

**T. C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**25-50 YAŞ ARALIĞINDAKİ BİREYLERİN**  
**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ**  
**YETİŞKİNLİKTEKİ ŞEMALARI İLE İLİŞKİSİNİN**  
**İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hacer Gaye ÇAPIN**

Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Müjen İLNEM

**İstanbul – 2022**



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Hacer Gaye ÇAPIN

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : 25-50 Yaş Aralığındaki Bireylerin Çocukluk Çağı Travmalarının Yetişkinlikteki Şemaları İle İlişkisinin İncelenmesi

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**ANABİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 01.07.2022

**SAYFA SAYISI** : 84

**TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Müjen İlnem

**DİZİN TERİMLERİ** : Çocukluk, travma, erişkinlik, Young, şema, terapi

**TÜRKÇE ÖZET** : Bu tez çalışması, erişkin popülasyonda olarak hangi oranda ve ne tarz çocukluk travmaları yaşandığını araştırmaktadır ve bunun demografik kırılımlarını incelemektedir.

**DAĞITIM LİSTESİ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
YÖK Ulusal Tez Merkezine

*İmzası*

*Hacer Gaye ÇAPIN*

**T. C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**25-50 YAŞ ARALIĞINDAKİ BİREYLERİN**  
**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ**  
**YETİŞKİNLİKTEKİ ŞEMALARI İLE İLİŞKİSİNİN**  
**İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hacer Gaye ÇAPIN**

Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Müjen İLNEM

**İstanbul – 2022**

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Hacer Gaye ÇAPIN

.../.../2022



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Hacer Gaye ÇAPIN'ın **25-50 Yaş Aralığındaki Bireylerin Çocukluk Çağı Travmalarının Yetişkinlikteki Şemaları İle İlişkisinin İncelenmesi** adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*

Başkan *Dr. Öğr. Üyesi Müjgen İLNEM*  
(Danışman)

Üye

*İmza*

*Dr. Öğr. Üyesi Arzu SOMAY*

*İmza*

Üye

*Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2022

*İmzası*

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu tez çalışması, erişkin popülasyonda olarak hangi oranda ve ne tarz çocukluk travmaları yaşandığını araştırmaktadır ve bunun demografik kırılımlarını incelemektedir. Ek olarak; çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki şemalarla ilişkisine bakılmıştır. Toplumda yoğunlukla hangi şemaların yer aldığının belirlenmesi tezin hedeflerinden biridir.

Bu amaçla, tez çalışmasında demografi formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Young Şema Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeklerdeki maddelerin alt boyutlarıyla ilişkisel sonuçlara ulaşılmıştır.

Tezin literatür taraması kısmında, önce travma kavramı tarihsel anlamda ele alınmıştır, ardından bireylerin çocukluk çağında yaşayabilecekleri kişilerarası travmalar sıralanmıştır. Kötü muamele ve psikolojik/psikiyatrik sonuçlarından bahsedilmiştir. Travma sonrası büyüme konsepti incelenmiştir. Ardından; şema kavramına değinilmiş ve bilişsel açıdan önemi anlatılmıştır. Son olarak, erken dönem yaşantılarıyla yetişkin hayatının düşünce ve davranış mekanizmasını etkileyen bu şemaların neler olduğuna ve özelliklerine değinilmiştir.

Örnekleme, Türkiye’de yaşayan ve Türkçe dilini konuşan 25-50 yaş arasındaki erişkin bireylerden oluşmaktadır. Veriler gönüllülük esasına bağlı şekilde toplanmıştır ve gizliliğe önem verildiği için katılımcıların kimlik bilgileri istenmemiştir. Formlar, online ortamda dağıtılmış ve elde edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına değinmek gerekirse, çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarıyla yetişkinlikte etkisini sürdüren şemalar arasında bazı boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilere rastlanmıştır. Örneğin; Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların duygusal yoksunluk şeması gösterme meyili artmaktadır. Bu yanlışlanmamış hipotezlerden biridir. Ancak, “Çocukluğunda fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan istismara uğramış bireylerde en belirgin şema güvensizliktir.” hipotezi ise doğrulanamamıştır, çünkü bu araştırmadaki istatistiklere göre istismara değil, ihmale uğrayan bireylerde güvensizlik şeması daha belirgin çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk, travma, erişkinlik, Young, şema, terapi

## SUMMARY

This thesis study investigates what rate and type of childhood traumas are experienced in the adult population and examines its demographic breakdowns. In addition; the relationship between childhood traumas and adult schemas was examined. One of the objectives of the thesis is to determine which schemas are heavily involved in society.

For this purpose, demographic form, Childhood Trauma Scale and Young Schema Scale were used in the thesis study. Relational results were obtained with the sub-dimensions of the items in these scales.

In the literature review part of the thesis, first the concept of trauma is discussed in the historical sense, then the interpersonal traumas that individuals can experience in their childhood are listed. Maltreatment and its psychological/psychiatric consequences were mentioned. The concept of post-traumatic growth has been studied. Next; the concept of schema is mentioned and its cognitive importance is explained. Finally, these schemas which affect the thought and behavior mechanism in adult life due to childhood experiences are examined.

The sample consists of adult individuals between the ages of 25-50 who live in Turkey and speak Turkish language. The data was collected on a voluntary basis, and the identity information of the participants was not requested due to the importance of confidentiality. The forms were distributed and obtained online.

To touch on the results of the study, statistically significant relationships were found between some sub-dimensions of childhood traumas and the schemas that continue to be effective in adulthood. For example; As emotional abuse, physical abuse, emotional neglect and physical neglect increase, the tendency of participants to show emotional deprivation schema increases. This is one of the unfalsified hypotheses. However, "The most obvious schema in individuals who were physically, emotionally and sexually abused during childhood is insecurity." hypothesis could not be confirmed, because according to the statistics in this study, the mistrust schema was more pronounced in individuals who were neglected, not abused.

**Keywords:** Childhood, trauma, adulthood, Young, schema, therapy



# İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TEORİK ARKAPLAN

1.1. Psikolojik Travma .....	4
1.1.1. Travma Kavramının Gelişimi .....	4
1.1.2. Modern Anlamda Travma .....	5
1.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları.....	8
1.1.4. Çocukların Travmadan Etkilenme Derecesi .....	9
1.1.5. Erken Çocukluk Dönemi Gelişimi, Bağlanma Kuramı Ve Travmalar	11
1.1.6. Çocuklara Yönelik Kötü Muamele Türleri .....	13
1.1.7. Çocuklukta Kötü Muamelenin Sonuçları.....	18
1.1.8. Travmatik Mazuriyet Ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklar.....	18
1.1.9. Travma Sonrası Büyüme.....	19
1.1.9.1. Güç .....	20
1.1.9.2. Yeni olasılıklar .....	21
1.1.9.3. İlişkiler .....	21
1.1.9.4. Yaşamın takdiri .....	22
1.1.9.5. Maneviyat.....	22
1.2. Şemalar.....	22
1.2.1. Young'a Göre Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar .....	23
1.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Kökenleri .....	23
1.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Alanları.....	24
1.2.3.1. Ayrılma ve dışlanma .....	25
1.2.3.2. Zarar görmüş özerklik ve performans .....	27
1.2.3.3. Zedelenmiş Sınırlar .....	28

1.2.3.4. Başkaları Odaklılık.....	29
1.2.3.5. Aşırı Duyarlılık ve Baskılama.....	31
1.2.4. Beyin ve Şema Modeli .....	33
1.2.4.1. Korku, şartlandırma ve travma ile ilgili beyin sistemleri.....	33
1.2.4.2. Amigdala sisteminin özellikleri .....	33
1.2.5. Şema Modeli İçin Çıkarımlar.....	35

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

2.1. Veri Toplama Tekniği:.....	36
2.2. Verilerin Toplanması .....	37
2.3. Verilerin Analizi.....	37
2.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları: .....	37

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **BULGULAR**

3.1. Araştırmanın Bulguları.....	39
----------------------------------	----

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **TARTIŞMA VE YORUM**

4.1. Demografik Değişkenler ve Çocukluk Çağı Travmaları .....	58
4.2. Young Şema Ölçeğinin Sonuçlarının Tartışılması.....	59
4.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Uyum Bozucu Şemaların İlişkisi.....	60
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Gelecekteki Çalışmalar İçin Öneriler .....	60
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>63</b>

## KISALTMALAR

<b>ÇÇT</b>	: Çocukluk Çağı Travmaları
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>YŞÖ</b>	: Young Şema Ölçeği
<b>Örn.</b>	: Örneğin
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>TSB</b>	: Travma Sonrası Büyüme
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>DSM</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>ÇÇTÖ</b>	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
<b>MP</b>	: Maksimum Puan
<b>TP</b>	: Toplam Puan

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Demografik Özellikler .....	39
<b>Tablo 2.</b> Cinsiyete Göre Yaş Eğitim ve Medeni Durum Dağılımı .....	40
<b>Tablo 3.</b> Çocukluk Çağı Travma Ölçeği İstatistikleri .....	41
<b>Tablo 4.</b> Cinsiyet ile ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi .....	42
<b>Tablo 5.</b> Medeni Durum ile ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi .....	42
<b>Tablo 6.</b> Yaş ile ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi .....	43
<b>Tablo 7.</b> Eğitim Durumu İle ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi .....	44
<b>Tablo 8.</b> Tukey Testi Sonuçları .....	45
<b>Tablo 9.</b> Young Şema Ölçeği İstatistikleri .....	46
<b>Tablo 10.</b> Cinsiyet İle YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi.....	47
<b>Tablo 11.</b> Medeni Durum İle YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi .....	48
<b>Tablo 12.</b> Yaş İle YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi.....	50
<b>Tablo 13.</b> Tukey Testi Sonuçları .....	52
<b>Tablo 14.</b> ÇÇTÖ ile YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi .....	54

## ÖNSÖZ

Tez danışmanım Dr. Müjen İlnem'e çalışmam boyunca gösterdiği destek ve sunduğu yönlendirmelerden dolayı teşekkür ederim.



## GİRİŞ

Dünya şiddet içeren ve tehlikeli bir yer olabilir, bu da insanların travmatik olaylar yaşamaları için bir etkidir. Duygusal travma tipik olarak bir kişinin ruh haline ciddi zarar vermek olarak görülür. Travmatik olayların, onları yaşayan bireyler üzerinde derin etkileri olabilir ve bu tür stresli olay veya durumların etkisi, genellikle insanların bunalmış, savunmasız, ihanete uğramış, çaresiz, korkmuş ve yalnız hissetmelerine neden olur.

İnsanlar, biyolojik-psikolojik-sosyal varlıklardır ve gen-çevre etkileşimi insan davranışlarını incelemede göz önüne alınmalıdır. Travmalar, insanların psikiyatrik bozukluklar geliştirmesindeki temel etkenlerin arasındadır. (Danese, Baldwin; 2017) 7 Yaşından küçük çocukların %50'den fazlası kötü muameleye maruz kalmaktadır. (Cicchetti, 2004). Bu kötü muamele, ihmal ve istismar deneyimlerini içerir. (Negele,Kaufhold,Kallenbach,Leuzinger-Bohleber, 2015) Bakımveren-çocuk ilişkisinde önemli bir problemi temsil eden bu muameleler çocukların gelişimi üzerinde güçlü bir etki yaratma potansiyeline sahiptir (Flynn, Cicchetti, Rogosch, 2014). Dolayısıyla, bu konuları derinlemesine araştırmak akademinin önceliklerinden biri olmuştur. Çocukluk çağı travmaları ise, hem kişilik yapısını etkileyebilecek hem de duygudurum düzenleme becerilerinde bozulmalara sebep olabilecek kadar önemlidir. (Briere, Kaltman, Green, 2008)

Şema Terapi; bilişsel-davranışçı terapi, bağlanma teorisi, kişilerarası fikirler ve nesne ilişkileri teorisi dahil olmak üzere bir dizi teorik kavram ve yöntemden yararlanan terapötik bir yöntemdir. (Rafaeli, Bernstein, Young, 2011)

Şema terapi modeli, bireylerin çocukluk ve ergenlik döneminde karşılanmamış ihtiyaçları varsa, erken dönem uyumsuz şemalar ve yararsız şema baş etme biçimleri geliştirebileceklerini öne sürmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar, anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan geniş kapsamlı temalar veya örüntüler olarak tanımlanmıştır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Kendileriyle veya başkalarıyla kişilerarası ilişkilerle bağlantılı olabilirler, yaşam boyunca gelişirler ve önemli ölçüde yararsız olma eğilimindedirler. Bu şemalar, bilişsel işlemeyi yönetir ve kişinin davranışlarını etkiler. (Rafaeli, Bernstein, Young, 2011)

Erken dönem uyumsuz şemalar, işlevsiz başa çıkma tarzları ve işlevsiz şema modları, çeşitli ruh sağlığı bozuklukları olarak kendini gösteren psikopatolojinin gelişmesine yol açar (Rafaeli, Bernstein, Young, 2011).

### **Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri**

Tezin amacı, erişkin (25-50 yaş) popülasyonda olarak hangi oranda ve ne tarz çocukluk travmaları yaşandığını araştırmak ve bunun yetişkin şemalarına olan etkisini incelemektir. Erişkin bireylerin şemalarındaki farklılığı araştırmak da tezin amaçlarındandır. Toplumda yoğunlukla hangi şemaların yer aldığının belirlenmesi tezin son amacıdır. 25-50 yaş aralığındaki 180 kişilik örneklemin verileri, Google Forms kullanılarak online ortamda toplanmıştır. Veriler demografik formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğini ve Young Şema Ölçeğini kapsamaktadır. Toplanan veriler, SPSS kullanılarak analiz edilmiştir.

### **Hipotezler:**

1. 25-50 yaş arası bireyler en az bir boyutta çocukluk travması yaşamıştır.
2. 25-50 yaş arasındaki bireylerde en ağırlıklı çocukluk travması duygusal ihmaldir.
3. Çocukluğunda duygusal ihmale uğramış yetişkinler “onay arayıcılık” şemasını geliştirmeye meyillidir.
4. Çocukluğunda duygusal istismara uğramış bireylerde, duygusal yoksunluk şeması ön plana çıkmaktadır.
5. Çocukluğunda cinsel istismara uğramış bireyler, yetersiz bir öz-denetim geliştirirler.
6. 25-50 yaş arasındaki bireylerde, duyguları bastırma şeması ön plandadır.
7. Çocukluğunda fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan istismara uğramış bireylerde en belirgin şema güvensizliktir.
8. Çocukluğunda fiziksel istismara uğramış bireyler, ağırlıklı olarak cezalandırılma şeması geliştirmektedir.
9. Boşanmış bireylerde değersizlik şeması ön plandadır.
10. Bekar bireylerde karamsarlık şeması öne çıkmaktadır.

11. 25-50 yaş arasındaki bireylerdeki çocukluk travmalarıyla yetişkinlikte uyumsuz şemaları arasında bir pozitif korelasyon bulunmaktadır.

**Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları:**

Bu araştırmada örneklemin evreni temsil ettiği, kullanılan form ve ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu, gönüllü katılımcıların sorulara dürüst ve objektif yanıt verdikleri varsayılmıştır.

Bu araştırma, iletişim teknolojilerini aktif olarak kullanılan 180 katılımcıyla sınırlıdır çünkü veri toplama işlemi internet üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, örneklem 25-50 yaş arası erişkin bireylerle; Türkiye’de yaşayan ve bu dili konuşan kişilerle, demografik form ve ölçeklerin sorularıyla da sınırlıdır.





# BİRİNCİ BÖLÜM

## TEORİK ARKAPLAN

### 1.1. Psikolojik Travma

Psikolojik travma; Amerikan Psikiyatri Birliğince (2013), bir kişinin ölüm tehdidiyle karşı karşıya kalması, bir yakınının kaybını yaşaması, kendi beden bütünlüğüne zarar verme ihtimali olan bir durumla karşılaşması veya buna tanıklık etmesi, başına ağır bir yaralanma gelmesi gibi olaylar sonucunda ruhsal açıdan etkilenmektir.

Travma, “ilişkisel” bir terim olarak kullanılabilir, dışsal bir olayı içsel bir psikik gerçeklik için belirli sonuçlarıyla birleştiren bir kavramdır. Cooper’a atıfta bulunursak travma; güvenlik duygusuna ve bütünsel sağlamlık haline zarar veren; ezici bir endişe ya da çaresizlik ya da bunların tehdidi ile sonuçlanan ve ruhsal durumda kalıcı bir değişiklik üreten ruhsal bir durumdur.

