinin tamamının travma sonrası büyümeye pozitif etki ettiği ortaya çıkmıştır. Bu çalışma eş desteğinin yanı sıra aile, arkadaş ve inanç temelli tüm sosyal destek mekanizmalarının optimal düzeyde var olmalarının, bireyin hem travmaları ile mücadele etme hem de travma sonrasında gelişim göstermeleri açısından oldukça temel bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Seo ve Kwon (2018) tarafından, göğüs kanseri olan kadınlarla yapılan çalışmada, eş desteğinin de alt faktör olduğu sosyal destek ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunmuş ve sosyal desteğin fazla olduğu vakaların daha fazla travma sonrası büyüme deneyimlediği belirlenmiştir.

"*Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme sonrasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık etkisi vardır.*" olarak belirlenen son temel hipotezimiz doğrulanmıştır. Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile travma sonrası büyüme ilişkisinde eş desteğinin tam aracılık etkisi (p=0.26) vardır (bkz. Tablo LIX). Alan yazında evli çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracılık etkisini araştıran çalışma bulunmamakla birlikte, evli çiftler dışında travma sonrası büyümenin daha çok çalışıldığı kanser hastaları ile savaş/terör gazileri örneklemleriyle çalışılan eş desteği ve travma sonrası büyüme ilişkisine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bu açıdan hipotezimiz, araştırmamıza metodolojik olarak yakın düzeyde yapılan çalışmalarla tartışılacaktır. Brooks

ve diğerleri (2019) tarafından yapılan çalışmada, travma karakteristikleri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide çalışmamızda aracılık etkisi bulunan eş desteğini kapsayan sosyal desteğin aracılık etkisi bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızla doğrulamakla birlikte eş desteğinin yanı sıra sosyal desteğin de travma ile travma sonrası büyüme arasında aracılık rolünün olduğunu göstermesi açısından oldukça önemlidir. Wang, Wu ve Tian (2018) tarafından 706 deprem mağduru ile yapılan çalışmada, travma sonrası büyüme ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında eş desteğini de kapsayan sosyal desteğin aracılık rolü bulunmuştur. Alan yazında yapılan çalışmalar, genellikle sosyal desteğin aracılık etkisine odaklanması nedeniyle bu çalışmada travma sonrası büyüme ve çocukluk çağı travmaları arasındaki "eş desteği"nin, tam aracılık etkisinin bulunması, bilimsel literatür için temel bir nitelik taşımaktadır.

5.2. Çalışmanın Temel Hipotezleri Dışındaki Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmamızda çocukluk çağı travmaları olan 338 katılımcının %48.2'si kadınlardan oluşmaktadır (bkz. Tablo I). Katılımcıların, %77.5'inin birden fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo X). Türkiye'nin üç ilinde gerçekleştirilen 7540 katılımcının olduğu başka bir çalışmada da örneklemin %78.6'sının birden fazla türde çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığı gözlenmiştir (Sofuoğlu vd., 2014). Bir başka çalışmada ise tek çocukluk çağı travması olan katılımcıların %86.5'i en az bir ek, %52'si en az üç ek ve %38.5'i dört veya daha fazla ek çocukluk çağı travmaları bildirmiştir. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının çoklu boyutunun oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (Dong vd., 2004).

Çocukluk çağı travmalarının varlığına ilişkin bulgularda, çalışmamızda en fazla rapor edilen tek travma türü duygusal ihmal (%78.9) olmuştur. Bunu sırasıyla, fiziksel ihmal (%14.5), duygusal istismar (%3.9) ve cinsel istismar (%2.6) takip etmiştir (bkz. Tablo XI). Çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı arasındaki ilişkiye yönelik bir başka çalışmada, çocukluk çağı travmaları alt ölçeğinde en yüksek duygusal ihmal düzeyi (8,510 ± 3,790) ve fiziksel ihmal düzeyi (6,800 ± 2,290) bulunmuştur (Güneri-Yöyen, 2017). Başka bir çalışmada da, ihmal en sık bildirilen (%16.5) çocukluk çağı ruhsal travması olmuştur (Zoroğlu vd., 2001). Bununla birlikte, ABD Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesi'nin verilerine göre 1997 yılında toplam 3.7 milyon istismar olgusu resmi kanallara ulaşmış ve gerçekliği kesin delillerle ortaya konulan yaklaşık bir milyon olgu tespit edilmiştir. Kesinlik

kazanan olgular incelendiğinde en sık görülen örseleyici yaşantının %54 ile ihmal (fiziksel ve duygusal) olduğu görülmüştür (akt. Zoroğlu vd., 2001).

Cinsiyetlerdeki farklılık, çocukluk çağı travmalarının etkisi açıklayan önemli bir değişkendir. Çalışmamızdaki bulgular, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeğinin her iki cinsiyet arasında sadece fiziksel ihmal açısından anlamlı bir farklılık (p=0.03) olduğunu göstermektedir. Buna göre erkekler, kadınlardan daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo XII). Benzer sonuçlar, Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg ve Van Ijzendoorn (2013) tarafından gerçekleştirilen meta analiz çalışmasında da rapor edilmiştir. Fiziksel ihmal yaygınlığının erkeklerde (%17.5) kadınlardan (%15.2) daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada da kadın (n=4674) ve erkek (n=3955) fiziksel ihmal raporlarında, erkeklerin annesinin (%21.5), babasının (%17.9) ve her ikisinin (%28.8) fiziksel ihmale maruz bırakma oranlarının kadınlardan (anne %20.2; baba %14.7; her ikisi %27.7) daha yüksek olduğunu göstermektedir (Dube vd., 2001). 165 katılımcının (%58.8 kadın, %41.2 erkek), olduğu bir başka çalışmada da erkekler, kadınlara kıyasla daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Gülgör, 2019). Bu sonuçlar, çalışmamızın bulgularını önemli ölçüde desteklemektedir.

Çocukluk çağı travmaları yaşayan kişilerde, evlilikte bozulma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Whisman, 2006). Çünkü çocukluk çağı travmaları, yetişkinlikte sağlıklı, samimi ilişkiler kurmakta ve sürdürmekte olumsuz sonuçlar yaratmaktadır (Colman ve Widom, 2004). Bu sonuçlar çocukluk çağı travmaları ve evlilik sayısı ile ilişkili görülmektedir. Çalışmamızda, evlilik sayısı, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği puanlarına bakılmış ve duygusal istismar ortalamaları (p=0.03) ile fiziksel istismar ortalamaları (p=0.02) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre, üç ve üstü evlilik yapan katılımcılar, ilk evliliğini yapan katılımcılara göre daha fazla duygusal istismara ve fiziksel istismara uğradıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel istismar ortalamaları ile tespit edilen anlamlı farklılık (p=0.02), ikinci evliliğini yapan katılımcılar ile üç ve üstü evlilik yapan katılımcılar arasında da görülmektedir. Buna göre üç ve üstü evlilik yapan katılımcılar, ikinci evliliğini yapan katılımcılardan daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (bkz. Tablo XVII). Bir çalışmada çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kadın ve erkekler, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek birlikte yaşama, terk etme ve boşanma oranları bildirmişlerdir. Özellikle çocuklu çağı travma mağduru kadınların, partnerlerine ilişkin olumlu algılara sahip olma olasılıkları, kontrol grubundaki kadınlardan daha az olduğu görülmüştür (Colman ve Widom, 2004). Ebeveynleri tarafından terk edilme ve duygusal istismara maruz bırakılma, derin güvensizliğin de eşlik ettiği yüksek düzeyde endişe ve büyük

bir samimiyet korkusu doğurmaktadır (Wood, 2007). Dolayısıyla, korkulu yetişkinlerin çatışan ve potansiyel olarak kötü davranan samimi ilişkilere savunmasız olma olasılıkları oldukça yüksektir (Riggs, 2010). Özellikle, duygusal istismar deneyimleri, eşlerle güvenli, tatmin edici ilişkiler kurma yeteneğine müdahale ederek uzun vadeli etkileri olan kişiler arası kopukluk ve reddedilmeyle ilgili şemalara katkıda bulunabilmektedir (Messman-Moore ve Coates, 2007). Bu açıdan, bağlanma teorisine göre, duygusal istismar duygusal düzenlemeyi bozma, bireyin uyumsuz başa çıkma tepkilerini destekleme, başkalarının olumsuz görüşlerini teşvik etme ve sosyal işlevselliğe müdahalede bulunma ile yetişkin bağlanma kapasitesini zayıflatarak romantik ilişkilerin kalitesini şekillendirmektedir (Riggs, 2010). Dutton, Saunders, Starzomski ve Bartholomew (1994), bağlanma teorisine dayandırdıkları bir samimi partner şiddeti modeli önermişlerdir. Buna göre, olumlu benlik modelleri olan ve bu nedenle ilişkilerde bilinçli olarak güvensizlik yaşamama eğiliminde olan güvenli yetişkinlerin aksine, endişeli ve korkmuş yetişkinler, kendilerini kronik olarak endişelendiren terk etme ve reddetme odaklı negatif benlik modellerine sahiplerdir. Romantik ilişkilerinde de, sözel ve fiziksel istismar ile güçlü bir şekilde ilişkili olan yüksek düzeyde öfke, kıskançlık ve duygusal istikrarsızlık hakimdir (akt. Riggs, 2010). Evlilik memnuniyeti ve çocukluk çağı travmaları ilişkisine yönelik bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarının evlilik işleyişi üzerinde giderek daha zararlı bir etki yarattığı tespit edilmiştir. Travma ve evlilik memnuniyetinde azalma arasındaki olası aracıların, cinsel aktivitenin azalması, psikolojik saldırganlığın artması ve özellikle erkek eşlerin bildirdiği travma semptomlarının artması yoluyla ortaya çıktığı belirtilmiştir (DiLillo vd., 2009). Bir başka çalışmada da, fiziksel ve cinsel istismara uğramış kadınların, evlenme veya uzun vadeli birlikte yaşama ilişkilerine sahip olma olasılıklarının daha düşük olduğunu bildirilmiştir (Cherlin, Hurt, Burton ve Purvin, 2004).

Evlilik memnuniyetine ek olarak, evlenme biçimi de çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişki göstermektedir. Evlenme biçimi, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği arasındaki ilişkide, duygusal ihmal ($p=0.01$), fiziksel istismar ($p=0.02$), çocukluk çağı travmaları toplam ($p=0.03$) ve ilişkilerde değişim ($p=0.04$) ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Duygusal ihmal ve fiziksel istismar ortalamalarına göre aile ve çevresi aracılığı ile evlenmiş katılımcılar, sosyal çevre aracılığı ile evlenmiş katılımcılara göre daha fazla duygusal ihmale ve fiziksel istismara maruz kalmıştır. Çocukluk çağı travmaları toplam ortalamaları açısından da, benzer sonuçlara varılmıştır. Buna karşılık, aile ve çevresi aracılığı ile evlenen katılımcılar, sosyal çevresi aracılığı ile evlenen katılımcılardan daha fazla pozitif yönde ilişkilerde değişim yaşamışlardır (bkz. Tablo XVIII). Araştırmamızla yakın eksende yapılandırılan çalışmaları incelediğimizde;

Li, Zhao ve Yu (2019) tarafından çocukluk çağı travmaları ile yakın partner şiddeti mağduriyeti üzerine yapılan bir derleme çalışmasında, evli çiftlerden ziyade flört eden çiftlerde çocukluk çağı travmaları ile yakın partner şiddeti arasında yakın bir ilişki görülmüştür. Bu bulgu araştırmamızın sonuçları ile direkt olarak örtüşmese de flört dönemindeki ilişkide çocukluk çağı travmalarına bağlı sorunların daha yüksek oranda ortaya çıkabildiğinin göstergesi niteliğindedir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmalarıyla anlamlı olarak ilişkili bulunan diğer bir önemli değişken, çocuk sahibi olup olmama ve çocuk sayısının fazlalığıdır. Çocuk sahipliği, CTQ toplam ve beş alt ölçeği ile TSBE toplam ve üç alt ölçeği açısından duygusal ihmal ($p=0.01$), fiziksel ihmal ($p=0.01$) ve çocukluk çağı travmaları toplam ($p=0.02$) ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre çocuk sahibi olan katılımcılar, olmayanlara göre daha fazla duygusal ihmale, fiziksel ihmale ve çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını rapor etmişlerdir (bkz. Tablo XIX). Çocuk sayısı ile ilişkide ise, duygusal ihmal ($p=0.03$), fiziksel ihmal ($p=0.009$) ve çocukluk çağı travmaları toplam ($p=0.03$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bulgulara göre, dört ve üstü çocuk sahibi olan katılımcılar, daha fazla fiziksel ihmale, duygusal ihmale ve çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (bkz. Tablo XX). Çocukluk çağı travmaları ile evlilik uyumu ve doyumu ilişkisine yönelik çalışmada, çocuk sayısı değişkeninde CTQ toplam ve alt ölçekler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Tozan, 2019). Başka bir çalışmada, çocukluk çağı travmaları toplam ve alt ölçek puanları ile çocuk sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Abalı, 2017). Çalışmamızla paralel olarak, yalnızca bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ile çocuk sayısı arasındaki ilişkide istatiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma görülmüştür (Gülgör, 2018). Bu kapsamda, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan evli bireylerin daha fazla çocuk sahibi olma motivasyonlarını açıklamak önemli görülmektedir. Çocuk istismarlarının altında yatan psikolojik mekanizma, yetişkinlerin ruhlarında katlanamadıkları parçalarını çocuklarına yansıtmaları ve böylece kendilerine tehdit oluşturmayacak şekilde bu duyguları başka bir bedende kontrol etmeleri ile karakterizedir. DeMause, bu mekanizmada çocukların "zehir konteyneri" olarak kullanıldığını belirtmektedir. Zehir konteyneri, yetişkinlerin travmatik yaşantılarını başka bir bedende (çocukları) kontrol edebilmelerini sağlayarak, negatif yönelimli duyguların çocuklarına yansıtılması ile kendi olumsuz yaşantılarından ve agresyonlarından arınmak için kullanılması olarak tanımlanmaktadır (DeMause, 1998). Dolaysıyla ebeveynlerin, katlanamadıkları kaygılarından kurtarmak için çocuklarını zehir konteyneri olarak kullanmaları evrensel bir olgudur. Çocukluğun tarihi incelendiğinde

çocuklardan sürekli olarak, ebeveynlerinin kötü duygularını emerek kendilerine almaları beklenmiştir. DeMausse'a göre, psikotarihsel açıdan özellikle yeni doğan bebekler, tamamen temiz olduklarından iyi bir zehir konteyneri olarak işlev görebilmektedir. Sonuç olarak bu fenomen, hem bireylerin kendi çocukluk ve aile ilişkilerinden gelen iç korkuları, hem de dünya görüşleri ile bağlantı bulunmaktadır (DeMause, 1998; Öztürk, 2016). Bu sebeple hem kendi çocuklarını travmatize eden hem de yanlış çocuk yetiştirme stillerini uygulayarak bir ajan rolü benimseyen ailelerin, kuşaklararası travma geçişlerine olanaklı kılan psikodissosiyojen fonksiyonlarının ele alınıp ayrıntılı değerlendirilmesi oldukça gerekli görülmektedir (Öztürk, 2020, s.228).