Var olan savunma becerileri ve baş etme yöntemleri ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır ve stresli yaşantılar bireyin ruhsal yapısı üzerinde kalıcı izler bırakır. Bu tür zorlu deneyimler ruhsal travma olarak adlandırılırlar (Shirley, 1994)

Çocukluk döneminde yaşanan ruhsal travmalar birçok açıdan kategorize edilebilir: doğal olaylara bağlı olarak ya da kaza sonucu meydana gelen travmalar (sel felaketi, trafik kazası, deprem, yangın vb.), büyük çaplı ve zorlayıcı sosyal olaylar (savaş, göç vb.), tıbbi/biyolojik travmalar (yaralanma, kalp krizi, inme vb.), kişisel travmalar (tecavüz, fiziksel şiddete tanık olma, saldırıya maruz kalma vb.) ve son olarak kişilerarası travmalar (ihmaller ve istismarlar)(Fink ve diğerleri, 1995).

Bu tez; çocukluk dönemindeki ihmal ve istismar yaşantılarını, yani çocukluk çağı kişilerarası ruhsal travmaları kapsamaktadır.

#### 1.1.1. Travma Kavramının Gelişimi

İnsanlar, travmanın, onunla karşılaşanların psikolojik esenliği üzerinde sahip olabileceği derin psikolojik etkinin uzun süredir farkındadır (Herman 1992), ancak yalnızca 1980'den itibaren travmayla ilgili bozukluğun resmi bir teşhisi olmuştur ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DSM'ye dahil edilmiştir (Amerikan Psikiyatri

Birliği [APA], 1980). Akut Stres Bozukluğu (ASB), 1994 yılında DSM'nin (APA, 1994) sonraki bir baskısına eklenmiştir.

Travma hakkındaki algılarımız kültürel ve tarihsel olarak belirlenir. Modern toplumlar gibi antik toplumlar da kişilerarası şiddet, toplumsal şiddet, savaş ve doğal afetlerin etkileriyle damgalanmıştır. Medeniyetin göreceli tanımları, şiddet içeren uygulamalara karşı çıkma ve felaket zamanlarında başkalarına yardım etmeyi onaylama eğilimindedir. Ancak yine de psikososyal stresörler ve bunların sonuçları, çoğu zaman travma yaşayanların toplumsal açıdan farklı görülmesine yol açmıştır.

Olayların doğası gereği travmatik olmadığını iddia eden araştırmacılar vardır; daha çok, onları böyle yapan bireylerin ve toplumsal grupların inançlarıdır (Alexander, 2004). Kısacası toplumsal bilinci rahatsız eden ve sarsan olaylar değil, anlamlarıdır. Eyerman'a (2002) göre kültürel travma süreci, kolektif hafıza ve kimliğin yeniden yapılandırılması ve yeniden kavramsallaştırılmasından evrilmiştir. Estrada (2009), tarihsel travma teorisinin özünde tam olarak korkunç ve travmatik sosyal ve tarihsel olaylara tepki olarak nesiller arası stres olduğuna dikkat çekmiştir.

### **1.1.2. Modern Anlamda Travma**

Travmanın bireysel insan durumu üzerindeki etkilerinin modern çalışması, modern psikiyatrinin başlangıcını oluşturan zihin araştırmalarına dayanan bir çabadır. 1800'lerin ortalarında Jean-Martin Charcot, Salpêtrière'de hastaneye kaldırılan genç Parisli kadınları inceledi. "Nevroz" üzerine yaptığı değerlendirmede Charcot, cinsel saldırı, yoksulluk ve şiddetle dolu yaşamların yansımalarını inceledi. Charcot, bu kadınların öznel gerçekliklerine göre hareket ettiklerini ve koşullarının psikolojik olduğunu fark etti (Herman, 1992). Charcot'un öğrencileri Sigmund Freud, Joseph Breuer ve Pierre Janet, onun histeri ve nevroz konusundaki keşfini genişlettiler ve bu durumların psikolojik travmaya maruz kalmanın neden olduğunu daha da ileri sürdüler (Brooks, 1998). Freud, Janet ve Breuer'in psikolojik travmayı neyin oluşturduğuna ilişkin kavramsallaştırması başlangıçta oldukça dardı ve histeri ve nevrozların psikoseksüel olaylardan kaynaklandığı fikriyle sınırlıydı. Bununla birlikte, 1917'de, travmatik koşullar konusunun kapsamlı bir şekilde araştırılması, psikolojik travmanın genişletilmiş bir tanımını yaratmıştı.

Psikanaliz Üzerine Giriş Derslerinde Freud, “savaş, demiryolu çarpışmaları ve ölümcül riskler içeren diğer endişe verici kazaları” içeren genişletilmiş bir psikolojik travma kavramı önerdi (Freud & Strachey, 1966/1977, s. 274). Bu daha kapsayıcı tanımın daha sonra APA'nın DSM'lerinde travma ile ilgili bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılmasında temel olmuş olabilir.

Travmatik maruz kalmanın psikolojik sonuçlarına ilişkin ilk araştırmalar histerik kadınlarla sınırlı değildi. I. Dünya Savaşı'nın ortaya çıkması, duygusal olarak rahatsız askerlerin çoğalmasıyla, savaştan ortaya çıkabilecek psikolojik yıkımı psikoloji alanının dikkatine getirdi. Savaşla ilgili rahatsızlık araştırmalarında öncü bir psikolog olan Charles Myers, askerlerin semptomlarının, Freud'un histeriden muzdarip kadınlarda gözlemlendiği davranışlara benzer görüldüğünü fark etti. Myers, başlangıçta, davranışların fiziksel bir nedeni olduğunu varsaymış ve davranışları, patlayan mühimmattan kaynaklanan sarsıntıların yoğunluğuna bağlamıştır (Herman, 1992). Hipotezinin bir sonucu olarak, Myers sendromu “kabuk şoku” olarak adlandırmıştır. Orduyu dehşete düşürecek şekilde, daha ileri araştırmalar, birçok askerin, sarsıntı kuvvetinin fiziksel travmasına maruz kalmadan sendromun karakteristik semptomlarını sergilediğini göstermiştir (Herman, 1992). Sonunda, askerlerin nevrozunun, sürekli şiddet durumu, yaşam tehditleri ve korkunç görüntüleri ile psikolojik travma ve savaşın stresinin sonucu olduğu kabul edilmiştir (Herman, 1992; Van der Kolk, 1996).

Birinci Dünya Savaşı'nın sonunda, psikiyatri uzmanları, yorgunlukla ya da bilindiği şekliyle “savaş histerisi” ile mücadelenin, acı çeken askerin “iyi olma isteği” eksikliğinden kaynaklanan bir hastalık olduğu görüşünü benimsemişlerdir ( Van der Kolk, 1996). Özellikle orduda veya silahlı kuvvetlerle bağlantılı pozisyonlarda görev yapan profesyoneller arasında yaygın olan bu görüş, kadınlarda histeri ile ilgili daha önceki araştırmalara benzer bir gelişme seyri izlemiştir. Askerlerin, savaş deneyimlerinin zorluklarına uyum sağlamada cesur, kahraman ve sabırlı olmaları beklenmekteydi. Olaylara boyun eğenler; psikolojik sıkıntı, zayıf ahlaki karakter veya zayıf mizaç olarak kategorize edilmişti (Herman, 1992; Van der Kolk, 1996). Bu görüş, içsel olarak zayıf ve kusurlu olarak nevrotik semptomlar sergileyen kadınların ilk yorumlarını yansıtıyordu.

Savaş nevrozunun ya da savaş histerisinin rahatsızlığını, karakterin zayıflığı değil, savaşın stresörlerinin şiddetinin bir sonucu olan patolojik, travmatik bir sendrom olarak görenler, özellikle de W. H. R. Rivers vardı (Herman, 1992; Van der Kolk 1996). Tedavi müdahalelerini psikanalitik ilkelere dayandıran Rivers, ahlaki karakteri veya cesaretinin yüksekliği ne olursa olsun, herhangi bir askerin savaşla ilgili histeriden etkilenebileceğine kuvvetle inanıyordu (Van der Kolk, 1996). Savaş sona erdiğinde, gazi hastaneleri psikiyatrik ihtiyaçları karşılamaya devam etti.

Travmatik maruz kalma çalışması, psikoloji alanındaki birkaç profesyonelin ilgisini çekmeye devam etti. Amerikalı psikiyatrist Abram Kardiner, psikanaliz ve antropoloji alanındaki bir kariyerin ardından savaşla ilgili bozukluklar ve psikolojik travma üzerine çalışmaya başladı. Kardiner, savaşla ilgili histeri üzerine geçmiş değerlendirmeleri, teorik çerçeveleri ve çalışmaları araştırdı ve bulgularını 1941 tarihli *The Traumatic Neuroses of War*'da sentezledi. Kardiner, acı çeken askerlere atıfta bulunarak histerik etiketinin kullanılmasını kınadı, çünkü yaşanan rahatsızlığın zayıflık veya içsel kusurların bir sonucu olduğu izlenimini yaydığını hissetti (Herman, 1992).

TSSB'nin toplumsal farkındalığı, psikiyatri topluluğu ve toplum içinde eş zamanlı olarak gelişti (Friedman, Keane ve Resnick, 2007; Jones ve Wesseley, 2006). Daha önceki savaşla ilgili travma araştırmaları sonunda sivil sektörün ilgisini çekti ve savaşla ilgili olmayan travmalardan doğan koşullar incelenmeye başlandı. Televizyonda yayınlanan vahşet dünya çapında rutin olarak oturma odalarına yayınlanırken, 1960'ların ve 1970'lerin toplumsal hareketleri, travmatik deneyimlerin ve etkilerinin araştırılmasında bir genişleme yarattı.

Vietnam'da savaşta görev yapan kadın ve erkekler Amerika Birleşik Devletleri'ne döndüklerinde, savaşın insan ruhu üzerindeki etkilerine yeniden ilgi duyuldu. Savaş etrafındaki toplumsal söylemle ilgili gerilimler, konuyu ulusal medyada ön plana çıkardı. Televizyon, uzun saçlı, gözü dönmüş askerlerin görüntülerini, savaşın ulusun oğulları üzerindeki olumsuz psikolojik sonuçlarını düşünmek zorunda kalan, hiçbir şeyden şüphelenmeyen Amerikalıların evlerine gönderdi. İkinci Dünya Savaşı'na dönen askerin teması olan galip kahraman görüntüleri, yerini daha rahatsız edici bir gerçekliğe bıraktı. Amerikalı erkek ve kadınlar, hayatlarının tüm alanlarında faaliyet gösterme yeteneklerini ciddi şekilde etkileyen travmaya bağlı akıl sağlığı sorunlarıyla evlerine dönüyorlardı. Bu yeni

emektar türü genellikle suçluluk duygusuyla dolu, öfkeli ve duygusal olarak değişkendi ve bu durum eşleri ve çocukları için ciddi sonuçlar doğurdu (Solomon, Mikulincer, Fried ve Wosner, 1987). Genel nüfus, savaşla ilgili travma koşullarının farkındalığını yaşadı.

Travmanın profesyonel ve popüler kavramsallaştırmaları 20. yüzyılın sonuna kadar genişlemeye devam etti. Kadın kurtuluş hareketinin ortaya çıkmasıyla birlikte, kadınların “özel hayatına uygulanan zorbalık” ile ilgili konular incelenmeye başlandı (Herman, 1992). Bilinçlendirici grupların ilk çalışmaları, kısa sürede, tecavüzün psikolojik etkisi, cinsel saldırı, ensest ve kadınların siyasi amaçlarla cinsel boyun eğdirilmesinin açık ve şimdiye kadar benzeri görülmemiş tartışmalarına yol açtı (Herman, 1992; Lating & Everly, 1995).

Psikiyatri alanı, cinsel saldırının, semptom sunumunda büyük ölçüde savaş nevrozunu taklit eden psikolojik sıkıntıya yol açtığını kısa sürede kabul etti. Psikiyatri hemşireleri Lynda Holmstrom ve Ann Burgess, Boston Hastanesi'ne tedavi için başvuran tecavüz mağdurlarında uyuşma, artan irkilme tepkisi, kabuslar, dissosiyatif semptomlar, mide bulantısı ve uykusuzluk paternini gözlemlediler (Burgess & Holmstrom, 1974). Bu semptom sunum modelini “Tecavüz Travma Sendromu” olarak etiketlendi ve travmatik mağduriyetin daha sonra TSSB için resmi tanı kriterlerine dahil edilecek daha geniş bir tanımını düşünmeye teşvik etti.

### **1.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları**

Savaşla ilgili olmayan durumlarda travmatik maruziyet, duygusal sıkıntı ve rahatsızlık kaynağı olarak daha yaygın olarak kabul edildiğinden, çocuklarla ilgili sorunlar özel bir odak alanı olarak ortaya çıktı. Çocukların travmatik olayların stres faktörlerine yetişkinler kadar duyarlı oldukları uzun zamandır kabul edilmekteydi, ancak çocukların tepkilerinin yetişkinlerden daha az şiddetli ve daha kısa ömürlü olduğu düşünülüyordu (Yule, 1998). 1987'den önce, yetişkinlerde ve çocuklarda stres tepkileri arasındaki farklılıkları tanımlayan veya betimleyen çok az araştırma vardı.

1990'lardan bu yana, çocuklarda TSSB'nin ayırıcı tanısı, çocuklarda ortaya çıkabilen semptom sunumundaki iyileştirmeleri içeriyordu. Bazı önemli farklılıklar, genelleşmiş kabuslar ve travmatik oyunlarla birlikte -korku, çaresizlik ya da dehşet yerine- düzensiz ya da ajite davranış sergilemelerini içeriyordu (APA, 2003).

İstatistiksel olarak konuşursak, çocuklar yetişkinlerden daha fazla tecavüz, soygun, saldırı ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (Clark ve Miller, 1998). ABD Adalet Bakanlığı tarafından 1990 yılında yapılan bir araştırmaya göre, ergenlerin şiddet içeren bir suçun kurbanı olma olasılığı yetişkinlere göre 2,5 kat daha fazladır. Ne yazık ki, bu deneyimler genellikle çocuğun aile sistemi içinde meydana gelir. Çocuklarda TSSB araştırmasında son zamanlardaki bir gelişme, strese bağlı bozuklukların gelişimi için bir katalizör olarak aile ve aile içi şiddete maruz kalma ile ilgili araştırmalardaki artış olmuştur. Aile içi şiddet ve TSSB ile ilgili kafa karıştırıcı çalışmalar, evde travma yaşayan çocukların, toplumlarında, akranlarıyla ve kişisel ilişkilerinde de şiddet yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu rahatsız edici bir gerçektir (Margolin ve Vickerman, 2007). Çoğu zaman bu maruziyetler kronik bir yapıya sahiptir ve kabul edilen travma ve travma deneyimi tanımlarına meydan okur. Günümüzde kabul edilen, TSSB'nin çocuklarda ve genç erişkinlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğudur (Breslau, Davis, Andreski ve Peterson, 1991).

Ne yazık ki, çocuklarda stres bozukluklarının ölçümü genellikle yetişkinlerde kullanılmak üzere tasarlanmış değerlendirme araçları kullanılarak yapılmıştır. Çocukların değerlendirilmesi için güvenilir araçlar geliştirmeye ihtiyaç duyulmaya devam etmektedir. Çocuklukta maruz kalmanın karmaşık doğası, semptomların tezahür ettiği çeşitlilik ve güvenilir niteliksel verilerin toplanmasında sıklıkla bulunan engeller, gençlerin travma deneyimlerine ilişkin deneysel sonuçları zorlaştırmaktadır (Davis & Siegel, 2000).

#### **1.1.4. Çocukların Travmadan Etkilenme Derecesi**

Çocukların travmalardan etkilenme derecesi bir dizi faktöre bağlıdır ve çocuktan çocuğa değişir. Bu faktörler şunlardan oluşur:

- Olayın kendisi;
- Çocuğun uyum sağlama becerisi;
- Çocuğun gelişim aşaması;
- Çocuğun -ailevi ve sosyal- destek sistemi;

• Çocuğun şiddeti gözlemleyip gözlemediği veya şiddete maruz kalıp kalmadığı ya da her ikisi;

• Şiddetin beklenmeyen tek bir olayla ilişkili olup olmadığı, uzun süredir devam eden bir olay mı yoksa birden fazla eylemden mi kaynaklandığı.