Çocukluk çağı travmalarının önemli sonuçlarından biri psikiyatrik tanı varlığı ve psikolojik destek alımıdır. Çalışmamızda psikiyatrik tanısı olanlar (%9.2) ile olmayanlar (%90.8) arasında duygusal ihmal ($p=0.05$), duygusal istismar ($p<0.001$), fiziksel istismar ($p=0.003$), cinsel istismar ($p=0.03$) ve çocukluk çağı travmaları toplam ($p=0.005$) ortalamaları bakımdan istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre psikiyatrik tanı alan katılımcılar, almayanlara göre daha fazla duygusal ihmale, duygusal istismara, fiziksel istismara, cinsel istismara ve çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (bkz. Tablo XXI). Benzer ilişki psikolojik destek alan katılımcılar arasında da görülmüştür. Buna göre psikolojik destek alan katılımcılar, almayanlara göre daha fazla duygusal ihmale ($p=0.001$), duygusal istismara ($p<0.001$), fiziksel istismara ($p=0.002$), cinsel istismara ($p=0.02$) ve çocukluk çağı travmalarına ($p<0.001$) maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo XXII). 109 olgunun (%95.4 kadın, %4.6 erkek) araştırmaya alındığı çalışmada, cinsen saldırıya (ensest dahil) maruz kalan katılımcıların %81.7'nin travma sonrasında ruh sağlığının etkilendiği belirtilmiştir. Katılımcılardan, 67 (%61.5) kişiye TSSB, 23 kişiye (%21.1) uyum bozukluğu, 15 (%13.8) kişiye eşik altı TSSB, bir (%0.9) kişiye temaruz tanısı konmuş ve %41.3'nün tedaviye devam etmesi gerektiği rapor edilmiştir (Yıldırım ve Güvenç, 2017). Çocukluk çağı travmalarının psikiyatrik tanı ile ilişkisine yönelik çalışmaya, psikiyatri polikliniğine başvuran 183 hasta (%37.2'si, erkek, %62.8'i kadın) katılmıştır. Katılımcıların %65.7'si çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine, %6.1'i ise üç tür travmaya maruz kaldığını bildirmiştir (Örsel, Karadağ ve Kahiloğulları, 2011). Çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı cinsel istismarın psikiyatrik sonuçlarına ilişkin çalışmada, yapılan ruhsal durum değerlendirmeleri sonucunda katılımcıların %67.6'sının eksen I ruhsal bozukluk tanısı (TSSB %12.2; Akut Stres Reaksiyonu %17.6; Anksiyete Bozuklukları-BTA %4.1; Depresyon %12.2; TSSB+Depresyon %9.5; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %2.7; Yıkıcı Davranış Bozuklukları-BTA %9.5) aldıkları

belirtilmiştir (Yulaf ve Gümüştaş, 2013). Bir başka çalışmada cinsel istismara uğrayan ergenlerde (31 olgu; %77.4'ü kız, %22.6'sı erkek) psikiyatrik tanı varlığı %77.4 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk %41.9; anksiyete bozukluğu %19.4; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %3.2; her üç tanı birlikte %9.7 ile anksiyete bozukluğu ve madde kullanımı %3.2 olarak belirlenmiştir (Doğan, 2009). Başka bir çalışmada, yaşam boyu psikiyatrik bozukluk öyküsünün duygusal istismar ile anlamlı ilişkide olduğu belirtilmiştir (Kıray, 2018). Psikolojik destek alımına ilişkin bir çalışmaya katılan çocukların (%42'si kız, %58'i erkek) %85'inin psikoterapi, %15'inin ise hem psikoterapi hem de ilaç yardımı aldığı rapor edilmiştir (Kantürk, 2014).

Çocukluk çağı travmaları ile anne/baba eğitim düzeyleri arasındaki ilişki birçok çalışmada anlamlı görülmektedir. Çalışmamızda, annelerinin eğitim durumu ile ölçekler birlikte değerlendirildiğinde fiziksel ihmal (p=0.02), duygusal ihmal (p=0.002) ve çocukluk çağı travmaları toplam (p=0.007) ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre, annesi ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, annesi ortaokul-lise mezunu olanlara göre daha fazla fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları bildirmişlerdir (bkz. Tablo XXIII). Babanın eğitim durumu ile de, benzer sonuçlara (fiziksel ihmal p=0.001; duygusal ihmal p=0.002; çocukluk çağı travmaları toplam p=0.001) ulaşılmıştır. Buna göre babası ilkokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılar, babası ortaokul-lise mezunu olanlardan daha fazla fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları rapor etmişlerdir (bkz. Tablo XXIV). Çocukluk çağı travmaları ile anne/babanın eğitim durumu arasındaki ilişkide; anne babanın eğitim durumu daha düşük olan ailelerde fiziksel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Babası okuryazar olmayanların ise yüksek duygusal ve fiziksel ihmal puanları aldığı saptanmıştır (Örsel vd., 2011). Bir başka çalışmada da duygusal ihmal puanları, annenin ve babanın ortaokul veya altı düzeyde eğitimli olması ile ilişkili bulunmuştur (Kıray, 2018). Diğer bir çalışmada, çocuk ve ergenlerdeki cinsel istismarın olumsuz sonuçları ile anne/babaların eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Annelerin eğitim düzeyi hiç okula gitmemiş %28.8 ve ilkokul mezunu %47.5 iken; babaların eğitim düzeyi hiç okula gitmemiş %16.5 ve ilkokul mezunu %52.8 olarak bulunmuştur (Yulaf ve Gümüştaş, 2013). Cinsel istismar mağduru çocukların anne ve babalarının eğitim düzeylerine ilişkin bulgularda, annelerin %70.7'si, babaların ise %60.7'si ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları saptanmıştır (Öztürk, Tanrıverdi ve Sapmaz, 2017). Cinsel istismara uğrayan ergenlerin (31 olgu; %77.4'ü kız, %22.6'sı erkek) aile özelliklerine bakıldığında, annelerin %16.1'i okur-yazar değil ve %64.5'u ilkokul mezunu iken, babalarda istatiksel açıdan anlamlı ilişki

bulunamamıştır (Doğan, 2009). Çocukluk çağı travmaları yaşantısı olan 89 çocuğun (%51.7 kız, %48.3 erkek) değerlendirilmeye alındığı çalışmada, çocukların aile özelliklerine ilişkin bulgular; annelerin %68.5'inin babaların ise %78.7'inin ilkokul mezunu olduğunu göstermiştir (Koç vd., 2012). Bu bulguların, çalışmamızla benzer sonuçlara vardığı görülmektedir.

Çalışmamızdaki diğer bir önemli bulgu, çocukluk çağı travmaları, bakım veren ile aile tipleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bakım veren değişkeni, CTQ ve alt ölçekleri ile TSBE alt ölçekleri arasındaki ilişkide, bakım veren kişiler (anne/baba ve anne/baba dışındakiler) arasında fiziksel ihmal ($p=0.01$), duygusal ihmal ($p=0.001$), fiziksel istismar ($p=0.01$) ve çocukluk çağı travmaları ($p=0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre, anne/baba dışındaki bakım verenler tarafından yetiştirilen katılımcılar, anne ve babaları tarafından yetiştirilen katılımcılara göre daha fazla fiziksel ve duygusal ihmale, daha fazla fiziksel istismara ve daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo XXV). Buna ek olarak aile tipi ile ölçekler arasında da ilişkiler mevcuttur. Fiziksel ihmal ortalamalarına ($p<0.001$) göre aile tipleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın ilgisiz aileler ile çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar ($p<0.001$), destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişenler ($p<0.001$), otoriter ailelerde yetişenler ($p<0.001$), aşırı koruyucu ailelerde yetişenler ($p<0.001$) ve tutarsız ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$) olduğu görülmektedir. Buna göre, ailesini ilgisiz olarak nitelendiren katılımcıların, diğer aile tiplerine göre daha fazla fiziksel ihmale uğradıkları görülmektedir. Duygusal ihmal ortalamalarına ($p<0.001$) göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farklılığın çocuk odaklı aileler ile otoriter ailelerde yetişen ($p=0.03$), tutarsız ailelerde yetişen ($p=0.03$) ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılar arasında ($p<0.001$); destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişenler ($p<0.001$), tutarsız ailelerde yetişenler ($p=0.005$) ve ilgisiz ailelerde yetişenler arasında ($p<0.001$); aşırı koyucu aileler ile ilgisiz ailelerde ($p<0.001$) yetişen ($p=0.01$) katılımcılar arasında olduğu görülmektedir. Çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar, tutarsız ailelerde, otoriter ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişen katılımcılar, otoriter ailelerde, tutarsız ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal ihmale maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Aşırı koruyucu ailelerde yetişen katılımcılar, ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Duygusal istismar ortalamalarına ($p<0.001$) göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çocuk odaklı aileler ile tutarsız ailelerde yetişen

katılımcılar (p=0.03) ve ilgisiz ailelerde yetişenler (p=0.04) arasında; destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişenler (p=0.002), tutarsız ailelerde yetişenler (p<0.001) ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılar (p=0.003) arasında olduğu görülmektedir. Çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar, tutarsız ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan; destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişen katılımcılar, otoriter ailelerde, tutarsız ailelerde ve ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılardan daha az duygusal istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Fiziksel istismar ortalamalarına göre anlamlı farklılığın ilgisiz ailelerde yetişen katılımcılar ile çocuk odaklı ailelerde yetişenler (p=0.02), destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişenler (p=0.03) ve otoriter ailelerde yetişenler arasında (p=0.02) olduğu görülmektedir. İlgisiz ailelerde yetişen katılımcılar, çocuk odaklı, destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişen katılımcılardan daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. CTQ toplam ortalamalarına göre aile tipleri arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir (p<0.001). Bu farklılığın, ilgisiz aileler ile çocuk odaklı ailelerde yetişen katılımcılar (p<0.001), destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişenler (p<0.001), aşırı koruyucu ailelerde yetişenler (p<0.001), otoriter ailelerde yetişenler (p=0.002) arasında; destekleyici ve kabul edici aileler ile otoriter ailelerde yetişenler (p=0.001), tutarsız ailelerde yetişenler arasında (p=0.002) ve çocuk odaklı aileler ile tutarsız ailelerde yetişen katılımcılar arasında (p=0.02) olduğu görülmektedir. İlgisiz ailelerde yetişen katılımcılar; çocuk odaklı ailelerde, destekleyici ve kabul edici ailelerde, aşırı koruyucu ailelerde ve otoriter ailelerde yetişen katılımcılardan daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Destekleyici ve kabul edici ailelerde yetişen katılımcılar, otoriter ailelerde ve tutarsız ailelerde yetişen katılımcılardan daha az çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte, çocuk odaklı ailelerde büyüyen katılımcılar ise, tutarsız ailelerde büyüyen katılımcılardan daha az çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki çocukluk çağı travmaları olan katılımcıların %17.2'si aşırı koruyucu ailelerde yetişmişken, çocukluk çağı travmaları olmayan bireylerde bu oran %26 olarak bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları olmayan bireylerin %18'i otoriter ve çocuk odaklı ailelerde yetişirken, bu oran çocukluk çağı travmaları olan katılımcılarda sırasıyla %27.5 ve %5.6 olarak tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları olan katılımcıların %6.5'i tutarsız ailelerde yetişmişken, çocukluk çağı travmaları olmayan katılımcılarda tutarsız aile tipi gözlemlenmemiştir (bkz. Tablo XXVII). Suça sürüklenen ergenler ile yapılan bir çalışmada, 45 ergenin (%60.0'ı erkek) orta düzeyde duygusal istismar ve fiziksel ihmal yaşadığı, düşük düzeyde de fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ihmale maruz kaldığı saptanmıştır. Ebeveyn tutumlarına yönelik bulgularda;

ebeveyni tarafından baskı ve aşırı disiplin altında yetiştirilen ergenlerin daha çok travma yaşadığı; demokratik ve eşitlikçi tutum arttıkça travma yaşama oranının düştüğü bildirilmiştir. Bununla birlikte babası ilgisiz ve kayıtsız bir tutum sergileyen ergenlerin duygusal istismar; annesi dengesiz ve tutarsız tutum sergileyen ergenlerin duygusal ihmal açısından daha fazla travmaya maruz kaldıkları rapor edilmiştir (Beşer, Arabacı, Uzunoğlu, Bilaç ve Ozan, 2019). Başka bir çalışmada da, duygusal ihmal ve fiziksel istismar düzeyi arttıkça otoriter tutum düzeyi arttığı, duygusal ve fiziksel istismar düzeyi arttıkça aşırı koruyucu tutum düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (Özgen, 2017). Diğer bir çalışmada ise, fiziksel ihmal ile otoriter ebeveynlik arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir (Kıray, 2018).

Eş desteği varlığı, CTQ ve alt ölçekleri ile TSBE alt ölçekleri arasındaki ilişkide duygusal ihmal ($p=0.001$), duygusal istismar ($p=0.003$) ve çocukluk çağı travmaları ($p<0.001$) ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Eş desteğinin kısmen olduğunu bildiren katılımcılar, eş desteğini bildiren katılımcılardan daha fazla duygusal ihmale, duygusal istismara ve çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo XXXI). Eş desteği ve çocukluk çağı travmalarına ilişkin bir çalışmada, oldukça destekleyici bir partner veya eşe sahip olan bireylerin, genç yetişkinlikte destekleyici bir partner veya eşi olmayanlara göre 1.7 kat daha dayanıklı olduğu gösterilmiştir (Dumont vd., 2007). Başka bir çalışmada eş desteğinin, fiziksel istismar ile erkeklerdeki yetişkin travma belirtileri arasındaki ilişkide önemli ölçüde rol oynadığı gösterilmektedir (Evans vd., 2014). Diğer bir çalışmada eş desteği, cinsel istismar mağdurlarında koruyucu faktör olarak ortaya çıkmıştır (Wright vd., 2005). Ebbert ve diğerleri (2019) tarafından yapılan genetik odaklı bir çalışmada, duygusal istismar bildiren kişilerin, eşleriyle romantik ilişkilerini daha gergin olarak algılanmasına karşılık sağlıklı ve samimi ilişkilerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için önemli olduğu belirtilerek, çalışmamız desteklenmiştir. Çünkü romantik veya evlilik ilişkisi bağlamında sunulan sosyal destek, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme ve daha özel olarak diğerinin değerini, duygularını veya eylemlerini doğrulamaya yönelik bilgi verme, yardım sağlama gibi somut tepkiler yoluyla problemlerle uyumsal başa çıkmayı kolaylaştıran bir kaynağa dönüşmektedir (Cutrona, 1996a, s. 10).

Eş desteğine yönelik önemli olan diğer bir bulgumuz ise, duygusal destek ($p=0.02$), takdir etme desteği ($p=0.03$), sosyal ilgi desteği ($p=0.03$) ve EDÖ toplam ($p=0.02$) ortalamalarına göre CTQ varlığı grupları arasında anlamlı farklılık olmasıdır. Buna göre CTQ olmayan katılımcılar, CTQ olan katılımcılara göre daha fazla duygusal destek, daha fazla takdir etme desteği, daha fazla sosyal ilgi desteği ve daha fazla eş desteği aldıklarını belirtmişlerdir (bkz. Tablo XXXIV). Bununla birlikte, tek ve çoklu CTQ ile duygusal destek

(p=0.01), takdir etme desteği (p=0.05), maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.02) ve EDÖ toplam (p=0.03) ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre tek CTQ olan katılımcılar, çoklu CTQ olanlara göre daha fazla duygusal destek, takdir etme desteği, maddi yardım ve bilgi desteği ile eş desteği aldıklarını belirtmişlerdir (bkz. Tablo XXXV). Von Cheong, Sinnott, Dahly ve Kearney (2017) tarafından yapılan çalışmada, şiddetli çocukluk çağı travmaları ile sosyal destek arasında ilişki bulunmuş ve eş desteğini de kapsayan sosyal desteğin, çocukluk çağı travmalarının fazla olduğu kişilerde zayıf olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızın ikinci aşamasında, eş desteği yordayıcılık modelleme analizleri gerçekleştirilmiştir. Buna göre; duygusal ihmal azaldıkça katılımcının duygusal destek (bkz. Tablo XXXVI), duygusal istismara maruz kalmama azaldıkça, eşinden duygusal destek alma ihtimalinin arttığı (bkz. Tablo XXXVII) ve eşinden duygusal destek alan katılımcıların, daha fazla pozitif yönde travma sonrası büyümede değişim yaşadıkları (bkz. Tablo XXXVIII) görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların çocukluk çağı travmaları azaldıkça, eşinin takdir etme desteği de artmaktadır (bkz. Tablo XXXIX). Takdir etme desteğinin artması ise, daha fazla pozitif yönde yaşam felsefesinde değişim yaşamaya (bkz. Tablo XL) ve ilişkilerde değişim yaşamaya (bkz. Tablo XLI) katkıda bulunmaktadır. Benzer sonuçlar sosyal ilgi desteği alan katılımcıların, pozitif yönde daha fazla ilişkilerde değişim yaşamasında (bkz. Tablo XLII) ve travma sonrası büyüme yaşamasında (bkz. Tablo XLIII) da görülmektedir. Eş desteğine ilişkin sonuçlarda ise; eşinden destek alan katılımcıların, pozitif yönde daha fazla benlik algısında değişim (bkz. Tablo XLIV), daha fazla yaşam felsefesinde değişim (bkz. Tablo XLV) ve daha fazla travma sonrası büyüme (bkz. Tablo XLVI) yaşadıkları görülmektedir. Măirean (2016) tarafından 135 hemşire ile yapılan çalışmada sosyal desteğin travma sonrası büyümenin tüm alt boyutları ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır. Zhou, Wu ve Zhen (2017) tarafından yapılan başka bir çalışmada da sosyal desteğin travma sonrası büyüme üzerinde pozitif bir etkisi bulunmuştur. Eş desteği ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye dair sınırlı literatür olması sebebiyle sosyal destek ile travma sonrası büyüme kapsamındaki çalışmalar tartışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızın üçüncü aşamasında, çocukluk çağı travmaları bildiren 152 çifttin (n=304) eş desteği ve alt faktörleri ile kişisel bilgi formuna verilen yanıtları ilişkilendirilerek analizler gerçekleştirilmiştir. Evlilik süresi eş desteğini açıklayan önemli değişkenlerden biridir. Çalışmamızda da, eş desteği ve tüm alt ölçek ortalamaları ile evlilik süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler, 10-18 yıl evli olan çiftlere göre eşlerinden daha fazla duygusal destek (p=0.01), sosyal destek (p=0.01) ve eş desteği

(p=0.01) gördüklerini belirtmişlerdir. Yine 9 yıl ve altı süredir evli olan çiftler, 19 yıl ve üstü süredir evli olan çiftlerden daha fazla duygusal destek (p=0.01), maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.04), takdir etme desteği (p=0.02), sosyal destek (p=0.01) ve eş desteği (p=0.03) gördüklerini belirtmişlerdir (bkz. Tablo L). Başka bir çalışmada da, evlilik süresine göre eş desteği puan ortalamalarının 56,51 ile 49,58 arasında değiştiği görülmektedir. Buna göre, 1-5 yıl arası evli olan bireylerin algıladıkları eş desteği puan ortalamasının (x=56,51) en yüksek olduğu belirtilmiştir (Günsel, 2013). Evlilik süresinin, çiftlerin destek ve memnuniyet duyguları üzerindeki etkisine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Evlilik süresi, çiftlerin desteklenmiş ve tatmin olmuş hissettiklerini bildirme şeklini etkileyebilmektedir. Buna göre eş desteği, evlilik tatmini ve evlilik süresine cinsiyetle birlikte diğer sosyal ve ilişki faktörleri de aracılık edebilmektedir. Aile içerisindeki rollerin çiftler arasında optimal denge gözetilmeyerek paylaşıldığı (çiftlerden herhangi birisinin çok fazla sorumluluk almak zorunda kalması) durumlarda, çiftlerin evlilik doyumu ve birbirlerine yönelik eş desteğinde azalma ortaya çıkmaktadır (Gallimore, Hughes ve Geldhauser, 2006). Başka bir çalışmada da, kadınların evlenme süresinin algılanan eş desteğini etkilediği gösterilmiştir (Akbay ve Taşçı-Duran, 2018). Yaş değişkeni dikkate alındığında da, evlilik süresine ilişkin benzer sonuçlar göstermektedir. 40 ve üstü yaş gruplarındaki çiftler, daha az duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, sosyal ilgi desteği ve eş desteği gördüklerini belirtmişlerdir (bkz. Tablo XLVII).

Çalışmamızda evlenme biçimi ile eş desteği ve alt ölçekleri ortalamalarına göre de, istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre sosyal çevreleri aracılığıyla evlenen katılımcılar, aile ve çevresi aracılığıyla evlenen katılımcılardan daha fazla duygusal destek (p=0.001), maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.001), takdir etme desteği (p=0.01), sosyal ilgi desteği (p=0.001) ve eş desteği (p=0.001) aldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo LI). Başka çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Anlaşarak evlenenlerin, görücü usulü ile evlenenlere göre eşlerinden daha fazla sosyal ilgi desteği aldıkları bildirilmiştir (Karaman, 2019). Diğer bir çalışmada ise, anlaşarak evlenenlerin algıladıkları eş desteği puanları, diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (Uluç, 2018). Evlenme biçimlerine göre, birbirlerini daha yakından tanıyarak evlenenlerin eş desteği puanları, eşini iyi tanımadan, aile isteği veya çok kısa sürede evlenenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Akbay ve Taşçı-Duran, 2018). Buna göre eşlerin kendi isteği ve anlaşarak evlenmeleri, birbirlerine daha fazla destek verdiklerine işaret etmektedir (Güven, Şener ve Yıldırım, 2011). Başka bir çalışmada bulgularımızın aksine, görücü usulü ile evlenenlerin algıladıkları eş desteği

puanlarının (x=57,16) tanışıp anlaşarak evlenenlerin algıladıkları eş desteği puanlarından (x=53,38) daha yüksek olduğu görülmüştür (Günsel, 2013).

Çalışmamızın diğer bir bulgusu, evlilik problemleri ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında anlamlı farklılıkların tespit edilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Evliliğinde istismar ve ihmal problemi yaşayan katılımcılar ile çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayan katılımcılar arasında; duygusal destek (p=0.001); maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.001); takdir etme desteği (p=0.002); sosyal ilgi desteği (p=0.04) ve eş desteği (p=0.001) ortalamaları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre, evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayan katılımcılar, çocuk yetiştirme stillerinde uyuşmazlık yaşayanlardan daha az duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği, sosyal ilgi desteği ve eş desteği gördüklerini bildirmişlerdir. Benzer bir farklılık evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayan katılımcılar ile fikir ayrılığı yaşayanlar arasında da görülmüştür. Buna göre evliliğinde istismar ve ihmal problemleri yaşayanlar, fikir ayrılığı yaşayan katılımcılara göre daha az duygusal destek (p=0.01), maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.04), takdir etme desteği (p=0.03) ve eş desteği (p=0.01) gördüklerini belirtmişlerdir (bkz. Tablo LIII). Başka bir çalışmada da, evlilikte problem çözme becerisi ile maddi yardım ve bilgi desteği, sosyal ilgi desteği, takdir etme desteği ve duygusal destek arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Turan, 2015).

Çocukluk çağı travmalarının uzun vadeli sonuçlarının, tipik olarak baş etme süreçlerini etkileyebilecek temel unsurlar arasında olduğu belirtilmektedir (Walsh, Fortier ve DiLillo, 2010). Çocukluk çağı travmalarıyla baş etme değişkeni, CTQ ve alt ölçekleri ile TSBE ve alt ölçekleri birlikte değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmalarıyla kısmen baş edebilen katılımcılar, baş edebilen katılımcılardan daha fazla fiziksel ihmale (p=0.004), duygusal ihmale (p=0.003), duygusal istismara (p=0.004), fiziksel istismara (p=0.01) ve çocukluk çağı travmalarına (p<0.001) maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo XXX). Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer olarak, gerçekleştirilen bir çalışmada, çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan bireylerin, yetişkinlikte öz yeterlilik ve başa çıkma becerilerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Singer, Humphreys ve Lee, 2016). Buna karşılık, travmalarıyla daha başarılı bir şekilde başa çıkan mağdurların klinik deneyimleri incelendiğinde, partnerleriyle olan olumlu ve samimi ilişkilerin sıklıkla baş etme başarılarını desteklediği belirtilmektedir (Leonard vd., 2006). Buna göre, şiddetli çocukluk çağı travmaları yaşayanların baş etme mücadelelerinde, samimi bir eşin tepki verme şekli, mağdurun baş etme etkinliğini ve dolayısıyla da travma semptomları düzeyini azaltmada veya güçlendirmede önemli bir rol oynayabilmektedir (Fincham ve Bradbury 1990). Çalışmamızda,

çocukluk çağı travmalarıyla baş etme ile eş desteği toplam ve alt ölçekleri arasında maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.01), takdir etme desteği (p=0.01) ve eş desteği (p=0.03) ortalamaları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Grup karşılaştırmalarına göre, çocukluk çağı travmalarıyla baş eden katılımcılar, kısmen baş eden katılımcılara kıyasla eşlerinden daha fazla maddi yardım ve bilgi desteği (p=0.01), takdir etme desteği (p=0.03) ve eş desteği (p=0.05) aldıklarını bildirmişlerdir (bkz. Tablo LIV).