Olayın çocuğu ne kadar etkileyeceği, travmatik olay(lar)ın hem süresi hem de yoğunluğu ile ölçülür; ancak bunları değerlendirmesi kolay değildir. Bu nedenle travma, çocuğu çaresiz kılan ve sıradan başa çıkma stratejilerini ya da her ikisini birden bozan bir olay veya olaylar dizisi olarak tanımlanabilir (Armsworth ve Holaday, 1993; Terr, 1990).

Bir çocuğun travma yaşama derecesini belirlerken, (a) çocuğun yaşadığı spesifik travmatik olay veya olaylar dizisi, (b) olay veya olayların süresi ve yoğunluğu, (c) çocuğun uyum yeteneğine katkıda bulunan dış ve iç faktörler ve (d) çocuğun kendine özgü gelişim aşaması önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, bir olaya “travma” demek durumu herkes için tanımlamış olmak değildir. Aslında bir çocuk için travmatik olabilen şey, aslında başka bir çocuk için büyümeye veya olgunlaşmaya yol açabilir. (Munson, 1995). Aynı olay göz önüne alındığında, bir çocuk yetersiz kalabilirken, başka bir çocuk ek başa çıkma stratejileri, davranışları ve stresli durumları yönetme yöntemleri geliştirebilir.

İstismar ve ihmal kurbanı çocuklara yapılan kötü muamelenin büyük çoğunluğu, bu çocukların beslenmesi, korunması ve çoğu zaman hayatta kalmaları için güvendikleri aynı yetişkinler tarafından işlenir: ebeveynler ve diğer birincil yetişkin bakım verenler veya romantik partnerleri (Sedlak ve diğerleri, 2010). Kötü muamele gören çocukların yarısından fazlası, şiddetli duygusal istismara veya duygusal ihmale tekrar tekrar veya sürekli maruz kalma ile karakterize edilen psikolojik kötü muameleye maruz kalmaktadır (Spinazola ve diğerleri, 2014). Amerikan Çocuk İstismarı Profesyonelleri Derneği (APSAC), psikolojik kötü muameleyi “çocuğa değersiz, kusurlu, sevilmeyen, istenmeyen, tehlikede olduğunu hissettiren, tekrarlanan bir bakım veren davranışı modeli veya ciddi bir olay” olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda çocukları korkutmayı, onaylamamayı, reddetmeyi veya sövmeyi (Kairys, Johnson, & Committee on Child Abuse, 2002) ve “çocuğun temel duygusal ihtiyaçlarının sürekli veya aşırı şekilde engellenmesini” (Barnett, Manly, & Cicchetti,

1993) kapsayan bu kötü muamele, çocuklara “yalnızca başkalarının ihtiyaçlarını giderdiklerinde değerli olduklarını” aşlamak da olabilir. (Myers ve diğerleri, 2002)

Doğası gereği ilişkisel olan psikolojik kötü muamele, hem uyum ya da tepki verme eksikliği hem de açık sözlü ve duygusal istismar eylemleri yoluyla bağlanma bağında temel bir bozulmayı temsil eder. Bu “bağlanma yaralanmaları”, (1) içsel bir psikolojik güvenlik ve güvenlik duygusunun gelişimini baltalayarak ve (2) duygu düzenleme, kendini gerçekleştirme, saygı, kişilerarası beceriler ve kendi kendine yeterlilik gibi başarılı yaşam işleyişi için gerekli olan kapasitelerin gelişimini engelleyerek çocuklara zarar verir. (Wolfe ve McIsaac, 2011).

Cinsel veya fiziksel istismar gibi çocuklukta kötü muamelenin daha açık veya somut biçimlerine kıyasla gözden kaçan, eksik bildirilen ve kanıtlanmayan psikolojik kötü muamele, tarihsel olarak aileler, hizmet sağlayıcılar, araştırmacılar ve devlet kurumları için bir “kör nokta” oluşturmuştur (Rosenberg, 1987). Örneğin Amerika’da yapılan bir araştırmaya göre, çocuk koruma servisi vaka kayıtlarında görünmektedir ki kötü muameleyle maruz kalan çocukların %50’si psikolojik kötü muameleyle maruz kalır, ancak bu istismar resmi olarak vakaların sadece %9’unda kaydedilmektedir. (Trickett, Mennen, Kim ve Sang, 2009).

Travmatik olayların kişiyi ve toplumu zor durumda bıraktığı bazı konular vardır; mesela kişinin dünyayı güvenli ve adil bir yer olarak görmesi, diğer insanları yardımsever bulması, kendisini değerli ve güvende hissetmesi, incinmezlik ve kırılmazlık gibi duygu ve düşünceleri yaşadığı travma sonrası ortadan kalkmış olabilir. (Aker, 2000).

#### **1.1.5. Erken Çocukluk Dönemi Gelişimi, Bağlanma Kuramı Ve Travmalar**

Erken çocukluk; bebeklik, yürümeye başlama yaşları, okul öncesi ve ilkököl yıllarını içeren yaşamın ilk 8 yılını kapsar. Bu yıllarda çocuklar, erken gelişimsel zorluklarla başarılı bir şekilde başa çıkmalarını ve gelecekteki refahlarını desteklemelerini sağlayacak kritik bilişsel, sosyal-duygusal ve fiziksel yeterlilikler geliştirir (National Research Council, 2000).

Bu ilk yıllar aynı zamanda çocuk istismarı ve ihmali veya aile içi şiddete tanık olma gibi travmatik olaylara karşı artan savunmasızlık ile de öne çıkar. 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde doğrulanmış bir çocuk istismarı veya ihmali



iddiasının kurbanı olan yaklaşık 900.000 çocuğun %50'sinden fazlası 0 ile 7 yaşları arasındaydı (USA Department of Health and Human Services, 2010).

Çocukların gelişimi için erken çocukluk döneminin kritik doğası göz önüne alındığında, bu erken yıllardaki travma deneyimlerinin gelişim üzerinde özellikle olumsuz bir etkisi olabilir:

Erken çocukluk döneminin temel görevlerinden biri, bir ebeveyn veya vasi ile güvenli bir bağlanma ilişkisinin/ilişkilerinin geliştirilmesidir. Bağlanma teorisini ortaya atan John Bowlby (1982), bağlanmayı “bir kişinin dünyayla daha iyi başa çıkabileceği düşünülen, açıkça tanımlanmış başka bir bireye yakınlık kazanması veya bu bireye yakınlık kazanmasıyla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimi” olarak tanımlamıştır.

Başlanma ilişkileri işlemseldir, çünkü bebek ve bakıcısı arasındaki karşılıklı etkileşimlerden kaynaklanırlar ve bebeğe “güvenlik duygusu”, “duygusal” düzenleme, “duyguların ve iletişimin ifadesi” ve dünyayı keşfetmek için güvenli bir üs sağlamaya hizmet ederler. (Davies, 2004).

Bebekler doğumdan itibaren başlanma evrelerinden geçme sürecine başlarlar. Bebek bu başlanma evrelerinin her birinde ilerledikçe, başlanma davranışlarına girer. Örneğin, Lieberman ve Knorr (2007) tarafından belirtildiği gibi, bir bebek bakım vereni yakınlaştırmak için ağlayabilir, gülümseyebilir, takip edebilir, bakım verene yapışabilir veya onu taklit edebilir.

Bebek başlanma davranışlarına yönelik tutarlı ve hassas bakım veren tepkileri, güvenli bir başlanmanın yaratılmasıyla pozitif olarak ilişkilidir (Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake ve Morelli, 2000). Başlanma teorisine göre, güvenli bir başlanma ilişkisinin geliştirilmesi, çocukların erken gelişimi için kritik öneme sahiptir. Bir bebek, etrafındaki dünyayı keşfetme güvenini, başlanma ilişkisinin sağlıklı olmasıyla kazanır.

Ebeveynler/bakıcılar tutarsız, tahmin edilemez veya ters tepki verdiğinde, bebekler güvensiz başlanma ilişkisinin üç biçiminden birini geliştirme riski altındadır: kaçınan, kararsız/dirençli ve dağınık/yönsüz (Schuder ve Lyons-Ruth, 2007). Anneleri çocuklarının başlanma davranışlarını reddeden veya cesaretini kıran bebekler tipik olarak “kaçınan” başlanma stilleri sergilerler. Kaçınan başlanma stili sergileyen bebekler genellikle bakım verenlerinin varlığına veya yokluğuna kayıtsız

görünmektedir (Ringel, 2011). Bu çocuklar etraflarındaki dünyayı keşfetme yeteneğine sahip olsalar da araştırmalar bu çocukların bakıcılarına olan duygusal ihtiyaçlarını, bakıcının bulunup bulunmadığına ilişkin görünüşte bir kayıtsızlık yoluyla kamufle ettikleri düşünöldüğünü göstermektedir. Aslında, kaçınan bağlanma stiline sahip çocukların kortizol (stres hormonu) düzeylerini inceleyen bir araştırma, bu bağlanma stiline sahip çocukların, güvenli bağlanma stiline sahip çocuklara göre daha yüksek kortizol düzeylerine sahip olduğunu bulmuştur. Kaygılı-kaçınan bir bağlanma stili sergileyen çocukların etraflarındaki dünyayı keşfetme konusunda kendilerine daha az güven duymaları daha olasıdır ve bakıcılarına karşı daha güçlü bağlanma davranışları gösterme olasılıkları daha yüksektir. Kararsız/dirençli bağlanmaları olan çocukların aksine, bu çocuklar bakıcılarına yakın olmaya karşı aşırı duyarlıdırlar. Kaygılı-kaçınan bağlanma davranışı sergileyen çocukların bakım verenlerinin çocuklarına verdikleri yanıtlarda tutarsızlık bulunmuştur. Bazen çok dikkatlidirler ve diğer zamanlarda duygusal olarak büyük ölçüde yoksundurlar. Son bağlanma stili ise “düzensiz (dağınık/yönsüz)” bağlanma olarak adlandırılır. Bu bağlanma stili, kararsız, öngörülemeyen bağlanma davranışları örüntüleriyle karakterize edilir (Wenar ve Kerig, 2000). Bu bağlanma tarzı, istismar veya ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla görülür ve çocukların stresli anlarında bakıcı istismarcı olsa bile/bakıcıdan koruma talep etmelerinin bir sonucudur.

Erken çocuklukta güvenli bir bağlanma ilişkisi kurmanın önemi göz önüne alındığında, bu erken yıllarda ebeveyn/bakıcı-çocuk ilişkisindeki bozukluklar özellikle küçük çocuklar için travmatiktir. Küçük çocuklar, dış stres faktörlerinden korunmak ve stresli/travmatik olaylara nasıl tepki vereceklerini anlamalarına yardımcı olmak için ebeveynlerine/bakıcılarına bağımlıdır (Lieberman ve Van Horn, 2008). Ebeveynler bu korumayı sağlayamadığında veya stresin kaynağı ebeveynlerin kendileri olduğunda, küçük çocukların gelişimi ve esenliğı kötü sonuçlara karşı giderek daha savunmasız hale gelir.

#### **1.1.6. Çocuklara Yönelik Kötü Muamele Türleri**

Çocuklara yönelik kötü muamele, fiziksel istismar, (fiziksel ve duygusal) ihmal, cinsel istismar ve duygusal istismar deneyimlerini içerir. Bu deneyimler, bakıcı-çocuk ilişkisinde yakın bir kesintiyi temsil eder ve bu nedenle çocukların gelişimi üzerinde güçlü bir etki yaratma potansiyeline sahiptir (Cicchetti, 2004). Çocuğa kötü muamele vakalarında, çocuğun bakıcısı genellikle hem travmatik deneyimlerin tehdidi/kaynağı

hem de bir rahatlık kaynağıdır. Sonuç olarak, çocuğun ebeveyniyle yaklaşma-kaçınma ilişkisi veya düzensiz bir bağlanma yaşaması olasıdır (Milot, Ethier, St-Laurent ve Provost, 2010). Kötü muameleyle maruz kalan çok küçük çocuklar, artan davranış sorunlarının yanı sıra zayıf eğitim durumu da dahil olmak üzere kötü gelişimsel sonuçları kanıtlama riski altındadır (De Bellis, 2001).

Travma yaşayan bebeklerde daha yüksek düzeyde ajitasyon, huysuzluk ve uyku ve yemek yeme dahil olmak üzere normal rutinlerde düzensizlik görülebilir (Lieberman & Knorr, 2007). Travma yaşayan yeni yürümeye başlayan çocuklar ve okul öncesi çocuklar, deneyimlerini sözlü olarak aktarma ve artan hareketliliklerini travmatik olaylara kaç ya da savaş tepkileri vermek için kullanma kapasitesine sahip olabilirler. Bununla birlikte, bu yıllar aynı zamanda benmerkezci düşünce tarafından da işaretlendiğinden, bu gelişim evrelerinde travma yaşayan çocukların, büyük çocuklara göre travmatik olayın nedenini kendilerine bağlamaları daha olasıdır. Örneğin, ebeveyni tarafından fiziksel istismara uğrayan bir okul öncesi çocuk, fiziksel istismara neden olacak bir şey yaptığına inanması muhtemeldir.

Küçük çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yetişkinlerde TSSB'yi teşhis etmek için kullanılan aynı üç kriter kullanılarak teşhis edilir: yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılma (Coates ve Gaensbauer, 2009)

Bununla birlikte, TSSB semptomları çok küçük çocuklarda daha büyük çocuklarda veya yetişkinlerde olduğundan farklı şekilde ortaya çıkar ve semptomlar daha uzun süre devam edebilir (Coates ve Gaensbauer, 2009) . Çok küçük çocuklar için, travmayı yeniden deneyimleme belirtileri tekrarlayan oyunlar olarak kendini gösterir (Coates & Gaensbauer, 2009). Coates ve Gaensbauer'e (2009) göre, travma yaşamış küçük çocuklar “eğlenceli veya yaratıcı spontanlıktan” yoksun oyunlara girebilirler. Bu oyun deneyimleri, travmatik deneyimden kaynaklanan duyguların/duyguların içeriği veya ifade edilmesi bakımından travmatik olaya benzeyebilir (Coates ve Gaensbauer, 2009). Kaçınma belirtileri çocuğun gelişim kapasitesi açısından kendini gösterir. Çocuk hareketliyse, travmatik olayın hatırlatıcılarından fiziksel olarak kaçınabilir. Öte yandan, çocuk henüz hareketli değilse, aktif olarak göz temasından kaçınmaya çalışabilir veya istismar veya ihmal durumunda, istismarcı bakıcının varlığından belirgin şekilde rahatsız olabilir (Coates & Gaensbauer, 2009). Markese (2007) ayrıca küçük çocukların “sembolik oyundan”, yani bir nesneyi diğerinin yerine koymaktan ya da trajediden kaçınmanın bir yolu

olarak rol yapmaktan kaçınabileceklerine işaret eder. Son olarak, aşırı uyarılmışlık belirtileri çok küçük çocuklarda artan sinirlilik, saldırganlık olarak ortaya çıkabilir ve bazı durumlarda dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu belirtilerine de benzeyebilir (Markese, 2007).

Başlangıçta, bebekler ve küçük çocuklar travma deneyimlerini sözlü olarak ifade edemedikleri için bu deneyimlerin onların gelişimi üzerinde uzun vadeli bir etkisi olmadığına inanılıyordu. Son araştırmalar, bebeklerin 2 aylıkken anıları depolamaya başladığını bulmuştur (Markese, 2007). Bu anılar beyinde “somatosensoryel deneyimler” olarak depolanır (van der Kolk, 1994). Başka bir deyişle, bebeklik ve çocuklukta deneyimler, çocuk henüz bu deneyimleri sözlü olarak ifade edemese bile, beyinde duyuşal deneyimler olarak depolanır (Green ve diğeri, 2010; Markese, 2007). Bu deneyimlerin bebek ve yürümeye başlayan çocuk gelişimi üzerindeki etkisi, daha önce belirtilen TSSB semptomlarının yanı sıra bakıcılarla düzensiz bağlanma ilişkilerinin kanıtlanma olasılığının artmasıyla görülür (Markese, 2007).

“Component-Based Psychotherapy” kitabında, Elizabeth Hopper ve diğeri çocukluk çağı travmalarını aşağıdakine benzer şekilde tabloştırmıştır:

*Duyuşal İhmal Örnekleri:*

- Bakım veren, fiziksel olarak mevcut değildir. (İş, askerlik, hastaneye yatış veya hapsedilme gibi nedenlerle, madde veya alkol kötüye kullanımından dolayı veya başka bir aileye öncelik verdiği için)

- Bakım veren şiddetli depresyon, kronik akıl hastalığı veya gelişimsel gecikmeler gibi nedenlerle duygusal açıdan mevcut olmamaktadır.