Evlilik ilişkisinde eşler için sosyal destek önemli bir etkendir, ancak bireylerin sosyal desteğe hangi durumlarda ve nasıl ihtiyaç duydukları cinsiyete göre farklılaşabilmektedir (Chambers, 2008). Bu açıdan cinsiyet farklılıklarına bakıldığında, erkeklerin ve kadınların nasıl ve neden sosyal destek istedikleri konusunda önemli ölçüde değişkenlik görülmektedir. Erkek eşlerin, sosyal destek için sadece eşlerine güvenmesi daha olası iken kadın eşlerin kocalarına ek olarak arkadaşlarından ve ailelerinden de destek istedikleri görülmektedir (Antonucci ve Akiyama, 1987). Bu, eşler için evlilik memnuniyeti ve destek arasındaki ilişkinin erkek eşlerde daha güçlü olduğunu göstermektedir (Acitelli ve Antonucci, 1994). Çalışmamızdaki, cinsiyet ile EDÖ toplam ve alt ölçekleri açısından anlamlı farklılığın, kadınlara kıyasla erkeklerde olduğu görülmektedir. Buna göre erkek katılımcılar, eşlerinden daha fazla duygusal destek (p=0.01), takdir etme desteği (p=0.02), maddi yardım ve bilgi desteği (p<0.001) ile eş desteği (p=0.001) aldıklarını bildirmişlerdir (Tablo LV'de,). Benzer bir sonuca, başka bir çalışmalarda da varılmıştır. Belirtildiği üzere, maddi yardım ve bilgi desteği alt ölçeğinde kadın katılımcılar (x=16.84), erkek katılımcılara (x=18.23) kıyasla daha düşük puan almışlardır (Akyıldız, 2019). Başka bir çalışmada da erkek katılımcıların, kadın katılımcılardan daha fazla eş desteği, maddi yardım ve bilgi desteği ile sosyal ilgi desteği aldıkları görülmüştür (Cebeci, 2019). Diğer bir çalışmada da, kadınların algıladıkları eş desteği düzeyinin, erkeklerin algıladıkları eş desteğine göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Çağ, 2011). Bununla birlikte, kadınların algıladıkları eş desteği puan ortalamalarının (x=53,28) erkeklerin algıladıkları eş desteği puan ortalamalarından (x=54,51) daha düşük olduğu belirtilmiştir (Günsel, 2013).

Bu çalışma, çocukluk çağı travmaları, travma sonrası büyüme ve eş desteği temel değişkenlerinin, evli çiftlerde incelenmesine yönelik alan yazında oldukça sınırlı düzeyde araştırılma yer alması ve üç temel değişkenin ilişkisini yansıtan başka bir çalışma bulunmaması nedeniyle, bilimsel literatüre katkı sağlamak ve alan yazındaki bu boşluğu doldurmak açısından özgün bir nitelik taşımaktadır. Hem araştırmamızın bulguları hem de alan yazındaki travma sonrası büyüme kapsamındaki çalışmalar, travma sonrası büyümede çocukluk çağı travmalarının önemini ortaya koyması bakımından oldukça değerlidir. Travma

sonrası büyüme büyük çoğunlukla kanserli hastalar, savaş/terör gazileri ve cinsel istismar mağduru kişiler ile çalışılmasına rağmen bu çalışma, cinsel istismar dışındaki diğer çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyüme üzerindeki etkisini ortaya çıkarması açısından önem teşkil etmektedir. Bununla birlikte, evli bireylerdeki eş desteğinin travma sonrası büyümeye olan pozitif etkisine yönelik temel bulgu; sosyal destek türlerinin, travma mağduru bireyler üzerindeki pozitif yansımalarına yönelik gerçekleştirilen çalışmalara karşılık, doğrudan eş desteğini içeren travma sonrası büyüme ve çocukluk çağı travmaları ilişkisine yönelik daha fazla akademik çalışmaların yapılabilmesi için kritik öneme sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma temel olarak daha önce belirtildiği üzere evli çiftlerde hem çocukluk çağı ruhsal travmaları ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi hem de çocukluk çağı ruhsal travmalar ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkide eş desteğinin aracı rolünün belirlenmesi üzerine yapılandırılmıştır. Çocukluk çağı ruhsal travmaları, bireysel psikopatolojilere neden olmasının yanı sıra bireylerin sosyal yaşam ve rollerinde negatif doğalı kesintilere yol açan temel bir etiyolojik unsur olarak ortaya çıkmaktadır (Caffo, Forresi ve Lievers, 2005). Kronik çocukluk çağı travmaları genel olarak süreç içerisinde gelişen, mobil seyir izleyen ve uzunlamasına psikopatolojik sonuçları olan bir sosyo-psikolojik dinamiği de temsil etmektedir (Şar ve Öztürk, 2006). Diğer bir ifadeyle yetişkin bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamlarında çocukluk çağı travmalarının uzunlamasına olumsuz ruhsal etkileri bulunmaktadır ki bu olumsuz ruhsal etkiler onların kendi psikolojik yapıları kadar evlilik dinamiklerini ve çocuklarına olan davranış stillerini de belirleyebilmektedir (Öztürk, 2020).

Çocukluk çağı travmalarının şiddeti, sıklığı ve süresine bağlı olarak bireylerde önemli düzeyde maladaptif tutum ve davranış değişimleri meydana gelebilmektedir (Terr, 1991). Aile içerisinde ebeveynlerin belirli zamanlarda gösterdikleri ambivalans tutumlarının etkisiyle ve benimsedikleri yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile karakterize olan evlilik uyumsuzluğu, çocuklarda dissosiyatif yaşantıların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Öztürk ve Şar, 2006; Öztürk, 2020). Yoğun ve şiddetli travmatik olaylar sonucunda ortaya çıkan dissosiyasyon, başlangıçta bireylerin mevcut hayal kırıklıklarının üstesinden gelmesinde önemli bir destek unsuru olarak rol oynayabilmektedir. Akut veya kronik travmaya maruz kalan bireylerde dissosiyojen doğada gelişebilen psikopatolojiler, geçmiş ve ruhsal açıdan daha sağlıklı psikolojik duruma dönüş çabasının klinik tezahürleridir (Şar ve Öztürk, 2006; Öztürk, 2020).

Öte yandan aile içerisinde kronik travmatik yaşantılar sonrasında gelişen dissosiyatif mekanizmalar, patolojik bir psikojen ajana dönüşebilmekte ve değişen zaman dilimlerinde farklı ruh hallerini taşıyan aile bireylerinin olumsuz deneyim ve tutumları evlilik ortamında istemsizce hakim olmaya devam etmektedir (Öztürk, 2003; Öztürk ve Şar, 2006). Bu süreçte ve özellikle travmatik olaylar sonrasında, bireyler dissosiyatif savunmalarla hem bu olumsuz yaşantıları inkar etmeye hem de aktüel hayatlarını sürdürmelerini sağlayacak uyum kapasitelerini güçlü tutmaya çalışmaktadır. Bu sebeple evli çiftlerde duygusal destek temelli travmayla başa çıkma stratejileri, travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasında önemli bir rol

oynayabilmektedir (Linley ve Joseph, 2004). Çalışmamız bu yönüyle temel olarak evlilik öncesi olumsuz yaşam deneyimlerinin psikolojik etkilerini ortaya koymakta ve travmatik yaşantıların negatif etkilerine karşı travma sonrası büyüme gibi pozitif yönde seyreden bir gelişim sürecinin önemini vurgulamaktadır. Dolayısıyla çocukluk çağı travmalarıyla yaşam boyu mücadele eden evli katılımcıların travma sonrası büyüme gerçekleştirmelerindeki en kritik unsurlardan birisinin "eş desteği" olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan evli katılımcılardaki travma sonrası büyümedeki değişimin, eş desteği kaynağı ile gerçekleştiği ve güçlü bir eş desteği varlığının, travma sonrası büyüme ve ilişkili (benlik algısında, ilişkilerde ve yaşam felsefesinde) alt boyutlardaki değişime katkıda bulunabileceği gösterilmiştir. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının bireyin kendi yaşamını negatif yönde etkilemesine izin vermemesi, çocukluk çağı travmalarının etkilerinin yoğun olarak ortaya çıktığı anlarda kendisinde travma sonrası büyümeye bağlı bir pozitif değişimin mümkün olabileceğini görmesi ve eşinden alabileceği pozitif bir desteğin daha fazla travma sonrası büyüme ve değişimine katkı sunabileceğini göstermek açısından önemlidir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçların, çocukluk çağı travmaları, eş desteği ve travma sonrası büyüme ilişkisini yansıtacak gelecek çalışmalara referans olacağı ve bilimsel literatüre önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalara yönelik öneriler aşağıda belirtilmektedir:

1. Bu çalışma, İstanbul'da yaşayan evli çiftlerle gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple, Türkiye profilini yansıtacak geniş örnekleme sahip bir grup ile çalışılması, hem araştırmamızın bulgularının desteklenmesine hem de daha farklı bulguların ortaya çıkmasına imkan sağlayarak çocukluk çağı travmaları, eş desteği ve travma sonrası büyüme temelli alan yazındaki akademik çalışmaların artarak kapsamlı bir literatürün ortaya çıkmasına zemin hazırlayacaktır.

2. Örneklemimizde, psikiyatrik tanı alan evli katılımcılar oldukça sınırlı sayıdadır. Çocukluk çağı travmalarına sahip ve psikiyatrik tanı alan evli bireylerdeki eş desteği ve travma sonrası büyüme ilişkisini daha iyi açıklayabilmek amacıyla evli olan klinik örneklem ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

3. Bu çalışma, psikotravmatoloji alanında gerçekleştirilen evli çiftlerde çocukluk çağı ruhsal travmaları, eş desteği ve travma sonrası büyüme ilişkisini yansıtan, güncel, özgün ve yeni çalışmalardan biridir. Benzer metodolojide, farklı değişkenler ve

örneklem grupları ile ulusal ve uluslararası düzeyde güncel çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

4. Bu çalışmada evli çiftlerde çocukluk çağı travmalarının travma sonrası büyümeye olan etkisi tespit edilmiştir. Bu sonuç, kanserli hastalar, savaş/terör gazileri gibi travma sonrası büyümenin çalışıldığı temel örneklem grupları dışında, çocukluk çağı travmaları ekseninde de travma sonrası büyüme ilişkisine yönelik daha fazla akademik çalışmaların yürütülebilmesinin yolunu açması açısından değerli görülmektedir.

5. Travma mağdurlarındaki (sınırlı sayıda çocukluk çağı travmaları olan), travma sonrası büyüme değişimine odaklanan çalışmalarda genellikle sosyal destek ilişkisine bakılmıştır. Doğrudan eş desteği ilişkisine odaklanan çalışmamız dışında başka bir çalışma bulunmamasından dolayı gelecek çalışmaların, travma sonrası büyümede çocukluk çağı travmaları ve eş desteği varlığı üzerine oluşturulması önemli görülmektedir.

6. Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme arasında eş desteğinin tam aracılık rolünün bulunması, eşlerin travma mağduru bireyler üzerinde pozitif etkisinin olduğunu kanıtlanması açısından oldukça önemlidir. Aile içi iletişimi ve paylaşımı güçlendirmeye ve özellikle de ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının negatif yansımalarını önlemeye yönelik uygulanan evlilik ve çift terapileri ile çeşitli eğitimlerde, eşlerin daha aktif destek vermelerinin sağlanması, pozitif değişim için kritik görülmektedir.

7. Etkin ve uygulanabilir çocukluk çağı travmaları önleme stratejilerinin geliştirilmesi, bütün ruh sağlığı uzmanlarının temel görevleri arasında yer almalıdır. Bu nedenle bireysel travmaların tedavi edilmeleri kadar aile gibi psikososyolojik bir kurumun içerisinde bu travmatik yaşantıların sonlandırılması ve adli açılardan müdahale edilmesi öncül bir önem taşımaktadır. Çocuklar aile ortamı içerisinde şımartılma, yetişkinleştirme, evlat ayrımı ve okutulmama gibi psikopatojen dinamiklerin yer aldığı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile travmatize edilmektedirler. Bu yanlış çocuk yetiştirme stilleri zaten evlilik içerisinde disfonksiyonel ve travmatik bir sürecin olduğunun net kanıtıdır ki, bu kanıtlar klinik psikologlar, psikolojik danışmanlar ve adli bilimciler tarafından ivedilikle fark edilmelidir.

8. Çalışmamızın sonuçlarına bağlı olarak dikkat edilmesi gereken diğer bir husus, çocukluk çağı travmalarının negatif yöndeki etkilerinin evlilik dinamikleri içerisinde ortaya çıkmasıdır. Bu noktada çocukluk çağı travmalarının evlilik yaşamına olan etkilerine karşı sunulacak ruh sağlığı hizmetlerinin, yalnızca travmatik bireye odaklanmak yerine pozitif değişime katkı sunabilecek ve iyileşme yönünde potansiyel destek kaynağı olabilecek başta eşler olmak üzere tüm destek sistemlerinin de dahil edilmesi, travma sonrası büyümede ve çocukluk çağı travmalarının dinamik etkileriyle savaşabilmede etkin bir güce dönüşeceği öngörülmektedir.

9. Bu çalışma, çocukluk çağı ruhsal travmalarıyla baş etmek zorunda kalan evli bireylerin, eşlerinden aldıkları pozitif desteğin katkısı ile bu mücadelelerinde ve travma sonrası büyümelerine yönelik pozitif değişimlerinde, önemli bir kaynak olarak görülmesi gerektiği ve bu temel bulgu ile gelecekteki bilimsel, sosyal, psikolojik çalışmaların bu eksende planlanmasının önem arz ettiği belirtilmekle birlikte psikotravmatoloji çalışmalarına katkıda bulunarak nihai hedefimize ulaşmak ve toplumumuza fayda sağlayacak çalışmalara referans olmak açısından kıymetli görülmektedir.

10. Son olarak, çocukluk çağı ruhsal travmalarının ve yetişkin bireylerdeki uzun dönem ruhsal etkilerinin psikiyatristler, psikolojik danışmanlar, klinik ve adli psikologlar önde gelmek üzere tüm ruh sağlığı uzmanları tarafından fark edilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve çocukluk çağı ruhsal travmalarına yönelik önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda, özellikle çocukluk çağı ruhsal travmalarına yönelik önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından multidisipliner olan, verimli ve etkin bir yaklaşımın geliştirilmesi önemli görülmektedir.

7.KAYNAKLAR

Abalı, C. (2017). *Çocukluk çağı travmalarının evlilik uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi.* Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avci, A., & İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *22*(4), 591-614.

Acitelli, L. K., & Antonucci, T. C. (1994). Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(4), 688-698.

Adler, A. (2017). *İnsan Tabiatını Tanıma* (14. Basım). Ayda Yörükan (Çev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Agargun, M. Y., Kara, H., Özer, O. A., Kiran, U., Selvi, Y., & Kiran, S. (2002). Sleep-related violence, dissociative experiences, and childhood traumatic events. *Sleep and Hypnosis*, *4*, 52-57.

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

Alıcı, Y. H., Kapucu, B. B., & Kaya, B. (2016). Çocukluk çağında yineleyici tecavüz ve cinsel taciz öyküsü bulunan bir vajinismus olgusunda EMDR'nin etkinliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *19*(2), 97-100.

Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, *15*(2), 194-201.

Akbay, A. S., & Taşçı-Duran, E. (2018). How does spousal support affect women's quality of life in the postpartum period in turkish culture?. *Asian Women*, *34*(3), 29-45.

Akcan, G. & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif Temel Belirtiler ve Temel Psikoterapötik Yaklaşımlar. Öztürk, E (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri, 20-30.

Akyıldız, D. (2019). *Yas tepkilerinin algılanan eş desteği, duygusal baskılama ve duygusal tepkisellik ile ilişkilerinin incelenmesi.* Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5*) (5. Baskı). Ertuğrul Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles, 17*(11-12), 737-749.

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

Ateş, R. (2017). Evlilikte İlk Yıllar, Çatışmalar ve Güç Kavramı. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 114-124.

Aydoğan, A. (2015). *Kusursuzluk Çabası ve Yetersizlik Duygusu / Adler Psikolojisi Üzerine Düşünceler, Yorumlar, Eleştiriler* (Cilt 1. baskı). İstanbul: Say.

Aydoğdu, F., & Dilekmen, M. (2016). Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi, 11*(2), 569-585.

Ayhan, H. & Öztürk, E. (2019). *Dissosiyatif Bozukluklar Ve Psikoterapisi: Travma Model Terapi.* (Bildiri No: BT499). İstanbul: V. Uluslararası TURKCESS Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi.

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

Baldwin, J. H., Ellis, G. D., & Baldwin, B. M. (1999). Marital satisfaction: An examination of its relationship to spouse support and congruence of commitment among runners. *Leisure Sciences, 21*(2), 117-131.

Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research, 134*(2), 169-179.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal Of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226.

Bayraktar, S. (2018). Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Porttravmatik Stres Bozukluğu. Öztürk, E (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-7.

Bell, C. C., & Jenkins, E. J. (1991). Traumatic stress and children. *Journal of Health Care For The Poor and Underserved, 2*(1), 175-185.

Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *The International Journal of Aging and Human Development, 58*(4), 267-287.

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

Berger, P., & Kellner, H. (1964). Marriage and the construction of reality: An exercise in the microsociology of knowledge. *Diogenes, 12*(46), 1-24.

Berger, R., & Weiss, T. (2009). The posttraumatic growth model: An expansion to the family system. *Traumatology, 15*(1), 63-74.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*(6), 843-857.

Beşer, N. G., Arabacı, L. B., Uzunoğlu, G., Bilaç, Ö., & Ozan, E. (2019). Suça itilmiş ergenlerde ebeveyn tutumu ve çocukluk çağı travmalarının belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 22*(2), 219-227.

Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 32*(6), 876-896.

Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(3), 27-50.

Bloom, S. L. (2009). An Elephant In The Room: The Impact Of Traumatic Stress On Individuals and Groups. In Brown, K. and Bergo, B. (Ed.), *The Trauma Controversy: Philosophical and Interdisciplinary Dialogues* içinde. Albany: Suny, 143-169.

Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, *1*(1), 4-23.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-766.

Brewin, C. R. (2007). Remembering and Forgetting. Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (Ed.), *Handbook of PTSD : Science and Practice* içinde. New York: The Guilford Press, 116-134.

Briere, J. (1988). The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *528*(1), 327-334.

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

Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect*, *12*(1), 51-59.

Briere, J. N. & Scott, C. (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri: Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz* (1. Baskı). Betül Dilan Genç (Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S., & Lowe, M. (2019). Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts, and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 232-238.

Broman, C. L., Riba, M. L., & Trahan, M. R. (1996). Traumatic events and marital well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 58(4), 908-916.

Browne, I. (1990). Psychological trauma, or unexperienced experience. *Re-Vision Journal*, *12*(4), 21-34.

Bowlby, J. (2014). *Ayrılma* (1. Basım). Müge Günay (Çev.). İstanbul: Pinhan.

Bowles, M. A., DeHart, D., & Webb, J. R. (2012). Family influences on female offenders' substance use: The role of adverse childhood events among incarcerated women. *Journal of Family Violence, 27*(7), 681-686.

Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *131*(9), 981-986.

Burnell, K. J., Coleman, P. G., & Hunt, N. (2010). Coping with traumatic memories: Second World War veterans' experiences of social support in relation to the narrative coherence of war memories. *Ageing & Society*, *30*(1), 57-78.

Büyüköztürk, Ş. (2019). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (26. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

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

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(3), 521-527.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry, 15*(1), 93-102.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Routledge.

Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica, 50*(1-2), 125-143.

Calmes, S. M., Laux, J. M., Scott, H. L., Reynolds, J. L., Roseman, C. P., & Piazza, N. J. (2013). Childhood psychological trauma and first-year college students' substance dependence. *Journal of Addictions & Offender Counseling, 34*(2), 70-80.

Canevello, A., Michels, V., & Hilaire, N. (2016). Supporting close others' growth after trauma: The role of responsiveness in romantic partners' mutual posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(3), 334-342.

Carballo, J. J., Harkavy-Friedman, J., Burke, A. K., Sher, L., Baca-Garcia, E., Sullivan, G. M. ve diğerleri. (2008). Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness?. *Journal of Affective Disorders, 109*(1-2), 57-63.

Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y., & Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women, 8*(6), 720-745.

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

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

Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). Child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of abuse and neglect. *London: NSPCC,* 1-20.

Cebeci, B. (2019). *Evlilik doyumunun eş desteği ve ilişki içerikli obsesif-kompulsif semptomlar ile ilişkileri*. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Chambers, J. (2008). *The durability of support focused marital therapy*. Doctoral dissertation, George Mason University Fairfax, VA.

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 217-225.

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu. Rev. Psychol., 59*, 301-328.

Cherlin, A. J., Hurt, T. R., Burton, L. M., & Purvin, D. M. (2004). The influence of physical and sexual abuse on marriage and cohabitation. *American Sociological Review*, *69*(6), 768-789.

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

Chu, J. A. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *1*(3), 259-269.

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

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310-357.

Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, *8*(3), 263-285.

Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, *28*(11), 1133-1151.

Conway, T., & Hutson, R. Q. (2008). *Healthy Marriage and the Legacy of Child Maltreatment: A Child Welfare Perspective*. Center for Law and Social Policy, Rutledge, 1-13.

Cooper, J. B., Meyer, D. D., & Paul, R. H. (2008). Marriage and early life stressors as correlates for depression and anxiety: Implications for counselors. *Compelling counseling interventions: Celebrating VISTAS'fifth anniversary*, 49-58.

Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(4), 454-460.

Crevier, M. G., Marchand, A., Nachar, N., & Guay, S. (2015). Symptoms among partners, family, and friends of individuals with posttraumatic stress disorder: Associations with social support behaviors, gender, and relationship status. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *24*(8), 876-896.

Crittenden, P. M. (1993). An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, *20*(1), 27-48.

Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress* (Vol. 13). Sage Publications.

Çağ, P. (2011). *Evli bireylerde eş desteği ve evlilik doyumu.* Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Dannehl, K., Rief, W., & Euteneuer, F. (2017). Childhood adversity and cognitive functioning in patients with major depression. *Child Abuse & Neglect*, *70*, 247-254.

Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(6), 427-434.

De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, *27*(1-2), 155-170.

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

De Codt, A., Monhonval, P., Bongaerts, X., Belkacemi, I., & Tecco, J. M. (2016). Bipolar disorder and early affective trauma. *Psychiatr Danub*, *28*(1), 4-8.

DeMause, L. (1975). The Evolution of Childhood**.** *The New Psychohistory*, 1-83.

DeMause, L. (1998). The history of child abuse. *The Journal of Psychohistory*, *25*(3), 216-236.

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

Derin, G., & Öztürk, E. (2018a). Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda (borderline) kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *3*(3), 29-42.

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

Derman, M. T., & Başal, H. A. (2013). Okul öncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *2*(1), 115-144.

Dienes, K. A., Hammen, C., Henry, R. M., Cohen, A. N., & Daley, S. E. (2006). The stress sensitization hypothesis: understanding the course of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *95*(1-3), 43-49.

DiLillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., Trask, E., & Evans, S. (2009). Child maltreatment history among newlywed couples: A longitudinal study of marital outcomes and mediating pathways. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(4), 680-692.

Dinleyici, M., & Dağlı, F. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *38*(2), 18-27.

Doğan, Ö., Ö, (2009). *Cinsel istismara uğrayan ergen olgularda bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanması ve bu özellikler ile birlikte başa çıkma biçimleri, aile işlevleri ve anne baba tutumlarının ve olgu olmaya etkisinin belirlenmesi*. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J. ve diğerleri. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, *28*(7), 771-784.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, *25*(12), 1627-1640.

Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E. C., Thompson, R. ve diğerleri. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment*, *10*(2), 173-189.

Duddle, M. (1991). Emotional sequelae of sexual assault. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *84*(1), 26-28.

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 255-274.

Dutton, D. G. (1994). Behavioral and affective correlates of Borderline Personality Organization in wife assaulters. *International Journal of Law and Psychiatry*, *17*(3), 265-277.

Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-Anger and Insecure Attachment as Precursors of Abuse in Intimate Relationships 1. *Journal of Applied Social Psychology*, *24*(15), 1367-1386.

Easton, S. D., Coohey, C., Rhodes, A. M., & Moorthy, M. V. (2013). Posttraumatic growth among men with histories of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, *18*(4), 211-220.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(4), 319-345.

Ebbert, A. M., Infurna, F. J., Luthar, S. S., Lemery-Chalfant, K., & Corbin, W. R. (2019). Examining the link between emotional childhood abuse and social relationships in midlife: The moderating role of the oxytocin receptor gene. *Child Abuse & Neglect*, *98*, 104-151.

English, D. J. (1998). The extent and consequences of child maltreatment. *The Future of Children*, 39-53.

Ensink, K., Robertson, B. A., Zissis, C., & Leger, P. (1997). Post-traumatic stress disorder in children exposed to violence. *South African Medical Journal*, *87*(11), 1526-1530.

Evans, S. E. (2010). *The quality of spousal social support as a moderator of the associations between child maltreatment severity and adult trauma symptoms*. Doctoral thesis, NU, Lincoln.

Evans, S. E., Steel, A., & DiLillo, D. (2013). Child Maltreatment Severity and Adult Trauma Symptoms: Does Perceived Social Support Play a Buffering Role?. *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 934-943.

Evans, S. E., Steel, A. L., Watkins, L. E., & DiLillo, D. (2014). Childhood exposure to family violence and adult trauma symptoms: The importance of social support from a spouse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(5), 527-545.

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

Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A. ve diğerleri. (2010). Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(3), 376-383.

Fava, M., & Kendler, K. S. (2000). Major depressive disorder. *Neuron*, *28*(2), 335-341.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. ve diğerleri. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.

Figley, C. R. (1986). Traumatic Stress: The Role of the Family and Social Support System. Charles R. Figley (Ed.) *Trauma and Its Wake.* (Vol. 2), pp. 39-54.

Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1990). Social support in marriage: The role of social cognition. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *9*(1), 31-42.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530-541.

Finkelhor, D., & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, *49*(3), 173-183.