- Yoksulluk, sosyal destek eksikliği veya tehlikeli komşuluk nedeniyle aşırı aile stresi, bakım verenin duygusal erişilebilirliğini engellemektedir.

- Bakım veren, çocuğun dikkat çekme isteklerini görmezden gelir veya çocuktan çekinir.

- Bakım veren, çocuğu ne zaman döneceğine dair hiçbir belirti olmaksızın belirli süreler için terk eder veya başkalarından uzun süreli tecrit uygular.

*Duyuşal İstismar Örnekleri:*

• Bakım veren çocuğa aşağılayıcı adlar takar veya çocukla alay eder veya onu küçümser.

• Bakım veren, aile sorunları veya çocuğun istismarı için çocuğu suçlar.

• Bakım veren, çocuğa karşı sürekli bir olumsuzluk veya düşmanlık örüntüsü sergiler.

• Bakım veren çocuktan aşırı ve/veya uygunsuz taleplerde bulunur.

• Çocuk, bakım verenin akıl hastalığı, madde veya alkol kötüye kullanımı ve/veya şiddet/saldırgan davranışı nedeniyle aşırı veya öngörülemeyen davranışlara maruz kalır.

• Bakım veren, çocuğu disipline etmek için korku, yıldırma, aşağılama, tehdit veya zorbalık kullanır veya çocuğa sır saklaması için baskı yapar.

• Bakım veren, çocuğun yaşı dikkate alındığında uygun olmayan bir sınır ihlali, aşırı izleme veya aşırı kontrol modeli sergiler.

• Çocuğun uygun olmayan düzeyde sorumluluk alması beklenir veya sık sık küçük kardeşlere bakmak veya bakım verenin duygusal ihtiyaçlarına yanıt vermek gibi bir rol değişikliğine yerleştirilir.

• Bakım veren, çocuğun önemli ilişkilerini baltalar.

• Bakım veren, çocuğun yaşına uygun sosyal ortamlara katılmasına izin vermez.

• Çocuk bakım verenler arasında ilişki çatışmasına maruz kalır.

Görülüyor ki; anne, baba veya bakım verenler de çocukluk çağı travmalarının başlangıç kaynakları içinde yer alabilir. Anne-baba, geniş aile bireyleri, bakıcı, arkadaş, yabancı, otorite figürü ya da diğer çocuklar, çocuğa kötü davranan kişiler olabilirler.

Birçok olumsuz olayın altında (bir toplumdaki intihar vakaları da dahil olmak üzere) çocuklukta yaşanan ihmal ve istismar vardır (Holshausen ve diğerleri, 2016). Bu ihmal ve istismar dolaylı yoldan halk sağlığını da etkilemektedir. Ayrıca büyük bir sosyo-ekonomik ağırlık olarak bilinmektedir. (Hildyard ve Wolfe, 2002).

İstismar ve ihmal içeren kötü muamelede, bakıcının niyeti değil, en çok fiilin etkisi önemlidir (Helvacı Çelik ve Hocaoğlu, 2018). Çocukluk çağı istismarı “fiziksel, cinsel ve duygusal” olarak kategorize edilirken, “ihmal” fiziksel ve duygusal olarak

sıralanmaktadır. Anne-babanın zararlı ve sakıncalı davranış kalıpları, çocuğun gelişimini engellemekte ve kısıtlamakta, her türlü ihmal ve suç eylemlerini temsil etmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

Çocuklukta kötü muamele, bir çocuğun karşılaşabileceği tüm olası olumsuz ve olumsuz deneyimleri temsil eden patojenik bir ilişkidir (Cicchetti & Lynch, 1995). Bu ilişki bağlamda aile ana aktördür. İlişkinin bir tarafı olan anne-baba, güvenli bağlanmanın temel taşlarını oluşturur, çocuğun ihtiyaç duyduğu zamanlarda ulaşılabilir hale gelerek gelişim evrelerini geçmesine destek olur. Özellikle travmatik süreçlerde bakım verenler katalizör rolünü üstlenirler (Amaya-Jackson ve Stirling, 2015).

Literatürde olumsuz çocukluk yaşantıları, uzun dönemli ve nüfuz edici etkileri nedeniyle son zamanlarda yaşam boyu bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu bakış açısının gerekçesi, bireyin uyum kapasitesini oldukça tehdit eden sıkıntının doğasına, ikincil stresörleri tetikleme ve kişinin savunma kapasitelerini kısıtlama yeteneğine dayanmaktadır (Nurius, Green, Logan-Greene, Borja, 2015).

Çocukluk çağı kötü muamelesinin yıkıcı etkilerinden biri, eylemlerin “kalıntısı”dır. Başka bir deyişle, istismara uğrayan çocuk, kötü muamelenin yıkıcı sonuçlarını nesiller boyu aktarabilir. “İstismar ve ihmalin nesiller arası aktarımı” tüm çocuklar, aileler ve toplumlar için bir yüküdür (Cicchetti, 2012).

“Sosyal öğrenme modellemesi” yoluyla gelecek nesillere yönelik kötü muamelenin (Bandura, 1977), çocukluk döneminde istismara ve ihmale uğrayan kişilerde daha riskli olduğu tespit edilmiştir (Kwong, Bartholomew, Henderson, Trinke, 2003). Genç yetişkinlik yıllarında, temel gelişim görevleri yakın ilişkilere girmek ve evlenmektir. Bir meta analizinde (Li, Zhao, Yu, 2019), erken yıllarda maruz kalınan kötü muamele ile yakın partner tarafından işlenen şiddet arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Benzer şekilde, genç yetişkinler arasında şiddet ve çocuklara kötü muamele ve eş mağduriyeti döngüsünü inceleyen başka bir araştırmada (Fang & Corso, 2007), çocuklara kötü muamele mağdurlarının mağdur olmayanlara kıyasla şiddet uygulamaya daha meyilli olduklarını (erkekler için %1.3'ten %17,2'ye) bulmuşlardır.

### 1.1.7. Çocuklukta Kötü Muamelenin Sonuçları

Özge Katı, 2020 yılında Yeditepe Üniversitesi için yazdığı tezin literatür taramasında şu bilgilere değinmiştir: “Çocuklukta kötü muamele, bir birey için hayati bir konudur, çünkü erken gelişim sırasında her türlü istismar ve ihmal edici eylem, yetişkin sağlığı ve refahı üzerinde kalıcı etkilere sahiptir. Ampirik araştırmalara göre, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile risk faktörleri arasında ölüme ve yetişkin psikopatolojisine neden olan ilişkiler bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre, çocukluk çağı travmasının kötüleşen sağlık ve sorunlu sosyal ilişkilerle doğrudan ve dolaylı ilişkileri vardır. Dahası; çocukluk çağı travması ve yetişkin depresyonu, yetişkin obezitesi, madde kötüye kullanımı, disosiyatif belirtiler ve kendine zarar verme davranışları, kendine zarar verme girişimi, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, kişilik bozuklukları, olumsuz benlik saygısı belirlenmiştir. Üstelik; çocuklukta maruz kalınan travmanın etkisinin yetişkinlikte yaşanan travmaya göre travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) yordama açısından daha fazla olduğu düşünülmüştür”

Aile içi şiddete, çocuk istismarına veya devam eden diğer kötü muameleye maruz kalan çocuklar, duygusal gelişimlerinin farklı aşamalarında ve aile üyelerinin veya diğer önemli bakım verenlerin ellerinde uzun süreler boyunca travma yaşarlar ve bu da yaşam deneyimlerini önemli ölçüde etkiler. Bu durum, savaş, kaza veya doğal afet gibi akut travma türleri yaşayan kişilerden farklıdır. Bu tür maruziyetin etkilerinin doğada yaygın TSSB anlayışına benzer olduğu bulunsa da, özellikle bunlar çocuklukta erken yaşta vahşet deneyimleyen çocukların gelişimsel yörüngeleriyle ilgili olduklarından, önemli farklılıklar vardır. (Herman, 1992).

### 1.1.8. Travmatik Mazuriyet Ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Genel popülasyonda travmatik olaylara maruz kalma oranları %36 ila %81 arasında değişse de, maruz kalan bireylerin yalnızca %7 ila %10'u TSSB geliştirir (Breslau ve ark., 1998). Sahadakeri şaşırtmaya devam eden şey, belki de işleyen faktörlerin bir kombinasyonunun var olduğunu düşündüren komorbid durumların yaygınlığıdır (Yehuda & McFarlane, 1995). TSSB'nin gerçek doğası hakkında gerçek bir fikir birliğine varılmamış olsa da, travmatik maruziyetten kurtulanlarda sıklıkla bulunan bozuklukların spektrumunu tanımlayan mevcut bir araştırma grubu vardır.

Travmatik maruz kalmanın, DSM içindeki tanı kriterlerini karşılayan çok çeşitli psikolojik rahatsızlıklara yol açabileceğine dair bol miktarda kanıt vardır. Bozuklukların şiddeti uyum bozukluklarından daha kalıcı ve ağır belirtilere kadar değişir. Travmatik maruziyet, anksiyete bozuklukları (Allen, Coyne ve Huntoon, 1998), madde kötüye kullanımı bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar (McDowell, Levin ve Nunes, 1999), majör depresyon (Brady, Killeen, Brewerton ve Lucerini, 2000) ve yeme bozuklukları (Brady ve ark., 2000). Ek olarak, borderline kişilik bozukluğu (BPD), karmaşık TSSB semptom kümesiyle ortak bir nokta gösterir ve özünde yüksek kişilerarası travma sıklığını paylaşır (Yen ve diğerleri, 2002). Psikolojik rahatsızlıklar için tedavi arayan kişilerin yaşam deneyimlerine geniş bir travma tanımı uygulandığında, çoğunun yaşamları boyunca en az bir travmatik maruziyet yaşadığı bulunmuştur.

Bireyin yaşamı boyunca travmatik maruziyet deneyimleyeceği istatistiksel olasılık göz önüne alındığında, ruh sağlığı danışanlarının travma öyküleri sunacakları istisnadan ziyade beklentidir. Gerçekten de psikotik bozukluklar, şizofreni ve bipolar I ve II bozukluklar gibi ciddi ruhsal bozukluklar tanısı konan hastaların önemli bir yüzdesi, kapsamlı travma geçmişlerini detaylandırmaktadır (Goodman, Rosenberg, Mueser ve Drake, 1997). Ayrıca, kapsamlı travma öyküsü olan kişiler, sıklıkla birden fazla bozukluğu içeren karmaşık semptom kalıpları ile ortaya çıkar ve ayırıcı tanıyı zorlaştırır. Najavits et al. (2009) bunu “merkezi bir paradoks” olarak tanımlar ve “TSSB ile komorbidite normdur, ancak tedavi sonuç çalışmaları rutin olarak önemli komorbid durumları olan hastaları dışlar ve bunları değerlendiremez” (s. 508).

### **1.1.9. Travma Sonrası Büyüme**

Travmaya maruz kalan kişilerin yalnızca yaklaşık %7 ila %10'u aslında TSSB semptomları geliştirir (Breslau ve ark., 1998). Çoğu durumda, bir kriz veya travmatik olaydan kaynaklanan olumlu kişisel değişim kavramı travma sonrası büyüme olarak adlandırılmaktadır (TSB; Tedeschi & Calhoun, 1996). TSB kavramı, travmatik maruziyetin olumsuz psikolojik deneyimini göz ardı etmez, bunun yerine, olumsuzlara ek olarak, deneyimin kişisel değişimi ve büyümeyi teşvik eden yaşamda gelişmiş bir anlam ve amaç duygusuna yol açabileceğini vurgular (Smith & Aşçı, 2004).

Önemli sayıda literatür, kalp krizi (Affleck, Tennen, Croog ve Levine, 1987), sevilen birinin ölümü (Lehman ve diğerleri, 1993), doğal travma gibi belirli travma



türleri ile ilişkili olarak TSB olgusunu incelemiştir. Bu çalışmalarda, bireylerin %10 ila %90'ı travmatik bir olayla başa çıkmanın yarar gördüğünü bildirmiştir (Tedeschi, Calhoun ve Engdahl, 2001).

TSB'nin teorik temeli, bilimsel açıdan gelişmekte olan bir odak alanını temsil eder. Affleck ve Tennen (1996), TSB'yi aşırı stresle başa çıkmak için kullanılan bir başa çıkma stratejisi olarak kavramsallaştırmaktadır. Uyarlanabilir bir tepki görüşüyle kapsanan başa çıkma teorisyenleri, anlam oluşturmaya (Davis, Nolen-Hoeksema ve Larson, 1998), bilgi işlemeye (Filipp, 1999) ve benliğe veya olumlu yanılısamaya yönelik olumlu değerlendirmeye (Taylor, 1983). TSB'nin bir başa çıkma mekanizması olarak bu görüşleri, travmatik maruziyetten sonra psikolojik uyum için uyarlanabilir bir işlev olduğunu düşündürmektedir.

Schaefer ve Moos (1992) ve Tedeschi ve Calhoun (1995, 2004) başlangıçta TSB'yi travmatik olaylarla mücadeleden doğan bir sonuç olarak kavramsallaştırdı (Zoellner ve Maercke, 2006). Teorilerini gözden geçirerek ve onu yapılandırmacı kişisel gelişimle ilişkilendirerek Tedeschi ve Calhoun (2004), TSB'yi hem süreç hem de sonuç olarak doğrulayan teorik bir kavramsallaştırmayı varsayar. Tedeschi ve Calhoun (2004), insanların dış deneyimler yoluyla kendi iç gerçekliklerini aktif olarak inşa etmelerini desteklemektedir. Kişinin dünya görüşüne ve yerleşik şemalarına meydan okuyan travmatik olaylara maruz kaldığında, kişinin doğru kabul ettiği temel varsayımları değiştirebilen bilişsel bir süreç oluşur (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Tedeschi ve Calhoun (2004) tarafından ruminasyon olarak adlandırılan bu bilişsel süreç, ya uyarlanabilir şemaların ve pozitif anlamın (TSB) inşasına ya da TSSB semptomları gibi işlevsiz negatif şemalara yol açabilir.

Ampirik kanıtlar, TSB'yi onaylayanların bu büyümeyi şu beş geniş alanda deneyimlediğini ileri sürmektedir: güç, yeni olasılıklar, ilişkiler, yaşamın takdir edilmesi ve maneviyat (Tedeschi & Calhoun, 1995). Bunlar aşağıdaki metinde kısaca tartışılmaktadır:

#### *1.1.9.1. Güç*

İlk alan, güçle ilgili olarak benlik algısındaki değişiklikleri kapsar.

Benlik algısındaki en yaygın değişiklik, artan bir kırılabilirlik duygusu olmasına rağmen, bireyin daha önce olduğundan daha güçlü, daha yetenekli ve daha iyi hayatta kalabileceğine dair artan bir his olabilir. (Collins, Taylor ve Skokan, 1990). Bu

değişim, eşlerinin ölümü üzerine, mali kaygılar ve arabalarla uğraşmak ve ev onarımlarını yapmak gibi yeni roller ve sorumluluklar üstlenmek zorunda kaldıklarını bildiren dul kadınların çalışmalarında kolayca gözlemlenebilir. Bu kadınlar, yeni başarılarının bir sonucu olarak artan bir öz-yeterlik duygusu bildirmişlerdir (Calhoun ve Tedeschi, 1990). Bu artan öz-yeterlik duygusu onların kederinin yerini almadı, aksine aynı anda var oldu. Ciddi bir sağlık krizi geçirmiş bireylerin deneyimlerinin incelenmesi, bu tür deneyimlerin, bireylerin kendilerini daha önce algıladıklarından daha “sert” veya daha inatçı oldukları duygusu yaratabileceğine dair kanıtlar üretmiştir (Stanton, Bower ve Low, 2006). Bu değişiklikleri bildiren bireyler, bunları mücadelelerinin olumlu sonuçları olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

#### *1.1.9.2. Yeni olasılıklar*

İkinci etki alanı, gelecek için yeni olasılıkların olduğu hissini artmasıyla ilgilidir. Önemli bir travma geçirmiş bireylerin deneyimlerinin bir sonucu olarak günlük yaşamlarını yeniden düzenlemeleri yaygındır (Cadell, Regehr ve Hemsworth, 2003). Pek çok insan, hayata karşı daha önce olmayan yeni, coşkulu, “carpe diem” tutumunu benimsemektedir. Diğerleri kariyer yollarını değiştirebilir veya hatta hayatlarını benzer travmayı yaşayan başkalarına yardım etmeye adanmayı seçebilirler - Herman'ın (1992) "hayatta kalma misyonu" olarak adlandırdığı durum budur. Oğlu Adam'ın kaçırılması ve ardından öldürülmesinin bir sonucu olarak kolluk kuvvetleri ve çocuk kaçırma konusundaki çabalara öncülük eden John Walsh gibi insanlar; sarhoş bir sürücü tarafından çocuğunu öldürdükten sonra başladığı Sarhoş Sürücülere Karşı Anneler'in kurucusu Cristy Lightner; ve Jim vurulduktan sonra hayatlarının çoğunu silah kontrolü mevzuatı için lobi yapmaya adanmış Jim ve Sara Brady, travmatik deneyimlerinin bir sonucu olarak yeni bir çağrı veya tutku buldular (McMillen, 1999).