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, *124*(5), 1411-1423.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics*, *167*(7), 614-621.

Fisher, J. (2003, July). Working with the neurobiological legacy of early trauma. In *Annual Conference, American Mental Health Counselors.* Seattle, United States of America, 1-7.

Folger, S. F., & Wright, M. O. D. (2013). Altering risk following child maltreatment: Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence*, *28*(4), 325-337.

Fonagy, P., & Target, M. (1995). Dissociation and trauma. *Current Opinion in Psychiatry*, *8*(3), 161-166.

Friedrich, W. N., Urquiza, A. J., & Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, *11*(1), 47-57.

Gable, S. L., Gonzaga, G. C., & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*(5), 904-917.

Gallimore, S. A., Hughes, J. L., & Geldhauser, H. A. (2006). Marriage length, spousal support, and marital satisfaction in dual-income men and women. *Modern Psychological Studies*, *12*(1), 8.

Gardner, K. A. & Cutrona, C. E. (2004). Social support communication in families. Vangelisti, A. L. (Ed.). *Handbook of Family Communication*, 495–512.

Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(2), 121-125.

Gazioğlu, E. İ. (2017). Aile Yaşam Döngüsü. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 29-47.

Gibb, B. E., & Abela, J. R. (2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(2), 161-176.

Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*, *37*(5), 331-342.

Gladstone, G., Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., & Austin, M. P. (1999). Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, *156*(3), 431-437.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, *26*(6-7), 697-714.

Goff, S. J., Fick, D. S., & Oppliger, R. A. (1997). The moderating effect of spouse support on the relation between serious leisure and spouses' perceived leisure-family conflict. *Journal of Leisure Research*, *29*(1), 47-60.

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, A. C., Korol, M. ve diğerleri. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: Stability of stress symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *60*(1), 43-54.

Gül, G. (2017). Aile ve Evlilik Kurumu. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 20-28.

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

Gülgör, F. (2018). E*vli bireylerin çocukluk çağı travmaları ile evlilik uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gülgör, F. (2019). Evli Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 02 Temmuz 2020 tarihinde https://dergi.biruni.edu.tr/wp-content/uploads/2019/05/8-F%C4%B0L%C4%B0Z-G%C3%9CLG%C3%96R.pdf adresinden erişildi.

Güneri Yöyen, E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research, 3*(1), 267-282.

Günsel, D. A. (2013). *Evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: KKTC örneği*. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Güven, S., Şener, A., & Yildirim, B. (2011). Sociocontextual variables that affect spousal perception of social support. *Social Behavior and Personality: An İnternational Journal*, *39*(9), 1153-1160.

Haden, S. C., Scarpa, A., Jones, R. T., & Ollendick, T. H. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: The moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Personality and Individual Differences*, *42*(7), 1187-1198.

Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., DeJong, G. M., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most?. *Health Psychology*, *19*(3), 274-282.

Hall, L. A., Sachs, B., Rayens, M. K. & Lutenbacher, M. (1993). Childhood physical and sexual abuse: their relationship with depressive symptoms in adulthood. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *25*(4), 317-323.

Hassan, S. B., & Riaz, M. N. (2012). Perception of parental acceptance and rejection in emotionally empathic and non-empathic adolescents. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, *10*(2), 60-69.

Hasson-Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., Goldzweig, G., Levi, R., Pizem, N., & Kaufman, B. (2016). The need for friendships and information: dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*, *14*(4), 387-392.

Hawkins, J. L. (1968). Associations between companionships, hostility, and marital satisfaction. *J Marriage Fam*, 30(4), 647-650.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Press.

Heitzmann, C. A., & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, *7*(1), 75-109.

Herman, J.L. (2019). *Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları, Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre* (6. Baskı). Tamer Tosun (Çev.). İstanbul: Literatür.

Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, *4*(1), 1-14.

Holman, E. A., & Silver, R. C. (1996). Is it the abuse or the aftermath?: a stress and coping approach to understanding responses to incest. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *15*(3), 318-339.

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

Hoseini Hoseinabad, S. F., Ghobari Banab, B., Mashayekh, M., Farrokhi, N., & Sodagar, S. (2018). Marital Adoption Prediction Based on Childhood Violence of Married Women. *Social Behavior Research & Health*, *2*(1), 144-152.

House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, *14*(1), 293-318.

Houston, J. E., Murphy, J., Shevlin, M., & Adamson, G. (2011). Cannabis use and psychosis: re-visiting the role of childhood trauma. *Psychological Medicine*, *41*(11), 2339-2348.

Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, *30*(4), 393-407.

Jain, S., Vythilingam, M., Eapen, V., & Reddy, J. (1992). Psychotherapy and childhood sexual abuse. *Indian Journal of Psychiatry*, *34*(4), 388-391.

Janiri, D., Sani, G., Danese, E., Simonetti, A., Ambrosi, E., Angeletti, G. ve diğerleri. (2015). Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 92-97.

Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.

Jarvis, T. J., & Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, *49*(1), 61-69.

Jaworska-Andryszewska, P., & Rybakowski, J. (2016). Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder. *Psychiatr Pol*, *50*(5), 989-1000.

Jay, V. (2000). The legacy of Jean-Martin Charcot. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, *124*(1), 10-11.

Kaehler, L. A., & Freyd, J. J. (2009). Borderline personality characteristics: A betrayal trauma approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *1*(4), 261-268.

Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M., & Çavuş, H. (2012). Travma sonrası büyüme envanteri'nin Türkçe versiyonunun normal toplumda hiyerarşik faktör yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 11*(5), 617-624.

Kantürk, Y., E. (2014). *Psikolojik danışmanlık ve eğitim merkezlerine başvuran çocuklar ve annelerinin çocukluk dönemi istismar yaşantıları, depresyon düzeyleri, kendini açma davranışları ve annelerin ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir çalışma*. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(10), 1214-1222.

Kara, H. G. E. (2017). Aile Kuramları. Tülin Güler Yıldız (Ed.), *Ana Baba Eğitimi* içinde (4.Baskı). Ankara: Pegem Akademi, 17-37.

Karakaya, I. (2014). Çocukluk çağı travmalarında travma odaklı bilişsel davranışçı tedavi modeli. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *15*(4), 350-357.

Karaman, Z. (2019). *Normal gelişim gösteren çocuğu olan ebeveynler ile özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerin algıladıkları eş desteği ve evlilik doyumu düzeylerinin incelenmesi.* Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Karasar, N. (2007). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (17. Basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kaufman, M. A. (2019). A commentary on trauma's different layers. *Counseling and Family Therapy Scholarship Review*, *2*(2), 1-3.

Kaya, M. (1997). Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *9*(9), 193-204.

Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2016). Posttraumatic growth among women survivors of childhood sexual abuse: Its relation to cognitive strategies, posttraumatic symptoms, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(5), 550-559.

Kenardy, J., Smith, A., Spence, S. H., Lilley, P. R., Newcombe, P., Dob, R. ve diğerleri. (2007). Dissociation in children's trauma narratives: An exploratory investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(3), 456-466.

Kıray, P. (2018). *Çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek ve algılanan anne baba tutumunun psikolojik sağlık ile arasındaki ilişki*. Yüksek lisasn tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Khosravani, V., Kamali, Z., Ardakani, R. J., & Ardestani, M. S. (2017). The relation of childhood trauma to suicide ideation in patients suffering from obsessive-compulsive disorder with lifetime suicide attempts. *Psychiatry Research*, *255*, 139-145.

Klimes-Dougan, B., & Kistner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology*, *26*(4), 599-602.

Knaevelsrud, C., Liedl, A., & Maercker, A. (2010). Posttraumatic growth, optimism and openness as outcomes of a cognitive-behavioural intervention for posttraumatic stress reactions. *Journal of Health Psychology*, *15*(7), 1030-1038.

Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Aydın, C., Koturoğlu, G., Aslan, A. ve diğerleri. (2012). Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Turkish Pediatrics Archive/Türk Pediatri Arşivi*, *47*(3), 119-124.

Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), 1897-1907.

Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *39*, 147-155.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, *62*(5), 1049-1065.

Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Røssberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E. ve diğerleri. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(2), 123-127.

Lechner, M. E., Vogel, M. E., Garcia-Shelton, L. M., Leichter, J. L., & Steibel, K. R. (1993). Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Practice*, *36*(6), 633-639.

Lee, M., Kim, K., Lim, C., & Kim, J. S. (2017). Posttraumatic growth in breast cancer survivors and their husbands based on the actor-partner interdependence model. *Psycho-oncology*, *26*(10), 1586-1592.

Lee, D., Yu, E. S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1-7.

Leonard, L.M., Follette, V.M., & Compton, J.S. (2006). A Principle-Based Intervention for Couples Affected by Trauma. Follette VC, Ruzek JI (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* içinde. New York: The Guilford Press, 362-387.

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

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, *8*(2), 301-313.

Levine, H. (1993). Clinical issues in the analysis of adults who were sexually abused as children. In H Levine (Ed.), *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse,* 197-218.

Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., Hegadoren, K. M., Adams, M., Kennedy, S. H. ve diğerleri. (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1746-1752.

Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2003). The effects of similarity versus dissimilarity of spouses' traumatic childhood events on psychological well-being and marital quality. *Journal of Family Issues*, *24*(6), 737-752.

Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2004). Posttraumatic Growth among Female Survivors of Childhood Sexual Abuse in Relation to the Perpetrator Identity. *Journal of Loss and Trauma*, *10*(1), 7-17.

Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *88*, 212-224.

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

Lim, J. W. (2019). The role of post-traumatic growth in promoting healthy behavior for couples coping with cancer. *Supportive Care in Cancer*, *27*(3), 829-838.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 11-21.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(4), 472-486.

Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S. ve diğerleri. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, *15*(2), 66-68.

Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, *48*(5), 518-537.

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

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

Măirean, C. (2016). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *The Social Science Journal*, *53*(1), 14-21.

Malecki, J., Rhodes, P., & Ussher, J. (2018). Childhood trauma and anorexia nervosa: from body image to embodiment. *Health Care for Women International*, *39*(8), 936-951.

Maltas, C., & Shay, J. (1995). Trauma contagion in partners of survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, *65*(4), 529-539.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, *66*(3), 442-454.

Maughan, B., & McCarthy, G. (1997). Childhood adversities and psychosocial disorders. *British Medical Bulletin*, *53*(1), 156-169.

Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, *25*(9), 742-751.

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

McCann, I. L., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, *16*(4), 531-594.

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *69*(11), 1151-1160.

McMillen, J. C., Zuravin, S., & Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(6), 1037-1043.

Messman-Moore, T. L., & Garrigus, A. S. (2007). The association of child abuse and eating disorder symptomatology: The importance of multiple forms of abuse and revictimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *14*(3), 51-72.

Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, *7*(2), 75-92.

Mikulincer, M., Florian, V., & Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress, and Coping*, *8*(3), 203-213.

Mohr, D., & Rosén, L. A. (2017). The impact of protective factors on posttraumatic growth for college student survivors of childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *26*(7), 756-771.

Montgomery, E., & Foldspang, A. (2001). Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *The European Journal of Public Health*, *11*(1), 18-22.

Mørkved, N., Endsjø, M., Winje, D., Johnsen, E., Dovran, A., Arefjord, K. ve diğerleri. (2017). Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorder as compared to other mental health disorders. *Psychosis*, *9*(1), 48-56.

Murthi, M., & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework. *Child Abuse & Neglect, 29*(11), 1215-1231.

Najavits, L. M., Hyman, S. M., Ruglass, L. M., Hien, D. A., & Read, J. P. (2017). Substance use disorder and trauma. In *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge, Vol. 1* (pp. 195-213). American Psychological Association.

Nash, M. R., Hulsey, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L., & Lambert, W. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(2), 276-283.

National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). (2018). Child maltreatment. 19 Mayıs 2020 tarihinde http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-datatechnology/statistics-research/child-maltreatment adresinden erişilmiştir.

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2020). What is child trauma? 22 Nisan 2020 tarihinde https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma adresinden erişilmiştir.

Nazlı, S. (2009). *Aile Danışmanlığı* (5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Oates, R. K., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D. L., & O'Toole, B. I. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1113-1118.

Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, *6*(3), 149-173.

Okumuş, V. (2018). *Çocukların sosyal medya kullanımları ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *12*(2), 130-136.

Özgen, H. (2017). *Çocukluk çağı ruhsal travmalarının ebeveyn tutumları üzerindeki yordayıcılığı*. Yüksek lisans tezi, Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özgentürk, İ. (2014). Child abuse and neglect. *Journal of Human Sciences*, *11*(2), 265-278.

Özkardeş, O. G. (2017). Evlilik ve Çocuk. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 125-148.

Öztürk, E. (2003). *Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı*. Yayımlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.

Öztürk, E. (2004). Psikoterapide travmatik kendilik ve kendileşme (Travmatik benlik ve psikoterapide kendini edinme). In *Öz, Travmatik Gerçeklik ve Psikoterapi (Başkan: V. Sar) VIII'de Sempozyumu'nda Sunum. Türkiye Psikiyatri Derneği Yıllık Bahar Konferansı*.

Öztürk, E. (2009a). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. *Psikedergi*, 2, 39-49.

Öztürk, E. (2009b). Dövüş Kulübü: Çifte Kendilikler, Çifte Yaşamlar. *Psikedergi*, 2, 75-83.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine-Special Topics, 2(3),* 24-34.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, E. (2018a). Psikotarih Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon. Celbiş, O (Ed.), *Turaz Akademi Adli Bilimler 2018* içinde. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 92-106.