#### *1.1.9.3. İlişkiler*

Üçüncü alan, bireyin başkalarıyla ilişkileri nasıl algıladığı ve deneyimlediğiyle ilgili değişikliklerle ilgilidir. Travmatik bir maruziyetten kaynaklanan en tutarlı şekilde rapor edilen olumlu değişiklik, insan ilişkilerindeki iyileşmedir (Affleck ve diğerleri, 1987). Araştırmaya katılan kişiler, aile ve arkadaşlar için daha derin bir şükran duygusuna sahip olduklarını ve bunun daha anlamlı nitelikte daha yakın ilişkilerle sonuçlandığını bildirmiştir (Janoff, 2006). Bazı araştırmalardaki bilgi kaynakları, ilişkilerin veya insanların ne kadar çabuk kaybedilebileceğine ve bunun

karşılığında onların değerlerine dair nasıl gelişmiş bir his yaratabileceğine dair artan bir anlayışı bildirmiştir (Affleck, Allen, Tennen, McGrade ve Ratzan, 1985). Pek çok insan, sevilen birinin ani ölümüyle karşı karşıya kaldığında tam olarak bu durumu yaşamaktadır. Hayatın sonlu olduğu ve sevdiğimiz kişiyle geçirdiğimiz zamanın bilinmediği gerçeğiyle yüzleşmek, diğer önemli ilişkileri daha da değerli kılıyor gibi görünmektedir. Hayatın kısa olduğuna dair bu “uyandırma çağrısı”, bireyin bağlılığın değeri hakkındaki bilişsel süreçlerini ve başkalarıyla ilişki kurma ve sürdürme şeklini değiştirebilir (Tedeschi & Calhoun, 2004).

#### *1.1.9.4. Yaşamın takdiri*

Dördüncü alan, bir kişinin yaşam için sahip olduğu takdirdeki değişiklikleri içerir. Bu, yaşamın genel değeri hakkındaki algıda bir değişikliği (Affleck, Tennen ve Gershman, 1985) veya kişiye ikinci bir şans verildiği ve bunun boşa harcanmaması gerektiği hissini içerebilir. Hayatın önceliklerinde önemli bir değişiklik olabilir. İşyerinde daha az ve aile ile daha fazla zaman geçirme, sahip olmadıklarına daha az ve sahip olduklarına daha fazla odaklanma ve “küçük şeyleri dert etmeme” ve “kendine zaman ayırma” gibi davranışlardaki değişiklikler bunlara örnek olabilir. (Calhoun & Tedeschi, 2004).

#### *1.1.9.5. Maneviyat*

Son olarak, tanımlanan beşinci alan ruhsal değişimdir. Travmatik maruz kalmanın manevi inançlar üzerinde olumsuz sonuçları olabileceği konusunda bir tartışma olmamasına rağmen, insanlar travma ile mücadelelerinin bir sonucu olarak yenilenmiş veya güçlenmiş bir dini inanç duygusuna sahip olduklarını bildirmişlerdir (Calhoun & Tedeschi, 1998).

## **1.2. Şemalar**

Şema, bilişsel psikoloji alanında geniş bir çapta kullanılsa da anlam olarak karmaşık uyaran ve deneyimler kümesi içinde bireyin bir düzen yaratmasına yardımcı olan kalıp veya düzenleyici çerçeve anlamına gelmektedir (Rafaeli, Bernstein, Young, 2013). Başka bir tanımla, bireylerin bir olay veya durumla karşılaştıklarında onları açıklamasına yardım eden, durumu algılamada aracı rol oynayan ve bu duruma bir cevap oluştururken deneyimleri ya da gerçekliği temel alan örüntünün tamamıdır (Young ve Klosko, 2019). Şema kavramı hem psikoterapi hem de psikoloji alanlarınca “bireyin yaşam deneyimlerinin anlam kazanması için genel biçimde düzenlenmiş

herhangi bir prensip” olarak bilinebilir (Farrel, Reiss ve Shav, 2018). Temel yapılar olarak bilinen şemalar çocukluk veya sonraki dönemlerde oluşan uyumlu, uyumsuz, olumlu veya olumsuz olarak nitelendirilmektedir. Şemalar, bireyin algılama, değerlendirme ve bellek süreçlerini etkilenmesi sürecinde etkendirler. Şemaların varolmasının nedeni, bilgiyi işleme sürecinin hızlandırılması ve bilişsel kaynak kullanımı ile alakalı olup kişinin genellikle hayatta kalması için uyumlu olduğu bilinmektedir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2013). Kötü yaşantı ve çocukluk döneminde yaşanan travmalar şemaların tamamını oluşturmamaktadır (Young ve Klosko,2011). Örnek olarak verilecek olursa: Bağımlılık/Yetersizlik şeması geliştiren biri çocuklukta bakım sağlayanı tarafından aşırı korunmuş ve çocukluk travmasıyla karşılaşmamış da olabilir.

Kişilerin erişkinlikteki davranışlarının da şemalardan etkilendiği ve onların dünyayı algılama biçiminde mutlak gerçeklik olarak görüldükleri bilinmektedir (Jacop, Genderen ve Seebauer, 2014).

### **1.2.1. Young'a Göre Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

Erken dönem uyum bozucu şemalar, kişilerin yaşamı boyunca gelişim halinde olan duyguları, bilişleri, bedensel duyumları kapsayan kendisi ve diğer kişilerle olan iletişimini etkileyen ve biçimlendiren zihinsel örüntülerdir. Söz konusu şemaların, belirli derecelerde işlevselliği bozmuş olduğu ifade edilmektedir ve çocukluk veya ergenlikte gelişmektedirler. (Young vd., 2003). Şemalar, bireylerin yaşamında uyum bozucu hale gelerek birçok bozukluğun oluşumuna zemin hazırlarlar ve değişime direnç gösterirler. (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2015).

### **1.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Kökenleri**

Young ve arkadaşları (2003) erken dönem uyum bozucu şemaların gelişiminde bazı durumların önemli bir rolünün olabileceğine olabileceğine dikkat çekmektedir. Young; evrensel sayılan birtakım temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması sonucunda şemaların oluştuğunu ifade etmektedir.

Bu ihtiyaçlar şu şekilde aktarılabilir:

- Güvenli bağ hissi; yani istikrarı önemseyen, bakım alma ve benimsenmeyi içeren, kişinin kendinden başka birine güvenli bir şekilde bağlanmasına duyulan ihtiyaç.

- Otonomi algısı; yani yeterli hissetme ve kişisel kimliğine dair olumlu bir algıya sahip olmaya dair ihtiyaç.
- Hissettiği ihtiyaçlarını ve duygularını çekinmeden ifade edilebilmesine yönelik ihtiyaç.
- Spontan hareket edebilme, rol yapabilme ve yaratıcılığa duyulan ihtiyaç.
- Özdenetime ve ne katı ne gevşek denebilen sınırlara sahip olabilme ihtiyacı (Young vd., 2003).

Şemaların oluşumunu önemli ölçüde etkilemekte olan çocuğun aile içinde erken dönemdeki çocukluk deneyimleridir. Ancak, benzer koşullarda yetişmiş olsalar bile farklı tepkiler verebilmekte olan çocukların, kendi içlerinde biricik olduğu unutulmamalıdır. Farklı mizaçlara göre farklı şemaların şekillenebileceğinin dikkate alınmasını öneren Şema Terapi de bu noktada mizacın önemini altını çizilmektedir (Young vd., 2003).

### **1.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Alanları**

Young ve meslektaşları (2003) tarafından önerildiği gibi şema teorisi, çocuklukta deneyimler, doğuştan gelen mizaç ve yetişkinlikteki psikososyal veya kişisel sonuçlar arasındaki ilişkiyi açıklamanın olası bir yoludur. Young ve meslektaşları, tedaviye dirençli depresyon, kronik anksiyete ve kişilik patolojisinin ancak bu işlevsellik ile ilgili hem mevcut işlevsellik hem de çocukluk deneyimlerine odaklanılarak başarılı bir şekilde tedavi edilebileceğine dair bakış açıları nedeniyle Beck'in geleneksel bilişsel teorisini detaylandırdılar (Cecero ve ark. al.,2004). Bu amaçla, Young ve meslektaşları, erken çocukluk deneyimleri, mizaç, eşzamanlı "Uyum Bozucu Şemaların" oluşumu ve uyumsuz başa çıkma stratejileri ve mevcut işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyerek danışanları tedavi etmek için bir modalite olarak şema terapi geliştirdiler. Burada şema terapinin amacı, yeni, daha uyumlu başa çıkma stratejileri benimseyerek ve olumsuz çocukluk anılarıyla düzeltici deneyimler gerçekleştirerek değişimi teşvik ederken, uyum bozucu şema farkındalığını artırmaktır (Young ve diğerleri, 2003).

Young ve meslektaşları, uyum bozucu şemaların kökeninin, olumsuz deneyimler tarafından temel duygusal ihtiyaçların engellenmesinden kaynaklandığını önermişlerdir. Önerilen beş temel duygusal ihtiyaç şunları içerir:

1. Başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve kabulü içerir);
2. Özerklik, yeterlilik ve kimlik duygusu;
3. Geçerli ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğü;
4. Kendiliğindenlik ve oyun; ve
5. Gerçekçi sınırlar ve öz kontrol.

Young ve meslektaşları (2003) onların bakış açısından, erken deneyimler (yetiştirme) ve doğuştan gelen mizaç (doğa), bu ihtiyaçların tatmin edilmesine veya engellenmesine neden olabilir. Erken dönem uyum bozucu şemalar, bu ihtiyaçların olumsuz deneyimlerle engellenmesinden kaynaklanır.

Kısaca, Rafaeli, Bernstein ve Young'a göre (2011) uyumsuz şemalar, yaşamın erken dönemlerinde karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçlardan ortaya çıkar. Şemalar kendilerini korudukları ve sürdürdükleri için yetişkinlikte de aynı ihtiyaçların karşılanmasını engellemeye devam ederler.

Şemalar 2011 yılında Schema Therapy (Distinctive Features) kitabında alanlara ayrılarak gruplandırılmıştır ve kuramda bazı güncellemeler yapılmıştır:

1. ALAN	2. ALAN	3. ALAN	4. ALAN	5. ALAN
<b>AYRILMA VE DIŞLANMA</b>	<b>ZARAR GÖRMÜŞ ÖZERKLİK VE PERFORMANS</b>	<b>ZEDELENMİŞ SINIRLAR</b>	<b>BAŞKALARI ODAKLILIK</b>	<b>AŞIRI DUYARLILIK VE BASKILAMA</b>
1. Terk Edilme/İstikrarsızlık	6. Bağımlılık/ Yetersizlik	10. Hak Görme	12. Boyun Eğme	15. Olumsuzluk/ Karamsarlık
2. Güvensizlik/ İstismar	7. Zarar veya Hastalığa Karşı Güvenlik Açığı	11. Yetersiz Özdenetim	13. Fedakarlık	16. Duyguları Bastırma
3. Duygusal Yoksunluk	8. Gelişmemiş Benlik		14. Onay Arayıcılık	17. Yüksek Standartlar
4. Kusurluluk/Utancı	9. Başarısızlık			18. Cezalandırılma
5. Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma				

#### 1.2.3.1. Ayrılma ve dışlanma

Birinci alan, güvenlik, emniyet, istikrar, bakım, empati, duyguların paylaşılması, kabul ve saygı gibi temel evrensel ihtiyaçların ihlaliyle ilgili şemaları içerir. Bu

alandaki şemalar genellikle erken aile ortamından kopuk, tutucu, soğuk, reddedici, şiddetli, patlayıcı, öngörülemez veya istismar edici olduğunda ortaya çıkar. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011) Bu etki alanına bağlı beş şema:

### 1. Terk Edilme/İstikrarsızlık

Bu şema, başkalarının, özellikle de destek ve bağlantı beklediğimiz kişilerin, bunları sağlamada kararsız ve/veya güvenilmez olduğu ve duygusal destek, bağlantı, güç veya pratik koruma sağlamaya devam edemeyecekleri algısını içerir. Sık öfke patlamaları, yalnızca düzensiz bir şekilde orada bulunan bakıcılar veya zamansız bir ölümle ayrılan veya ölen ebeveyn figürlerini içeren aile ortamları bu şemanın ortak habercileridir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 2. Güvensizlik/İstismar

Bu şema, başkalarının sizi inciteceği, kötüye kullanacağı, küçük düşüreceği, aldatacağı, yalan söyleyeceği, manipüle edeceği veya sizden faydalanacağı beklentisini içerir. Genellikle zararın kasıtlı olduğu veya haksız ve aşırı ihmali sonucu olduğu algısını içerir. Bu, bir kişinin diğerlerine göre her zaman aldatıldığı hissini içerebilir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 3. Duygusal Yoksunluk

Bu şema, kişinin normal derecede duygusal destek arzusunun başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağı beklentisini içerir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011) ana yoksunluk biçimi vardır:

(a) Bakımdan Yoksunluk: Dikkat, sevgi, sıcaklık veya arkadaşlık eksikliği

(b) Empatiden Yoksunluk: Başkaları tarafından anlaşılma ve dinlenme, kendini açıklama veya karşılıklı duygu paylaşımının olmaması

(c) Korumadan Yoksunluk: Başkalarından güç, yön veya rehberlik olmaması.

### 4. Kusurluluk/Utanç

Bu şema, kişinin temelde kusurlu, kötü, istenmeyen, aşağı veya önemli açılardan geçersiz olduğu veya gerçek benliğini görebilseydi önemli başkaları için sevilemeyeceğini düşündüğü hissini içerir. Eleştiriye, reddedilmeye ve suçlamaya karşı aşırı duyarlılığı içerebilir; başkalarının etrafında kendini kıyaslayama ve özgüvensizlik de görülebilir. Kusurluluk şemasının davranışları özel (örneğin

bencillik, öfkeli dürtüler, kabul edilemez cinsel istekler) veya genel (örneğin istenmeyen fiziksel görünüm, sosyal beceriksizlik) olabilir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 5. Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma

Kişinin dünyanın geri kalanından, özellikle de aile dışındaki sosyal dünyadan izole edildiği duygusunu barındıran bu şemaya sahip kişiler, diğer insanlardan farklı hissederler ve/veya herhangi bir grup veya topluluğa ait değildirler. Bu şema, bu alandaki diğer dördü ile aynı karşılanmamış ihtiyaçları (güvenlik, istikrar ve kabul için) yansıtsa da, tipik olarak ev ortamı dışındaki sosyal dışlanmanın bir sonucu olarak ortaya çıkar (ancak bazen bu sosyal dışlanma etkileri ebeveyne dayanmaktadır: sosyalleşme için cesaretlendirilme eksikliği, kişinin evi ve geçmişi hakkında yoğun bir utanç veya köken ailesinde ortaya çıkan ancak diğer durumlara genellenen kusurluluk ve sevilmezlik duygusu). (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

#### *1.2.3.2. Zarar görmüş özerklik ve performans*

İkinci alan, özerklik ve yetkinlik için temel evrensel ihtiyaçların ihlaliyle ilgili şemaları içerir; bu, kişinin kendisi ve çevresi hakkında, kişinin ayrılma, hayatta kalma, bağımsız olarak işlev görme ve başarılı bir şekilde gerçekleştirme konusundaki algılanan yeteneğine müdahale eden beklentilere yol açar. Bu alandaki şemalar genellikle erken aile ortamının içine düştüğünde, çocuğun güvenini sarstığında, aşırı koruyucu olduğunda veya çocuğu aile dışında yetkin bir şekilde performans göstermesi için güçlendirmede başarısız olduğunda ortaya çıkar. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011) Bu etki alanına dört şema bağlıdır:

### 6. Bağımlılık/Yetersizlik

Bu şema, başkalarından önemli ölçüde yardım almadan, kişinin günlük sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getiremeyeceği inancını içerir. Aşırı durumlarda, bireyler kendilerine bakamayacaklarını, günlük sorunları çözemeyeceklerini, sağduyulu davranamayacaklarını, yeni görevlerin üstesinden gelemeyeceklerini veya doğru kararlar veremeyeceklerini hissedebilirler. Diğer durumlarda, bu çaresizlik duygusu, daha sınırlı ve belirli durumlarda veya ortamlarda (örneğin, önemli profesyonel kararlar verirken veya bir ortak seçerken) etkinleştirilebilir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)



### 7. Zarar veya Hastalığa Karşı Güvenlik Açığı

Bu şema, abartılı bir felaket korkusunu içerir. Beklenen felaketler dışsal niteliktedir ve aşağıdakilerden bir veya daha fazlasına odaklanabilir: (a) tıbbi felaketler: örneğin kalp krizi, AIDS; (b) duygusal felaketler: örneğin çıldırmak; (c) dış afetler: örneğin asansörlerin çökmesi, suçluların kurbanı olma, uçak kazaları, depremler. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 8. Gelişmemiş Benlik (Yapışıklık)

Bu şema, tam bireyselleşme veya normal sosyal gelişim pahasına, bir veya daha fazla önemli kişiyle (genellikle ebeveynlerle) aşırı duygusal katılım ve yakınlığı içerir. Sıklıkla, birbirine bağlı bireylerden en az birinin diğerinin sürekli desteği olmadan hayatta kalamayacağı veya mutlu olamayacağı inancını içerir. Ayrıca, başkalarıyla kaynaşmakta zorluk veya yetersiz bireysel kimlik duygularını da içerebilir. Bu şema genellikle boşluk ve 'bozulma', yönsüz olma ya da aşırı durumlarda kişinin varlığını sorgulama duygusu olarak deneyimlenir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 9. Başarısızlık

Bu şema, kişinin başarı alanlarında (okul, kariyer, spor vb.) başarısız olduğu, kaçınılmaz olarak başarısız olacağı veya akranlarına göre temelde yetersiz olduğu inancını içerir. Genellikle kişinin aptal, beceriksiz, yeteneksiz, cahil, statüsünün daha düşük olduğu, diğerlerinden daha az başarılı olduğu vb. inançları içerir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

#### 1.2.3.3. Zedelenmiş Sınırlar

Üçüncü alan, içsel sınırlardaki eksiklikler, başkalarına karşı sorumluluk veya uzun vadeli hedef yönelimi ile ilgili şemaları içerir. Bu alandaki şemalar genellikle başkalarının haklarına saygı göstermede, onlarla işbirliği yapmada, taahhütlerde bulunmada veya gerçekçi kişisel hedefler belirlemede ve bunlara ulaşmada zorluklara yol açar. Bu şemalar genellikle erken aile ortamının izin verilebilirlik, aşırı müsamaha, yönlendirme eksikliği veya üstünlük duygusu ile karakterize edildiğinde ortaya çıkar. Çoğu zaman, bu tür aileler uygun yüzleşme, disiplin veya sınırlamalardan yoksundur ve sorumluluk alma, karşılıklı bir şekilde işbirliği yapma veya hedef belirleme gibi davranışlara model olmazlar. Bazı durumlarda, çocuğun normal düzeydeki rahatsızlığa tahammül etmesi beklenmeyebilir veya yeterli gözetim, yönlendirme veya

rehberlik verilmemiş olabilir.(Rafaeli, Bernstein & Young; 2011) etki alanına iki şema bağlıdır:

### 10. Hak Görme

Bu şema, kişinin diğer insanlardan üstün olduğu, özel haklara ve ayrıcalıklara sahip olduğu veya normal sosyal etkileşimi yönlendiren karşılıklılık kurallarına bağlı olmadığı inancını içerir. Şema, çoğu zaman, neyin gerçekçi olduğuna, başkalarının neyi makul bulduğuna veya başkalarının nelere katlanabileceğine bakılmaksızın, kişinin istediğini yapabilmesi veya sahip olabilmesi gerektiği konusunda ısrarı içerir. Bazı durumlarda şema, üstünlüğe abartılı bir şekilde odaklanmayı içerir (örneğin, en başarılı, ünlü, zenginler arasında olmak) - güç veya kontrol elde etmek için (öncelikle dikkat veya onay için değil). Bazen, birkaç yoldan biriyle başkalarına karşı aşırı rekabetçiliği veya tahakküm kurmayı içerir: kendi gücünü iddia etmek, birinin bakış açısını zorlamak veya başkalarının davranışlarını başkaları için empati veya endişe duymadan kendi arzuları doğrultusunda kontrol etmek...(Rafaeli, Bernstein & Young; 2011).

### 11. Yetersiz Özdenetim

Bu şema, kişinin kişisel hedeflerine ulaşması veya kişinin duygu ve dürtülerinin aşırı ifadesini dizginlemesi için yetersiz öz-denetime sahip olmasını ve hayal kırıklığı toleransı göstermede yaygın bir zorluk yaşamasını içerir. Bu bireyler, kişisel tatmin, bağlılık veya bütünlük pahasına; rahatsızlıktan, acıdan, çatışmadan, yüzleşmeden, sorumluluktan kaçınmaya başvururlar. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

#### 1.2.3.4. Başkaları Odaklılık

Dördüncü alan, öz-yönelim için temel evrensel ihtiyacın yerine getirilmesindeki eksikliklerle ilgili şemaları içerir. Bu tür eksiklikler, kişinin kendi ihtiyaçları pahasına başkalarının arzularına, duygularına ve tepkilerine aşırı derecede odaklanmasına yol açar. Bu odak, sevgi ve onay kazanma, bir bağlantı veya aidiyet duygusunu sürdürme veya misillemeden kaçınma ihtiyacı tarafından yönlendirilir. Bu şemalar genellikle kişinin kendi duyguları, ihtiyaçları veya istekleriyle ilgili bir bastırma veya farkındalık eksikliğini içerir ve iddiada bulunma veya kendi kaderini tayin etmede zorluklara yol açar. Genellikle çocuklar koşullu olumlu saygı veya koşullu kabul atmosferinde büyüdüklerinde ortaya çıkarlar: çocuğun sevgi, dikkat veya onay kazanmak için benliğin önemli yönlerini bastırması gerekmektedir. Çoğu durumda, ebeveynlerin

duygusal ihtiyaçları ve arzuları veya sosyal kabul ve statüleri, her çocuğun benzersiz ihtiyaçlarından ve duygularından daha fazla değer görmüştür. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011) Bu etki alanına bağlı üç şema:

### 12. Boyun eğme

Bu şema, öfke, misilleme veya terk edilmekten kaçınmak için kişinin kendini buna mecbur hissettiği için kontrolü başkalarına aşırı derecede bırakmasını içerir. Boyun eğdirmenin iki ana biçimi şunlardır:

İhtiyaçlar Üzerine: Kişinin tercihlerinin, kararlarının ve arzularının bastırılması

Duyguların Boyun Eğdirilmesi: Duygusal ifadenin, özellikle öfkenin bastırılması.

Boyun eğme şeması genellikle kişinin kendi arzularının, fikirlerinin ve duygularının başkaları için geçerli veya önemli olmadığı algısını içerir. Şema sıklıkla, kapana kısılmış hissetmeye karşı aşırı duyarlılıkla birlikte aşırı uyum olarak ortaya çıkar. Genellikle, uyumsuz semptomlarla (örneğin, pasif-agresif davranış, kontrolsüz öfke patlamaları, psikosomatik semptomlar, sevginin geri çekilmesi, “harekete geçme” veya madde kötüye kullanımı) kendini gösteren bir öfke birikimine yol açar. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 13. Fedakarlık

Bu şema, kişinin kendi memnuniyeti pahasına, başkalarının ihtiyaçlarını gönüllü olarak karşılamaya aşırı derecede odaklanmasını içerir. Bu şema ile tutarlı olan bazı yaygın davranış motivasyonları, başkalarına acı verebilecek eylemlerden kaçınmak, bencil hissetmekten suçluluk duymaktan kaçınmak veya muhtaç olarak algılanan başkalarıyla bir bağlantı sürdürmektir. Bu şema genellikle başkalarının acılarına karşı aşırı bir duyarlılıktan kaynaklanır ve zaman zaman kişinin kendi ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı hissine ve kişinin bakımını üstlenenlere karşı küskünlüğüne yol açar. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 14. Onay arayıcılık

Bu şema, güvenli ve gerçek bir benlik duygusu geliştirme pahasına diğer insanlardan onay, tanınma veya dikkat kazanmaya veya katılmaya aşırı vurgu içerir. Bu şemaya sahip bireyler için, kişinin saygı duygusu, kendi doğal eğilimlerinden çok,

öncelikle başkalarının tepkilerine bağlıdır. Şema bazen statü, görünüm, sosyal kabul, para veya başarı üzerinde- onay, hayranlık veya beğeni kazanma aracı olarak- aşırı vurgu içerir. Genellikle asılsız veya tatmin edici olmayan büyük yaşam kararlarıyla veya reddedilmeye karşı aşırı duyarlılıkla sonuçlanır. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

#### *1.2.3.5. Aşırı Duyarlılık ve Baskılama*

Beşinci alan, kendiliğindenlik ve oyunculuk için temel evrensel ihtiyacın ihlalleriyle ilgili şemaları içerir. Bu ihlaller, kişinin kendiliğinden duygularını, dürtülerini veya seçimlerini bastırmaya aşırı vurgu yapmasına neden olabilir. Ayrıca, performans ve etik davranışla ilgili katı, içselleştirilmiş kural ve beklentileri karşılamaya sürekli odaklanmaya, genellikle mutluluk, kendini ifade etme, rahatlama, yakın ilişkiler veya sağlık pahasına da sonuçlanabilirler. Bu şemalar genellikle acımasız, talepkar ve bazen cezalandırıcı bir aile ortamından ortaya çıkar. Bu tür ailelerde performans, yükümlülükler, görevler ve kurala bağlı davranışlar genellikle zevk, rahatlama veya oyun oynamanın önüne geçer. Çocuklardan genellikle duygularını saklamaları, hatalardan kaçınmaları ve mükemmellik için çabalamaları beklenir. Genellikle altta yatan bir karamsarlık ve endişe vardır- kişi her zaman uyanık ve dikkatli olmazsa işlerin alt üst olabileceğine dair. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011) Bu etki alanına dört şema bağlıdır:

#### *15. Olumsuzluk/Karamsarlık*

Bu şema, yaşamın olumsuz yönlerine (acı, ölüm, kayıp, hayal kırıklığı, çatışma, suçluluk, küskünlük, çözülmemiş problemler, olası hatalar, ihanet, ters gidebilecek şeyler vb.) odaklanarak olumlu veya iyimser yönleri ihmal etmek anlamına gelmektedir. Genellikle işlerin, finansal veya kişilerarası ilişkilerin geniş bir yelpazesinde işlerin sonunda ciddi şekilde ters gideceğine veya birinin hayatının iyi gidiyor gibi görünen yönlerinin eninde sonunda dağılacağına dair abartılı bir tahmini içerir. Genellikle, finansal çöküşe, kayba, aşağılanmaya veya kötü bir durumda tuzağa düşmeye yol açabilecek hatalar yapmaktan aşırı derecede korkmayı içerir. Potansiyel olumsuz sonuçlar abartıldığından, bu şemaya sahip bireyler sıklıkla kronik endişe, uyanıklık, şikayet veya kararsızlık ile karakterizedir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 16. Duyguları Bastırma

Bu şema, genellikle başkaları tarafından onaylanmamaktan, utanç duygularından veya dürtülerinin kontrolünü kaybetmekten kaçınmak için kendiliğinden eylem, duygu veya iletişimin aşırı derecede engellenmesini içerir. En yaygın engelleme alanları şunları içerir: (a) öfke ve saldırganlığın engellenmesi; (b) olumlu dürtülerin engellenmesi (örneğin, neşe, sevgi, cinsel heyecan, oyun); (c) savunmasızlığı ifade etme veya kişinin duyguları, ihtiyaçları vb. hakkında özgürce iletişim kurma zorluğu; veya (d) duygulara aldırmadan rasyonelliğe aşırı vurgu yapmak. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 17. Yüksek Standartlar

Bu şema, kişinin genellikle eleştiriden kaçınmak için çok yüksek içselleştirilmiş davranış ve performans standartlarını karşılamaya çalışması gerektiğine dair temel inancı içerir. Tipik olarak, baskı veya yavaşlamada zorluk duygularıyla ve kişinin kendisine ve başkalarına karşı aşırı eleştirelilik ile sonuçlanmasıyla sonuçlanır. Her zaman zevk, rahatlama, sağlık, öz saygı, başarı duygusu veya tatmin edici ilişkilerde önemli bozulmaları içerir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

Yüksek standartlar tipik olarak şu şekilde bulunur: (a) mükemmeliyetçilik, ayrıntılara aşırı dikkat veya norma göre kendi performansının ne kadar iyi olduğunu hafife alma; (b) gerçekçi olmayan yüksek ahlaki, etik, kültürel veya dini kurallar dahil olmak üzere yaşamın birçok alanında katı kurallar veya (c) daha fazlasının başarılabilmesi için zaman ve verimlilikle meşgul olmak. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

### 18. Cezalandırılma

Bu şema, insanların (kendisi dahil) hata yaptıkları için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği inancını içerir. Beklentilerini veya standartlarını karşılamayan herhangi bir kişiye karşı öfkeli, hoşgörüsüz, cezalandırıcı ve sabırsız olma eğilimi oluşturur. Şema genellikle, hafifletici koşulları göz önünde bulundurma, insan kusurlarına izin verme veya duygularla empati kurma isteksizliği nedeniyle kendisi veya başkaları tarafından yapılan hataları affetmede zorluk içerir. (Rafaeli, Bernstein & Young; 2011)

#### 1.2.4. Beyin ve Şema Modeli

Son araştırmalar beyinde bir değil birkaç duygusal sistem olduğunu gösteriyor. Tehlikeye tepki verme, yiyecek bulma, seks yapma ve partner bulma, yavrulara bakma, sosyal bağlanma gibi farklı hayatta kalma işlevleriyle farklı duygular söz konusudur ve her birinin kendi beyin ağı tarafından aracılık edildiği görülmektedir.

##### 1.2.4.1. Korku, şartlandırma ve travma ile ilgili beyin sistemleri

Beynin biyolojisi üzerine yapılan araştırmalar, beyinde terk edilme veya istismar gibi travmatik çocukluk olaylarına dayalı şemaların tetiklenebileceği yerleri göstermektedir. Travmatik anıların biyolojisi üzerine yaptığı araştırmanın özetinde LeDoux (1996) şöyle yazar:

“Travmatik bir öğrenme durumu sırasında, bilinçli anılar, hipokampus ve ilgili kortikal alanları içeren bir sistem tarafından düzenlenir ve bilindişi anılar, amigdala tabanlı bir sistem aracılığıyla çalışan korku koşullandırma mekanizmaları tarafından oluşturulur. Bu iki sistem paralel olarak çalışır ve deneyimle ilgili farklı türde bilgileri depolar. Ve ilk travma sırasında mevcut olan uyaranlarla daha sonra karşılaşıldığında, her sistem potansiyel olarak anılarını geri alabilir. Amigdala sistemi söz konusu olduğunda, geri çağırma, tehlikeye hazırlanan bedensel tepkilerin ifadesi ile sonuçlanır ve hipokampal sistem durumunda, bilinçli hatırlamalar meydana gelir. (s. 239)”

Bu nedenle, LeDoux'ya göre, travmatik bir olayın duygusal önemine ilişkin anıları kaydeden, depolayan ve geri getiren beyin mekanizmaları, aynı olayla ilgili bilinçli anıları ve bilişleri işleyen mekanizmalardan farklıdır. Amigdala duygusal hafızayı, hipokampus ve neokorteks ise bilişsel hafızayı depolar. Duygusal tepkiler, beynin daha yüksek işlem sistemlerinin -düşünme, akıl yürütme ve bilinçle ilgili olanlar- katılımı olmadan gerçekleşebilir.

##### 1.2.4.2. Amigdala sisteminin zellikleri

LeDoux'ya göre, amigdala sistemi, onu hipokampal sistemden ve daha yüksek kortekslerden ayıran birtakım niteliklere sahiptir:

- Amigdala sistemi bilinçsizdir. Uyaranların herhangi bir bilinçli kaydı olmaksızın amigdalada duygusal tepkiler oluşturulabilir. Zajonc'un (1984) on yıldan fazla bir süre önce iddia ettiği gibi, duygular bilişler olmadan da var olabilir.