Öztürk, E. (2018b). Travma Merkezli Alyans Model Terapi: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. Öztürk, E (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri, 31-38.

Öztürk, E. (2020). *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı* (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, E. & Çalıcı, C. (2018). Modern Toplumda Kimlik, "Siber Dissosiyasyon" ve "Siber Alter": Teorik ve Klinik Bir Yaklaşım. Öztürk, E (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri, 39-47.

Öztürk, E & Derin, G. (2019a). *Travma, Dissosiyasyon ve Suç.* (Bildiri No: BT382). İstanbul: V. Uluslararası TURKCESS Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi.

Öztürk, E & Derin, G. (2019b). *Travma, Dissosiyasyon ve Terör.* (Bildiri No: BT330). İstanbul: V. Uluslararası TURKCESS Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi.

Öztürk, E. & Şar, V. (2006). The "Apparently Normal" Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice, 4*(3-4), 287-303.

Öztürk, E., & Şar, V. (2016). Formation and functions of alter personalities in dissociative ıdentity disorder: A theoretical and clinical elaboration. *J Psychol Clin Psychiatry*, *6*(6), 1-7.

Öztürk, M., Tanrıverdi, B. U., & Sapmaz, Ş. Y. (2017). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *24*(2), 155-163.

Palmier-Claus, J. E., Berry, K., Bucci, S., Mansell, W., & Varese, F. (2016). Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(6), 454-459.

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.

Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. ve diğerleri. (1990). God help me:(I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, *18*(6), 793-824.

Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(2), 219-230.

Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, *64*(2), 349-360.

Perroud, N., Dayer, A., Piguet, C., Nallet, A., Favre, S., Malafosse, A. ve diğerleri. (2014). Childhood maltreatment and methylation of the glucocorticoid receptor gene NR3C1 in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(1), 30-35.

Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic stress disorders in children. *Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*, 233-255.

Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, *3*(1), 79-100.

Perry, B. D. (2007). Stress, trauma and post-traumatic stress disorders in children. *The Child Trauma Academy*, *17*, 42-57.

Perry, B. D., Colwell, K., & Schick, S. (2002). Neglect in childhood. *Encyclopedia of Crime and Punishment*, *1*, 192-196.

Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(2), 214-217.

Peterson, G. (1991). Children coping with trauma: Diagnosis of "dissociation identity disorder.". *Dissociation*, *4*(3), 152-164.

Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, R. K., Shrimpton, S., & Parkinson, P. (2001). Suicide risk following child sexual abuse. *Ambulatory Pediatrics*, *1*(5), 262-266.

Powers, A., Ressler, K. J., & Bradley, R. G. (2009). The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depression and Anxiety*, *26*(1), 46-53.

Primomo, J., Yates, B. C., & Woods, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, *13*(3), 153-161.

Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, *11*(1), 1-24.

Punamäki, R. L. (1999). The relationship of dream content and changes in daytime mood in traumatized vs. non-traumatized children. *Dreaming*, *9*(4), 213-233.

Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, *2*(4), 413-429.

Putnam, F. W. (2003). Ten year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 269-278.

Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal*, *57*(1), 1-11.

Rajkumar, R. P. (2015). The impact of childhood adversity on the clinical features of schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, *2015*, 1-7.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 330-350.

Rieck, M., Shakespeare-Finch, J., Morris, B., & Newbery, J. (2005). A mixed-method analysis of posttrauma outcomes: Trauma severity and social support from a psychotherapeutic perspective. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *39*(2), 86-100.

Riggs, D.S., Cahill, S.P., & Foa, E.B. (2006). Prolonged Exposure Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Follette VC, Ruzek J I (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* içinde. New York: The Guilford Press, 65-95.

Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(1), 5-51.

Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, *124*(1), 22-53.

Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2011). Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(4), 483-486.

Roelofs, K., Hagenaars, M. A., & Stins, J. (2010). Facing freeze: social threat induces bodily freeze in humans. *Psychological Science*, *21*(11), 1575-1581.

Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, *22*(2), 203-211.

Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(5), 1097-1108.

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

Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *23*(3), 300-317.

Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *21*(2), 211-226.

Sadeh, A. (1996). Stress, trauma, and sleep in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *5*(3), 685-700.

Sadeh, A., Hayden, R. M., McGuire, J. P., Sachs, H., & Civita, R. (1994). Somatic, cognitive and emotional characteristics of abused children in a psychiatric hospital. *Child Psychiatry and Human Development*, *24*(3), 191-200.

Salmond, C. H., Meiser-Stedman, R., Glucksman, E., Thompson, P., Dalgleish, T., & Smith, P. (2011). The nature of trauma memories in acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(5), 560-570.

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

Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *23*(2), 167-184.

Saymen, F. H. (1957). Evlenme hürriyeti. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, *23*(1-2), 27-46.

Scaer, R. (2014). *The Body Bears The Burden: Trauma, Dissociation And Disease* (Vol. 3). New York: Routledge.

Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C. ve diğerleri (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(6), 539-545.

Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnine, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child Abuse & Neglect*, *85*, 17-27.

Schauer, M., & Elbert, T. (2015). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, *218*(2), 109–127.

Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., DiLillo, D., & Silverstein, S. M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, *76*(2-3), 273-286.

Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(5), 552-571.

Schraedley, P. K., Turner, R. J., & Gotlib, I. H. (2002). Stability of retrospective reports in depression: Traumatic events, past depressive episodes, and parental psychopathology. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(3), 307-316.

Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho‐Oncology*, *19*(1), 46-53.

Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2004). Social support. *Health Psychology*, *158*, 181-204.

Seltmann, L. A. (2011). *Later parenting in mothers with a history of childhood sexual abuse: an exploration of possible risk and protective factors*. Doctoral dissertation, Miami University.

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

Serinkan, C. (2012). Young people's perception of the evaluation of parent attitudes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *47*, 1583-1587.

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

Shakespeare-Finch, J., & Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, *21*(4), 421-424.

Shakespeare-Finch, J., & De Dassel, T. (2009). Exploring posttraumatic outcomes as a function of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *18*(6), 623-640.

Shehan, C. L. (1987). Spouse support and Vietnam veterans' adjustment to post-traumatic stress disorder. *Family Relations*, *36*(1), 55-60.

Silk, K. R., Lee, S., & Hill, E. M. (1995). Borderline personality disorder symptoms. *Am J Psychiatry*, *152*, 1059-1064.

Silva, S. M. G. (2014). *Engaging touch & movement ın somatic experiencing® trauma resolution approach*. Doctoral thesis, IUGS, New York.

Singer, M. J., Humphreys, K. L., & Lee, S. S. (2016). Coping self-efficacy mediates the association between child abuse and ADHD in adulthood. *Journal of Attention Disorders*, *20*(8), 695-703.

Smith, S. M. & Hanson, R. (1974). 134 battered children: a medical and psychological study. *Br Med J*, *3*(5932), 666-670.

Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *9*(1), 3-17.

Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F. ve diğerleri. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*, *49*(1), 47-56.

Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*(2), 279-285.

Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R. ve diğerleri. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process, 31*(3), 289-302.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. (2010). Türkiye'de Çocuk İstismarı Ve Aile İçi Şiddet Araştırması. UNICEF – Türkiye.

Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B. ve diğerleri. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology, 18*(2), 182-189.

Speranza, M., Atger, F., Corcos, M., Loas, G., Guilbaud, O., Stéphan, P. ve diğerleri. (2003). Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders. *European Psychiatry, 18*(8), 377-383.

Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 366-378.

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

Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. ve diğerleri. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders, 126*(1-2), 103-112.

Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice, 11*(3), 300-320.

Spratt, E. G., Friedenberg, S. L., Swenson, C. C., LaRosa, A., De Bellis, M. D., Macias, M. M. ve diğerleri. (2012). The effects of early neglect on cognitive, language, and behavioral functioning in childhood. *Psychology (Irvine, Calif.), 3*(2), 175-182.

Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion?. *Clinical Psychology Review, 29*(1), 24-33.

Steele, K., Van Der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*(3), 11-53.

Stevens, J., Ammerman, R. T., Putnam, F. G., & Van Ginkel, J. B. (2002). Depression and trauma history in first-time mothers receiving home visitation. *Journal of Community Psychology, 30*(5), 551-564.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(3), 345-355.

Sturge-Apple, M. L., Skibo, M. A., & Davies, P. T. (2012). Impact of parental conflict and emotional abuse on children and families. *Partner Abuse, 3*(3), 379-400.

Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.

Swanson, L., & Biaggio, M. K. (1985). Therapeutic perspectives on father-daughter incest. *American Journal of Psychiatry, 142*(6), 667-674.

Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2271-2276.

Şar, V., Akyüz, G., Öztürk, E., & Alioğlu, F. (2013). Dissociative depression among women in the community. *Journal of Trauma & Dissociation*, *14*(4), 423-438.

Şar, V., İslam, S., & Öztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(5), 670-677.

Şar, V., & Öztürk, E. (2006). What is trauma and dissociation?. *Journal of Trauma Practice*, *4*(1-2), 7-20.

Şar, V., & Öztürk, E. (2007). Functional dissociation of the self: A sociocognitive approach to trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 8*(4), 69-89.

Şar, V., Öztürk, E. & Kundakçı, T. (2002). Psychotherapy of an adolescent with dissociative identity disorder: Change in Rorschach patterns. *Journal of Trauma & Dissociation*, *3*(2), 81-95.

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

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

Şarlak, D. & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi. Öztürk, E (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde. Ankara: Türkiye Klinikleri, 14-19.

Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(2), 158-164.

Tan, H. (1976). Psikolojik danışma ve evlilik sorunları. *Psikoloji Çalışmaları/Studies in Psychology*, *12*, 97-113.

Tanrıverdi, D., Savaş, E., & Can, G. (2012). Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(9), 4311-4314.

Taplin, C., Saddichha, S., Li, K., & Krausz, M. R. (2014). Family history of alcohol and drug abuse, childhood trauma, and age of first drug injection. *Substance Use & Misuse*, *49*(10), 1311-1316.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, *103*(2), 193-210.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, *4*(3), 319-341.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation*. California: Sage.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. (2004b). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times, 21*(4), 58-60.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Ed.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Routledge, pp 1-22.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry, 170*(10), 1114-1133.

Tercan, E. (2003). Türk Aile Mahkemeleri. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 52*(3), 19-53.

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

Thorburn, A. L. (1967). Jean Martin Charcot, 1825-1893. An appreciation. *British Journal of Venereal Diseases, 43*(2), 77.

Tinnin, L. (1990). Mental unity, altered states of consciousness and dissociation. *Dissociation, 3*(3), 154-159.

Toker, T., Tiryaki, A., Özçürümez, G., & Iskender, B. (2011). The relationship between traumatic childhood experiences and proclivities towards substance abuse, self-esteem and coping strategies. *Turkish Journal of Psychiatry, 22*(2), 83-92.

Tozan, S. Y. (2019). *Çocukluk çağı travmalarının evlilik uyumu ve evlilik doyumuna etkisi.* Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Turan, F. (2015). *Ailede bütünlük duygusunun ve eş desteğinin evlilikte problem çözme becerisini yordaması.* Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Turkel, J. (1992). Necessary lies and the" secret self": Preconscious fantasies as a response to childhood trauma. *Postgraduate Center for Mental Health,*1-11.

Türel, F. İ., Öztürk, E., & Çalıcı, C. (2018). Bireyden topluma travma ve şiddet: bireysel ve toplumsal şiddet olaylarına psikotarihsel bir yaklaşım. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *3*(3), 3-10.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2017. 22 Mayıs 2020 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27609 adresinden erişildi.

Uluç, M. (2018). *Evli bireylerde eş uyumunun ve algılanan eş desteğinin eş tükenmişliğine etkisi.* Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.

Üçok, A., & Bıkmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(5), 371-377.

Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, *2*(4), 397-412.

Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, *12*(2), 389-411.

Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, *1*(5), 253-265.

Van der Kolk, B. A. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *2*(1), 7-22.

Van der Kolk, B. A. (2007). The History of Trauma. Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (Ed.), *Handbook of PTSD : Science and Practice* içinde. New York: The Guilford Press, 19-36.

Van der Kolk, B.A. (2019). *Beden Kayıt Tutar: Travmanın İyileşmesinde Beyin, Zihin ve Beden* (6. Baskı). Nurdan Cihanşimül Maral (Çev.). İstanbul: Nobel Yaşam.

Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation. *American Journal of Psychiatry, 146*, 1530-1540.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*, 63-91.

Vermetten, E., & Spiegel, D. (2014). Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *16*(2), 434-444.

Viola, T. W., Tractenberg, S. G., Pezzi, J. C., Kristensen, C. H., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Childhood physical neglect associated with executive functions impairments in crack cocaine-dependent women. *Drug and Alcohol Dependence, 132*(1-2), 271-276.

Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research & Health*, *23*(4), 256-262.

Von Cheong, E., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ Open*, *7*(9), 1-11.

Walusinski, O. (2011). Jean-Martin Charcot's House Officers at La Salpêtrière Hospital. *Front Neurol Neurosci, 29*, 9-35.

Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(1), 1-13.

Wang, W., Wu, X., & Tian, Y. (2018). Mediating roles of gratitude and social support in the relation between survivor guilt and posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth among adolescents after the Ya'an Earthquake. *Frontiers in Psychology*, *9*, 21-31.

Waraich, M., & Shah, S. (2018). The life and work of Jean-Martin Charcot (1825–1893):'The Napoleon of Neuroses'. *Journal of the Intensive Care Society*, *19*(1), 48-49.

Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. A. ve diğerleri. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1512-1512.

Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(5), 478-481.

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

Weisner, T. S., Beizer, L., & Stolze, L. (1991). Religion and Families of. *American Journal on Mental Retardation*, *95*(6), 647-662.

Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 816-828.

Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, *20*(2), 65-80.

Wekerle, C., Leung, E., Wall, A. M., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N. ve diğerleri. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, *33*(1), 45-58.

Whisman, M. A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships*, *13*(4), 375-386.

Whitfield, C. L. (1998). Adverse childhood experiences and trauma. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 361-364.

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

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, *244*(4901), 160-166.

Widom, C. S., & Shepard, R. L. (1996). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood physical abuse. *Psychological Assessment*, *8*(4), 412-421.

Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(6), 1167-1176.

Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 81-90.

Wood, E. (2007). *Parental bonding, adult romantic attachment, fear of intimacy, and cognitive distortions among child molesters*. ProQuest Information and Learning Company.

Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *76*(3), 267-283.

Wöller, W., Leichsenring, F., Leweke, F., & Kruse, J. (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse—Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *76*(1), 69-93.

Wright, M. O. D., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, *29*(10), 1173-1193.

Wyatt, G. E. & Newcomb, M. D. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(6), 758-767.

Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, *54*(4), 334-345.

Yapıcı, Ş. (2010). Türk toplumunda aile ve eğitim ilişkisi. *Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, *5*(4), 1544-1570.

Yaşar, A. B., Altunbaş, F. D., Abamor, A. E., Eroğlu, M. Z., & Yaşar, Ç. Ç. (2017). Tedaviye yanıtsızlık mı, travmanın atlanması mı? EMDR terapisi ile düzelen Geç Başlangıçlı TSSB olgusu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *20*(1), 66-69.

Yavuzer, H. (2017a). Aile İlişkileri ve Çocuk. Haluk Yavuzer (Ed.), *Evlilik Okulu* içinde (12.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 164-171.

Yavuzer, H. (2017b). Çocuk Yetiştirmede Farklı Ebeveyn Tutumları. Haluk Yavuzer (Ed.), *Ana-Baba Okulu* içinde (21.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 115-127.

Yavuzer, H. (2017c). *Anne-Baba ve Çocuk* (27. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2018). *Çocuk ve Suç* (18. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yeo, H. M. & Yeo, W. W. (1993). Repeat deliberate self-harm: a link with childhood sexual abuse?. *Emergency Medicine Journal*, *10*(3), 161-166.

Yıldırım, İ. (2004). Eş Destek Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (22), 19-25.

Yıldırım, M. H., & Güvenç, R. (2017). Cinsel saldırı sonrası adli makamlara başvuran olguların ruhsal belirtileri ve travma özelliklerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(4), 330-337.

Young, R., Lennie, S., & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(8), 889-897.

Yulaf, Y., & Gümüştaş, F., Ö. (2013). Çocuk ve ergenlerde cinsel istismarın psikiyatrik sonuçlarını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri*, *16*, 197-205.

Yumbul, C., Çavuşoğlu, S., & Geyimci, B. (2010). The effect of childhood trauma on adult attachment styles, infidelity tendency, romantic jealousy and self-esteem. *Procedia-Social And Behavioral Sciences, 5*, 1741-1745.

Zara, A. (2011). Krizler ve Travmalar. Ayten Zara (Ed.), *Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları* içinde. Ankara: İmge, 91-121.

Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis. *Journal of Consumer Research, 37*(2), 197-206.

Zhou, X., Wu, X., & Zhen, R. (2017). Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 214-221.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30-41.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology-A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 626-653.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olasi sonuçlari. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *2*(2), 69-78.

Zweig, F. H., & Paris, J. (1991). Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psych*, *148*, 648-651.

8.EKLER

8.1.EK 1: KATILIMCI ONAM FORMU

KATILIMCI ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Yüksek Lisans öğrencisi Deniz Yücel tarafından Prof. Dr. Erdinç Öztürk danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, evli çiftlerdeki çocukluk çağı ruhsal travmaları ile eş desteği ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında alınan bilgiler, bir bütün halinde değerlendirilecektir. Sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmeyecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmadan elde edilecek verilerin güvenilir olması için yanıtlarınızın gerçek duygu / düşüncelerinizi yansıtması ve maddeleri boş bırakmamanız gerekmektedir. Bu nedenle her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en çok yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

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

Deniz Yücel

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

Kabul ediyorum. ( )

Kabul etmiyorum. ( )

8.2.EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:

   Kadın ( ) Erkek ( )

2. Yaşınız:

   18-23 arası ( ) 24-28 arası ( ) 29-33 arası ( )

   34- 39 arası ( ) 40-45 arası ( ) 46 ve üzeri ( )

3. Eğitim düzeyiniz:

   Okur Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )

   Yüksekokul ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

4. Şuan çalışıyor musunuz?

   Evet ( ) Hayır ( )

5. Aylık geliriniz yaklaşık ne kadar?

   a) 2000 TL ve altı
   b) 2001 TL – 3000 TL
   c) 3001 TL – 4000 TL
   d) 4001 TL – 5000 TL
   e) 5001 TL ve üzeri

6. Kaç yıldır evlisiniz?

   1-3 yıl ( ) 4-6 yıl ( ) 7-9 yıl ( ) 10-12 yıl ( )

   13-15 yıl ( ) 16-18 yıl ( ) 19 yıl ve üzeri ( )

7. Kaçıncı evliliğiniz?

   İlk evlilik ( ) İkinci evlilik ( ) Üçüncü evlilik ve fazlası ( )

8. Evlenme biçiminiz nedir?

   Arkadaş ortamında tanıştım ( ) Görücü usülü ( ) İş ortamında tanıştım ( )

   İnternet ortamında tanıştım ( ) Diğer ( )……

9. Çocuğunuz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise sayısını belirtiniz:

1 ( ) 2- 3 ( ) 4 ve daha fazla ( )

10. Daha önce hiç psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise psikiyatrik tanı nedir? ……

11. Daha önce hiç psikolojik destek aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise süresini belirtiniz:

0-1 yıl ( ) 2- 3 yıl ( ) 4 yıl ve daha fazla ( )

Evet ise hangi amaçla aldınız?

Aile içindeki sorunlar ( ) Eşimle yaşadığım sorunlar ( ) Çocuklarımla ilgili sorunlar ( )

İşimle ilgili sorunlar ( ) Kendimle ilgili sorunlar ( )

12. Daha önce alkol kullandınız mı ?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise süresini belirtiniz:

0-1 yıl ( ) 2- 3 yıl ( ) 4 yıl ve daha fazla ( )

13. Daha önce madde kullandınız mı ?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise süresini belirtiniz:

0-1 yıl ( ) 2- 3 yıl ( ) 4 yıl ve daha fazla ( )

14. Annenizin eğitim durumu nedir?

Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( )

Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

15. Babanızın eğitim durumu nedir?

Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( )

Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

16. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

Köy ( ) Kasaba ( ) İlçe ( ) Şehir ( ) Büyükşehir ( )

17. Çocukken bakımınızı en çok kim ilgilendi?

Annem ( ) Babam ( ) Abim/Ablam ( )

Anneannem/babaannem ( ) Teyzem/ Halam ( ) Diğer ( )

18. Kaç kardeşsiniz?

Tek çocuk ( ) 2-3 kardeş ( ) 4 kardeş ve daha fazla ( )

19. Siz kaçıncı çocuksunuz?

İlk çocuk ( ) İkinci-Üçüncü çocuk ( ) Dördüncü çocuk ve fazlası ( )

20. Aile tipiniz size göre aşağıdaki seçeneklerden hangisine en yakın türdedir?

Aşırı Koruyucu ( ) Otoriter ( ) Çocuk odaklı ( )

Tutarsız ( ) İlgisiz ( ) Destekleyici ve Kabul edici ( )

21. Evlilik problemleri yaşıyor musunuz?

Evet ( ) Bazen ( ) Hayır ( )

22. 21. soruya cevabınız "Evet" ya da "Bazen" ise en çok yaşadığınız evlilik sorununu işaretleyiniz.

a) Duygusal Şiddet (Hakaret etme, tehdit etme, aşağılama, bağırma gibi)
b) Fiziksel Şiddet (Vurma, el kaldırma, tartaklama gibi)
c) Duygusal İhmal (Eşin yeterince ilgi göstermemesi gibi)
d) Fiziksel İhmal (Ekonomik sıkıntılar gibi)
e) Cinsel şiddet (İstenmeyen cinsel ilişkilere zorlama gibi)
f) Kayınvalide/kayınpeder problemleri
g) Çocuk yetiştirme stillerindeki farklılıklar/uyuşmazlıklar
h) Diğer: ……

23. Çocukluk çağı travmalarınızla baş ettiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır ( )

24. Eğer çocukluk çağı travmalarınızla baş ettiyseniz etken sebep nedir?

a) Eş desteği
b) Aile desteği
c) Arkadaş (Sosyal) destek
d) Profesyonel psikolojik destek alma
e) Diğer: …….

25. Eş desteğine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır ( )

26. Çocukluk anılarınıza dair aşağıdaki maddeleri size uygunluk derecesine göre işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her zaman**
o Anneme / babama bir şey söylemeye çekinirdim.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam ihtiyaçlarımla ilgilenmezdi.	( )	( )	( )	( )	( )
o Ailem okula göndermediği için eğitimimi bırakmak zorunda kaldım.	( )	( )	( )	( )	( )
o Ailem istediği için erken yaşta çalışmak zorunda kaldım.	( )	( )	( )	( )	( )
o Erken yaştan itibaren kardeş(ler)imin bakımını üstlenmek zorunda kaldım.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam yapmak istediğim bir şeye önce izin verir, sonra da yaptığım için kızardı.	( )	( )	( )	( )	( )
o Kendimi anneme ya da babama daha yakın hissederdim.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam kardeş(ler)imle daha çok ilgilenirdi.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam çocuklarına ayırımcı davranırdı.	( )	( )	( )	( )	( )
o Ailede birçok problemin sorumlusu olarak suçlanırdım.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam, benim ya da kardeş(ler)imin her isteğini hiç düşünmeden yerine getirirdi.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam, bana arkadaşı gibi davranırdı.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam, benimle oldukça az zaman geçirirdi.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam bir problemimi anlattığımda ya da bir sevincimi paylaştığımda tepkisiz kalırdı.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem bir baba gibi, babam bir anne gibi davranırdı.	( )	( )	( )	( )	( )
o Annem / babam beni yetersiz görürdü ve yaptığım hiçbir şeyi beğenmezdi.	( )	( )	( )	( )	( )
o Aile içinde kendimi güvensiz hissederdim.	( )	( )	( )	( )	( )
o Hasta olduğumda doktora götürülmezdim.	( )	( )	( )	( )	( )

8.3.EK 3: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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

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

DOI: 10.5336/medsci.2011-26947

Şar vd. 2012

8.4.EK 4: EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ (EDÖ)

EŞ DESTEK ÖLÇEĞİ (EDÖ)

Prof. Dr. İbrahim YILDIRIM

Eşim;	**Bana Uygun**	**Kısmen**	**Bana Uyg. Değil**
1. Bana hoş espriler yapar	( )	( )	( )
2. Yaptıklarımı destekler	( )	( )	( )
3. Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır	( )	( )	( )
4. Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır	( )	( )	( )
5. Başardıklarımı takdir eder	( )	( )	( )
6. Bana sarılır, üzerime titrer	( )	( )	( )
7. Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir	( )	( )	( )
8. Benimle sohbet eder, dertleşir	( )	( )	( )
9. Bana yanımda olduğunu hissettirir	( )	( )	( )
10. Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır	( )	( )	( )
11. Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür	( )	( )	( )
12. Bana şefkat gösterir	( )	( )	( )
13. Hastalık, taşınma, gibi durumlarda bana yardım eder	( )	( )	( )
14. Hatalarımı bana nazikçe gösterir	( )	( )	( )
15. Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir	( )	( )	( )
16. Beni sever, okşar	( )	( )	( )
17. Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder	( )	( )	( )
18. Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular	( )	( )	( )
19. Görüş ve isteklerime önem verir	( )	( )	( )
20. Beni gerçekten anlamaz	( )	( )	( )
21. Bana gerçekten değer verir	( )	( )	( )
22. Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir	( )	( )	( )
23. Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder	( )	( )	( )
24. Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz	( )	( )	( )
25. Sorunlarla başa çıkmamda bana yardım eder	( )	( )	( )
26. Verdiğim kararları destekler	( )	( )	( )
27. Sağlığımla yakından ilgilenir	( )	( )	( )

Yıldırım, İ. (2004). Eş Destek Ölçeği'nin geliştirilmesi, ***Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,*** 3 (22), 19-25.

8.5.EK 5: TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ (TSBE)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
4. Kendime güven hissinde artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
18. Daha güçlü bir inanca sahibim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
19. Düşündüğümden çok daha güçlü olduğumu keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)

9.ÖZGEÇMİŞ

Deniz Yücel

2013 yılında Maltepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Okul Öncesi Öğretmenliği ve 2014 yılında çift anadal programı ile Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans programlarından tam burslu olarak mezun oldum. Eylül 2014 yılında Milli Eğitim Bakanlığı'nda Rehber Öğretmen ve Psikolojik Danışman olarak göreve başladım. Görevimi sürdürmeye devam etmekteyim.

Yayınlar

Yücel, D. (2019). Siber Dünya'da Çocuk. *İstanbul Barosu Dergisi, Çocuk Hakları Merkezi 23 Nisan Özel Yayını*, 108-118.