- Amigdala sistemi daha hızlıdır. Bir tehlike sinyali talamus yoluyla hem amigdalaya hem de kortekse gider. Ancak sinyal, amigdalaya kortekse ulaştığından daha hızlı ulaşır. Korteks tehlike sinyalini algıladığı zaman, amigdala tehlikeye tepki vermeye başlamıştır. Zajonc'un (1984) da iddia ettiği gibi, duygular bilişlerden önce var olabilir.

- Amigdala sistemi otomatiktir. Amigdala sistemi bir tehlike değerlendirmesi yaptığında, duygular ve bedensel tepkiler otomatik olarak gerçekleşir. Buna karşılık, bilişsel işlemeye dahil olan sistemler, otomatik tepkilere çok yakından bağlı değildir. Bilişsel işlemin ayırt edici özelliği, yanıt verme esnekliğidir. Bilişimiz olduğunda, seçeneğimiz vardır.

- Amigdala sistemindeki duygusal anılar kalıcı görünüyor. LeDoux şöyle yazıyor: "Amygdala aracılığıyla oluşturulan bilinçdışı korku anıları, silinmez bir şekilde beyne kazınmış gibi görünüyor. Muhtemelen ömür boyu bizimleler" Tehlikeli uyaranları asla unutmamanın hayatta kalma değeri vardır. Bu anılar yok olmaya karşı dirençlidir. Stres altında, sönmüş gibi görünen korkular bile sıklıkla kendiliğinden tekrarlar. Yok olma, koşullu korku tepkilerinin ifadesini engeller, ancak tepkilerin altında yatan anıları silmez. "Yok olma . . . amigdala hafızasının silinmesi yerine amigdalanın çıktısı üzerindeki kortikal kontrolü içerir". (Dolayısıyla şemaların muhtemelen tamamen iyileştirilemeyeceğini söylüyoruz.)

- Amigdala sistemi ince ayrımlar yapmaz. Amigdala sistemi, travmatik uyaranlara koşullu korku tepkileri uyandırmaya eğilimlidir. Amigdalada duygusal bir anı depolandığında, daha sonra travma sırasında mevcut olanlara çok az benzeyen uyaranlara maruz kalmak korku tepkisini açığa çıkaracaktır. Amigdala sistemi dış dünyanın kaba bir görüntüsünü sağlarken korteks daha ayrıntılı ve doğru temsiller sağlar. Bilişsel değerlendirmelere dayalı tepkileri bastırmaktan sorumlu olan kortektir. Amigdala tepkileri uyandırır ve bunun önüne geçilmesi muhtemel değildir.

- Amigdala sistemi evrimsel olarak yüksek kortekslerden önce gelir. Bir kişi bir tehditle karşılaştığında, amigdala çağlar boyunca çok az değişen ve hayvanlar aleminde ve hatta belki de daha düşük türlerde paylaşılan bir korku tepkisi ateşler. Hipokampus aynı zamanda beynin evrimsel olarak daha eski bölümünün bir parçasıdır ancak daha sonra gelişen daha yüksek korteksleri içeren neokorteks ile bağlantılıdır.

### 1.2.5. Şema Modeli İçin Çıkarımlar

2003 yılında Young, Klosko ve Weishaar şema teorisi için bu araştırmanın bazı olası sonuçlarını ele almışlardır: “Daha önce de belirtildiği gibi, Erken Uyumsuz Şemayı terk etme, istismar, ihmal veya reddetme gibi bir çocukluk teması etrafında dönen bir dizi hatıra, duygu, bedensel duyum ve biliş olarak tanımlıyoruz. Bir şemanın beyin biyolojisini şu şekilde kavramsallaştırabiliriz: Amigdala sisteminde depolanan duygular ve bedensel duyumlar, daha önce sıralanan tüm nitelikleri taşır. Birey şemanın gelişmesine yol açan çocukluk olaylarını anımsatan uyaranlarla karşılaştığında, olaya ilişkin duygu ve bedensel duyumlar amigdala sistemi tarafından bilinçsizce harekete geçirilir; ya da birey bunların bilincindeyse, duygular ve bedensel duyumlar bilişlerden daha hızlı harekete geçer. Duyguların ve bedensel duyumların bu aktivasyonu otomatiktir ve aktivasyon derecesi şema iyileşmesi ile azalabilse de bireyin yaşamının kalıcı bir özelliği olması muhtemeldir. Buna karşılık, travmayla ilişkili bilinçli anılar ve bilişler hipokampal sistemde ve daha yüksek kortekslerde depolanır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2.1. Veri Toplama Tekniği:

Yargısal veriler, gönüllü katılımcılardan elde edilmiştir. Örneklem 25-50 yaş arasından seçilmiştir. Formlar, Türkiye genelindeki çeşitli WhatsApp gruplarında ve kullanıcı sayısı yüksek forumlarda, Google Forms linki ile paylaşılmıştır.

Araştırmada tarama modellerinden biri olan “İlişkisel Tarama Modeli” kullanılmıştır. Tarama modeli geçmişte ya da mevcut süreçte var olan bir problemin mevcut durumu baz alınarak betimlendiği bir araştırma modelidir. Tarama modellerini karakterize eden özelliklerden biri mevcut durumu olduğu gibi betimlemek olmaktadır. Tarama modellerinden biri olan ilişkisel tarama modelinde ise iki ya da ikiden daha fazla değişken arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır (Karasar, 2020).

Bu bağlamda araştırmada demografik bilgi formundaki noktalar ile çocukluk çağı travma türlerinin ve erişkinlikteki uyumsuz şemaların arasındaki korelasyon incelenmiştir. Aralarındaki ilişki SPSS programı üzerinde yapılan analizlerle ortaya konulmuştur.

Araştırmanın verileri,” Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Young Şema Ölçeği Kısa Form” ile toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu’nda aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Medeni Durum (Bekar, Evli, Boşanmış, Dul)
4. Eğitim Durumu

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; Şar, Öztürk ve İki kardeş Tarafından 2012 yılında Türk popülasyonuna adapte edilmiştir. Ölçeğin orijinali Bernstein, Fink, Handelsman ve Foote tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek, kötüye kullanımın boyutlarını ölçmektedir: fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar.

Young Şema Ölçeği: Young ve Brown tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Soygut, Karaosmanoğlu ve Çakır tarafından 2009 yılında Türkçe uyarlaması hazırlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Young'ın Şema Ölçeği, işlevsel olmayan şemaları izleyen boyutlarda sınıflandırmaktadır: Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, Onay Arayıcılık, İç içe Geçme/Bağımlılık, Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim, Kendini Feda, Terk Edilme, Cezalandırılma, Kusurluluk, Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, Yüksek Standartlar.

## **2.2. Verilerin Toplanması**

Türkiye'de bulunan katılımcılarla elektronik ortamda Google Forms linki paylaşılmış, bunlardan 204 tane geri dönmüştür. Araştırmada, 25 yaşın altında kalan ve 50 yaşın üzerinde olan kişilerin cevapları analize dahil edilmemiştir. Geri kalan formlar 180 kişiden oluşmaktadır. Soruların tümü cevaplanmadan "gönder" butonu aktive olmamıştır, bu şekilde tüm soruların yanıtlanması sağlanmıştır.

## **2.3. Verilerin Analizi**

Demografik form ve ölçekler, örnekleme giren 25-50 yaş aralığındaki bireyler tarafından uygulanmıştır. 25-50 yaş aralığındaki bireylerin çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki şemalarıyla ilişkisini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 25. 0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı üzerinde veri tabanı oluşturularak analiz edilmiştir.

## **2.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları:**

Bu araştırmanın 3 varsayımı bulunmaktadır:

- Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- Kullanılan form ve ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.
- Gönüllü katılımcıların sorulara dürüst ve objektif yanıt verdikleri varsayılmıştır.

Bu çalışmada aşağıdaki sınırlılıklar bulunmaktadır:

- Veri: Bu çalışma, iletişim teknolojilerini aktif olarak kullanılan katılımcılarla sınırlıdır çünkü veri toplama işlemi internet üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ayrıca,

örneklem 25-50 yaş arası erişkin bireylerle; Türkiye’de yaşayan ve bu dili konuşan kişilerle sınırlıdır. Katılımcı sayısı ortalama 180 olarak belirlenmiştir.

- Kaynak: Bu araştırma, demografi formu ve ölçeklerin sorularıyla sınırlıdır.
- Zaman: Tez aşamasında veri toplama süresi 2 haftayla sınırlandırılmıştır.
- Güvenilirlik: Bu araştırma, verilen yanıtların güvenilirliğiyle ve objektifliğiyle sınırlıdır.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 3.1. Araştırmanın Bulguları

Çalışmada toplanan veriler IBM SPSS 25 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanlar ile kategorik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu) arasındaki ilişkiler için Bağımsız Örneklem T Testi ve ANOVA Testi uygulanmıştır. Ölçekler arası alt boyutlarla ilgili ilişkilerin belirlenmesinde korelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturulmuştur.

**Tablo 1.** Demografik Özellikler

		N	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	99	55
	Erkek	81	45
<b>Yaş</b>	25-30 yaş	126	70
	31-35 yaş	32	17,8
	36-40 yaş	15	8,3
	41-45 yaş	4	2,2
	46-50 yaş	3	1,7
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	135	75
	Evli	45	25
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	27	15
	Ön Lisans	10	5,6
	Üniversite (Lisans)	109	60,6
	Yüksek Lisans	30	16,7
	Doktora ve Sonrası	4	2,2
	Toplam	180	100

Araştırmaya toplam 180 kişi katılmıştır. Katılımcıların %55'i (99) kadın, %45'i (81) erkektir. 25-30 yaş grubunda %70 katılımcı, 31-35 yaş grubunda %17,8 katılımcı, 36-40 yaş grubunda %8,3 katılımcı, 41-45 yaş grubunda %2,2 katılımcı bulunurken

46-50 yaş grubunda %1,7 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların %75'inin medeni durumu bekar iken %25'inin evlidir. Eğitim durumu %60,6'sının üniversite (lisans), %16,7'sinin yüksek lisans, %15'inin lise, %5,6'sının ön lisans iken %2,2'sinin doktora ve sonrasıdır.

**Tablo 2. Cinsiyete Göre Yaş Eğitim ve Medeni Durum Dağılımı**

		Cinsiyetiniz		Toplam
		Kadın	Erkek	
Yaş	25-30 yaş	60	66	126
	31-35 yaş	23	9	32
	36-40 yaş	13	2	15
	41-45 yaş	0	4	4
	46-50 yaş	3	0	3
Eğitim Durumu	Lise	12	15	27
	Ön Lisans	4	6	10
	Üniversite (Lisans)	63	46	109
	Yüksek Lisans	16	14	30
	Doktora ve Sonrası	4	0	4
Medeni Durum	Bekar	62	73	135
	Evli	37	8	45
<b>Toplam</b>		99	81	180

Yaşa göre cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum dağılımı için karşılaştırmalı tablolar analizi yapılmıştır. Tablo 2'nin sonuçlarına göre; Katılımcıların çoğunluğu 25-30 yaş grubu arasındadır. Bu grubun 60'ı kadın 66'sı erkeklerden oluşmaktadır. 31 - 35 yaş grubunun 23'ü kadın, 9'u erkek katılımcıdır. 36-40 yaş grubunun 13'ü kadın, 2'si erkek katılımcıdan oluşmaktadır. 41-45 yaş grubunda 4 erkek katılımcı vardır. 46-50 yaş grubunda ise 3 kadın katılımcı vardır. Eğitim durumu çoğunluğunun üniversite (lisans)'dır. Bu grupta 63 kadın, 46 erkek katılımcı vardır. Yüksek lisans yapanların 16'sı kadın 14'ü erkek katılımcıdır. Lise mezunlarının 12'si kadın 15'i erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Ön lisans mezunu 4 kadın ve 6 erkek katılımcı vardır. Doktora ve sonrası eğitim durumuna sahip 4 katılımcı kadındır. Katılımcıların

çoğunun medeni durumu bekar olduğu görülmektedir. Bekar katılımcıların 62'si kadın 73'ü erkektir. Evli katılımcıların 37'si kadın iken 8'i erkek katılımcıdır.

**Tablo 3.** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği İstatistikleri

Ölçek Boyutları	Alt	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum	Toplam Puan
Duygusal İstismar		9,0833	4,11004	5	22	1635
Fiziksel İstismar		6,5778	2,6886	5	17	1184
Cinsel İstismar		6,6389	3,21443	5	18	1195
Duygusal İhmal		12,3056	4,8682	5	23	2215
Fiziksel İhmal		7,5389	2,98668	5	19	1357
İnkâr		0,4222	0,7471	0	2	76

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutları ile hesaplanmıştır. Toplam 5 alt boyut (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) ve inkar boyutuyla kötü muameleyi reddetmek ya da en aza indirme olasılığını dikkate almak için hesaplanmıştır. Tablo 3 sonuçlarına göre duygusal ihmalin en fazla ağırlıkta olan alt boyut olduğu sonucuna varılmıştır. Duygusal ihmal alt boyutunda katılımcıların ortalama puanı 12,3056 (SS=4,86820) iken minimum 5 ile maksimum 23 puan aralığındadır. Toplam puan ise 2215'dir. Duygusal istismar en çok puan alan ikinci alt boyut olmuştur. Toplam 1635 puan alına bu boyutta katılımcıların her biri ortalama 9,0833 (SS=4,1104) puan ve minimum 5 maksimum 22 puan almış olduğu görülmüştür. Fiziksel ihmal alt boyutunda toplam 1357 puan alınmıştır. Katılımcıların her biri ortalama 7,5389 (SS=2,98668) puan ve minimum 5 maksimum 19 puan aldığı tespit edilmiştir. Cinsel istismar alt boyut toplamında 1195 puan alınırken katılımcıların ortalama puanı 6,6389(SS=3,21443) ve minimum 5 maksimum 18 puan alınmıştır. Fiziksel istismar en az puan toplamına(1184) sahip alt boyuttur. Her bir birey ortalama 6,5778 (SS=2,68860) puan alırken minimum 5 ile maksimum 17 puan aralığında gerçekleşmiştir. İnkâr puanı toplamı 76'dır. Bu değer 5 alt boyutun toplamını 76 puan düşürmektedir.

Cinsiyet ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği arasında anlamlı farkı analiz edebilmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

**Tablo 4.** Cinsiyet ile ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi

Alt Boyutlar		N	Ortalama	Std. Sapma	P
Duygusal istismar	Kadın	99	8,6768	3,63607	0,143
	Erkek	81	9,5802	4,59854	
Fiziksel istismar	Kadın	99	7,2346	3,17124	0,003
	Erkek	81	6,0404	2,0854	
Cinsel istismar	Kadın	99	6,2727	2,48185	0,091
	Erkek	81	7,0864	3,89935	
Duygusal ihmal	Kadın	99	12,1313	4,2562	0,597
	Erkek	81	12,5185	5,54552	
Fiziksel ihmal	Kadın	99	7,0404	2,54718	0,013
	Erkek	81	8,1481	3,36568	
İnkâr	Kadın	99	0,4343	0,78457	0,811
	Erkek	81	0,4074	0,70317	

Cinsiyet ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarından fiziksel istismar ( $p=0,003$ ) ve fiziksel ihmal ( $p=0,013$ ) ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla kadın katılımcıların fiziksel istismara maruz kalma durumu erkek katılımcılardan daha fazladır. Ayrıca fiziksel ihmal erkek katılımcılarda daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Duygusal istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal travma puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5.** Medeni Durum ile ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi

Alt Boyutları		N	Mean	Std. Sapma	P
Duygusal istismar	Bekar	135	8,837	3,9497	0,164
	Evli	45	9,8222	4,52412	
Fiziksel istismar	Bekar	135	6,4222	2,71389	0,18
	Evli	45	7,0444	2,58453	
Cinsel istismar	Bekar	135	6,563	3,41115	0,585
	Evli	45	6,8667	2,55485	
Duygusal ihmal	Bekar	135	11,9926	5,10413	0,136
	Evli	45	13,2444	3,98381	
Fiziksel ihmal	Bekar	135	7,5852	3,13951	0,72
	Evli	45	7,4	2,49909	
İnkâr	Bekar	135	0,3704	0,68829	0,107
	Evli	45	0,5778	0,8916	

Medeni durum ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Tablo 5'teki analiz sonuçlarına göre medeni duruma göre çocukluk çağı travmaları arasında bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.** Yaş ile ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi

		Karalar Toplamı	df	Ortalama Kare	F	P
<b>Duygusal istismar</b>	Gruplar arasında	136,008	4	34,002	2,061	0,088
	Gruplar içi	2887,742	175	16,501		
	Toplam	3023,75	179			
<b>Fiziksel istismar</b>	Gruplar arasında	4,635	4	1,159	0,157	0,959
	Gruplar içi	1289,277	175	7,367		
	Toplam	1293,911	179			
<b>Cinsel istismar</b>	Gruplar arasında	33,753	4	8,438	0,813	0,518
	Gruplar içi	1815,775	175	10,376		
	Toplam	1849,528	179			
<b>Duygusal ihmal</b>	Gruplar arasında	104,146	4	26,036	1,101	0,358
	Gruplar içi	4138,049	175	23,646		
	Toplam	4242,194	179			
<b>Fiziksel ihmal</b>	Gruplar arasında	52,086	4	13,021	1,475	0,212
	Gruplar içi	1544,642	175	8,827		
	Toplam	1596,728	179			
<b>İnkar</b>	Gruplar arasında	1,8	4	0,45	0,803	0,525
	Gruplar içi	98,111	175	0,561		
	Toplam	99,911	179			

Yaş grubu ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ANOVA analizi ile incelenmiştir. Tablo 6'daki analiz sonuçlarına göre yaş grubuna göre çocukluk çağı travmaları arasında bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).



**Tablo 7.** Eğitim Durumu İle ÇÇT Ölçeği Arasındaki İlişkinin Analizi

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	P
<b>Duygusal istismar</b>	Gruplar arasında	401,472	4	100,368	6,698	0
	Gruplar içi	2622,278	175	14,984		
	Toplam	3023,75	179			
<b>Fiziksel istismar</b>	Gruplar arasında	277,842	4	69,46	11,963	0
	Gruplar içi	1016,069	175	5,806		
	Toplam	1293,911	179			
<b>Cinsel istismar</b>	Gruplar arasında	210,312	4	52,578	5,613	0
	Gruplar içi	1639,216	175	9,367		
	Toplam	1849,528	179			
<b>Duygusal ihmal</b>	Gruplar arasında	488,592	4	122,148	5,695	0
	Gruplar içi	3753,603	175	21,449		
	Toplam	4242,194	179			
<b>Fiziksel ihmal</b>	Gruplar arasında	91,551	4	22,888	2,661	0,034
	Gruplar içi	1505,176	175	8,601		
	Toplam	1596,728	179			
<b>İnkar</b>	Gruplar arasında	3,463	4	0,866	1,571	0,184
	Gruplar içi	96,448	175	0,551		
	Toplam	99,911	179			

Eğitim durumu ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ANOVA analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p>0,05$ ). Yani eğitim durumuna göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar değişmektedir. Başka bir ifadeyle eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmaları farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar hangi gruplar arasında olduğu Tukey testi sonuçlarında yer almaktadır:

**Tablo 8.** Tukey Testi Sonuçları

			<b>Ortalama Fark (I-J)</b>	<b>Std. Hata</b>	<b>P</b>
<b>Duygusal istismar</b>	Lise	Ön Lisans	4,55556*	1,43298	0,015
		Üniversite (Lisans)	3,86748*	0,83214	0
		Yüksek Lisans	4,68889*	1,02687	0
<b>Fiziksel istismar</b>	Lise	Üniversite (Lisans)	3,23174*	0,51798	0
		Yüksek Lisans	3,49259*	0,6392	0
		Doktora ve Sonrası	3,75926*	1,29096	0,033
		Doktora ve Sonrası	3,75926*	1,29096	0,033
	Ön Lisans	Yüksek Lisans	2,43333*	0,87986	0,049
	Üniversite (Lisans)	Lise	-3,23174*	0,51798	0
	Yüksek Lisans	Lise	-3,49259*	0,6392	0
		Ön Lisans	-2,43333*	0,87986	0,049
	Doktora ve Sonrası	Lise	-3,75926*	1,29096	0,033
	<b>Cinsel istismar</b>	Lise	Ön Lisans	-5,07407*	1,13297
Ön Lisans		Lise	5,07407*	1,13297	0
		Üniversite (Lisans)	4,49541*	1,01125	0
		Yüksek Lisans	4,56667*	1,11755	0,001
		Doktora ve Sonrası	5,25000*	1,81064	0,034
Üniversite (Lisans)		Ön Lisans	-4,49541*	1,01125	0
Yüksek Lisans		Ön Lisans	-4,56667*	1,11755	0,001
Doktora ve Sonrası		Ön Lisans	-5,25000*	1,81064	0,034
<b>Duygusal ihmal</b>	Lise	Ön Lisans	6,27407*	1,71445	0,003
		Üniversite (Lisans)	4,34013*	0,99559	0
		Yüksek Lisans	4,14074*	1,22857	0,008
	Ön Lisans	Lise	-6,27407*	1,71445	0,003
	Üniversite (Lisans)	Lise	-4,34013*	0,99559	0
	Yüksek Lisans	Lise	-4,14074*	1,22857	0,008

<b>Fiziksel ihmâl</b>	Lise	Üniversite (Lisans)	1,79952*	0,63045	0,038
	Üniversite (Lisans)	Lise	-1,79952*	0,63045	0,038

Tukey testi sonuçlarına göre 5 alt boyutta da eğitim düzeyi azaldıkça duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmâl ve fiziksel ihmâl artmakta olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 9.** Young Şema Ölçeği İstatistikleri

YSO Alt Boyutları	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum	Toplam Puan
<b>Duygusal Yoksunluk</b>	12,5611	6,50411	5	28	2261
<b>Başarısızlık</b>	15,4778	7,31376	6	33	2786
<b>Karamsarlık</b>	13,2167	6,9252	5	29	2379
<b>Sosyal İzolasyon / Güvensizlik</b>	21,5889	8,25825	7	42	3886
<b>Duyguları Bastırma</b>	12,5667	6,53234	5	30	2262
<b>Onay Arayıcılık</b>	23,1667	7,03026	6	35	4170
<b>İç İçer Geçme / Bağımlılık</b>	19,5889	9,14305	9	41	3526
<b>Ayrıcalık/ Yetersiz Özdenetim</b>	26,8333	7,3138	7	39	4830
<b>Kendini Feda</b>	16,7778	6,65558	5	29	3020
<b>Terk Edilme</b>	11,9333	5,80079	5	25	2148
<b>Cezalandırılma</b>	21,3889	6,81879	6	35	3850
<b>Kusurluluk</b>	12,4611	6,09457	6	31	2243
<b>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</b>	14,9	5,9496	5	27	2682

<b>Yüksek Standartlar</b>	9,6667	4,0966	3	18	1740
---------------------------	--------	--------	---	----	------

Young Şema Ölçeği'nde en yüksek alınan puan alt boyutu ayrıcalık/yetersiz öz denetim şemasıdır ve alınan puan toplamı 4830'dur. Sırasıyla; onay arayıcılık (tp=4170), Sosyal izolasyon/ güvensizlik (tp=3886), cezalandırılma (tp=3850), iç içe geçme/ bağımlılık (tp=3526), kendini feda (tp=3020), başarısızlık (tp=2786), tehditler karşısında dayanıksızlık (tp=2682), karamsarlık (tp=2379), duyguları bastırma (tp=2262), duygusal yoksunluk (tp=2261), kusurluluk (tp=2243), terk edilme (tp=2148), yüksek standartlar (tp=1740)'dır. Ölçeğin alt boyutlarında maksimum puan sosyal izolasyon/güvensizlik şemasında (mp=42) alınmıştır. En düşük maksimum puan ise yüksek standartlar (mp=18) şemasında alındığı sonucuna varılmıştır.

**Tablo 10.** Cinsiyet İle YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

		N	Ortalama	Std. Sapma	P
<b>Duygusal Yoksunluk</b>	Kadın	99	10,7475	4,67373	0
	Erkek	81	14,7778	7,67138	
<b>Başarısızlık</b>	Kadın	99	14,3838	7,23753	0,026
	Erkek	81	16,8148	7,22688	
<b>Karamsarlık</b>	Kadın	99	11,9495	5,39534	0,006
	Erkek	81	14,7654	8,1995	
<b>Sosyal İzolasyon / Güvensizlik</b>	Kadın	99	20,2121	7,11462	0,013
	Erkek	81	23,2716	9,23988	
<b>Duyguları Bastırma</b>	Kadın	99	10,6061	4,86935	0
	Erkek	81	14,963	7,47403	
<b>Onay Arayıcılık</b>	Kadın	99	22,2323	6,90139	0,048
	Erkek	81	24,3086	7,05982	
<b>İç İçe Geçme / Bağımlılık</b>	Kadın	99	17,8283	7,22953	0,004
	Erkek	81	21,7407	10,70021	
<b>Ayrıcalık/ Yetersiz Özdenetim</b>	Kadın	99	25,2626	8,03257	0,001
	Erkek	81	28,7531	5,81922	
<b>Kendini Feda</b>	Kadın	99	17,3131	5,57993	0,234
	Erkek	81	16,1235	7,75787	
<b>Terk Edilme</b>	Kadın	99	11,0404	4,76364	0,022
	Erkek	81	13,0247	6,73048	

<b>Cezalandırılma</b>	Kadın	99	19,0606	6,06398	0
	Erkek	81	24,2346	6,63941	
<b>Kusurluluk</b>	Kadın	99	11,0909	4,44488	0,001
	Erkek	81	14,1358	7,33102	
<b>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</b>	Kadın	99	13,5354	5,62667	0,001
	Erkek	81	16,5679	5,94125	
<b>Yüksek Standartlar</b>	Kadın	99	9,0202	3,78768	0,019
	Erkek	81	10,4568	4,33892	

Young Şema Ölçeği alt boyutlarının cinsiyete göre farklılık olduğunu analiz edebilmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre toplama 14 alt boyuttan oluşan şemalardan sadece kendini feda etme şemasının cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Duygusal yoksunluk ( $p=0,00$ ), başarısızlık( $p=0,026$ ), karamsarlık( $p=0,06$ ), sosyal izolasyon/güvensizlik( $p=0,013$ ), duyguları bastırma( $p=0,000$ ), onay arayıcılık( $p=0,048$ ), iç içe geçme/bağımlılık( $p=0,004$ ), ayrıcalık/yetersiz öz denetim( $p=0,001$ ), terk edilme( $p=0,022$ ), cezalandırılma( $p=0,000$ ), kusurluluk( $p=0,001$ ), tehditler karşısında dayanıksızlık( $p=0,001$ ) ve yüksek standartlar( $p=0,019$ ) ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme/bağımlılık, ayrıcalık/yetersiz öz denetim, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar erkek katılımcılarda daha yüksek görülmektedir.

**Tablo 11.** Medeni Durum İle YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Alt Boyutlar		N	Mean	Std. Sapma	P
<b>Duygusal Yoksunluk</b>	Bekar	135	12,6296	7,03906	0,807
	Evli	45	12,3556	4,5982	
<b>Başarısızlık</b>	Bekar	135	16,4074	7,59054	0,003
	Evli	45	12,6889	5,61581	
<b>Karamsarlık</b>	Bekar	135	13,6148	7,00105	0,182
	Evli	45	12,0222	6,62464	

<b>Sosyal İzolasyon / Güvensizlik</b>	Bekar	135	22,4444	7,92282	0,016
	Evli	45	19,0222	8,79175	
<b>Duyguları Bastırma</b>	Bekar	135	13,1185	6,97656	0,049
	Evli	45	10,9111	4,65062	
<b>Onay Arayıcılık</b>	Bekar	135	24,1926	6,23722	0,001
	Evli	45	20,0889	8,34708	
<b>İç İçe Geçme / Bağımlılık</b>	Bekar	135	20,1481	9,79226	0,156
	Evli	45	17,9111	6,64975	
<b>Ayrıcalık/ Yetersiz Özdenetim</b>	Bekar	135	29,0815	5,93629	0
	Evli	45	20,0889	6,94728	
<b>Kendini Feda</b>	Bekar	135	16,6741	6,57883	0,718
	Evli	45	17,0889	6,94728	
<b>Terk Edilme</b>	Bekar	135	12,0963	5,96491	0,515
	Evli	45	11,4444	5,31103	
<b>Cezalandırılma</b>	Bekar	135	22,8593	6,32947	0
	Evli	45	16,9778	6,37284	
<b>Kusurluluk</b>	Bekar	135	12,7407	6,50484	0,288
	Evli	45	11,6222	4,61366	
<b>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</b>	Bekar	135	15,7481	5,6008	0,001
	Evli	45	12,3556	6,2963	
<b>Yüksek Standartlar</b>	Bekar	135	10,2741	4,0729	0
	Evli	45	7,8444	3,63665	

Young Şema Ölçeği'nin alt boyutlarında medeni duruma göre farklılık olup olmadığını analiz edebilmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Başarısızlık(p=0,003), sosyal izolasyon /güvensizlik(p=0,016), duyguları bastırma(p=0,049), onay arayıcılık(p=0,001), ayrıcalık/yetersiz öz denetim(p=0,000), cezalandırılma(p=0,000), tehditler karşısında dayanıksızlık(p=0,001) ve yüksek standartlar(p=0,000) ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır (p<0,05). Başarısızlık, sosyal izolasyon /güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, ayrıcalık/yetersiz öz denetim, cezalandırılma, tehditler karşısında dayanıksızlık ve

yüksek standartlar medeni durumu bekar katılımcılarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Duygusal yoksunluk, karamsarlık, iç içe geçme/ bağımlılık, kendini feda, terk edilme ve kusurluluk şemaları ile medeni durum arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12. Yaş İle YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi**

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	P
<b>Duygusal Yoksunluk</b>	Gruplar arasında	229,151	4	57,288	1,365	0,248
	Gruplar içi	7343,177	175	41,961		
	Toplam	7572,328	179			
<b>Başarısızlık</b>	Gruplar arasında	425,111	4	106,278	2,033	0,092
	Gruplar içi	9149,8	175	52,285		
	Toplam	9574,911	179			
<b>Karamsarlık</b>	Gruplar arasında	757,707	4	189,427	4,235	0,003
	Gruplar içi	7826,843	175	44,725		
	Toplam	8584,55	179			
<b>Sosyal İzolasyon / Güvensizlik</b>	Gruplar arasında	629,078	4	157,27	2,377	0,054
	Gruplar içi	11578,5	175	66,163		
	Toplam	12207,578	179			
<b>Duyguları Bastırma</b>	Gruplar arasında	241,023	4	60,256	1,426	0,227
	Gruplar içi	7397,177	175	42,27		
	Toplam	7638,2	179			
<b>Onay Arayıcılık</b>	Gruplar arasında	583,689	4	145,922	3,09	0,017
	Gruplar içi	8263,311	175	47,219		
	Toplam	8847	179			
<b>İç İçe Geçme / Bağımlılık</b>	Gruplar arasında	542,986	4	135,747	1,647	0,164
	Gruplar içi	14420,592	175	82,403		
	Toplam	14963,578	179			
<b>Ayrıcalık/ Yetersiz Özdenetim</b>	Gruplar arasında	257,667	4	64,417	1,21	0,308
	Gruplar içi	9317,333	175	53,242		
	Toplam	9575	179			

<b>Kendini Feda</b>	Gruplar arasında	426,654	4	106,663	2,488	0,045
	Gruplar içi	7502,457	175	42,871		
	Toplam	7929,111	179			
<b>Terk Edilme</b>	Gruplar arasında	364,842	4	91,21	2,821	0,027
	Gruplar içi	5658,358	175	32,333		
	Toplam	6023,2	179			
<b>Cezalandırılma</b>	Gruplar arasında	685,503	4	171,376	3,927	0,004
	Gruplar içi	7637,275	175	43,642		
	Toplam	8322,778	179			
<b>Kusurluluk</b>	Gruplar arasında	136,609	4	34,152	0,918	0,455
	Gruplar içi	6512,119	175	37,212		
	Toplam	6648,728	179			
<b>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</b>	Gruplar arasında	158,419	4	39,605	1,122	0,348
	Gruplar içi	6177,781	175	35,302		
	Toplam	6336,2	179			
<b>Yüksek Standartlar</b>	Gruplar arasında	182,294	4	45,573	2,826	0,026
	Gruplar içi	2821,706	175	16,124		
	Toplam	3004	179			

YŞÖ alt boyutlarının yaş grubuna göre farklılık olduğunu analiz edebilmek için ANOVA testi uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre karamsarlık ( $p=0,003$ ), onay arayıcılık ( $p=0,017$ ), terk edilme ( $p=0,027$ ), cezalandırılma ( $p=0,004$ ), yüksek standartlar ( $p=0,026$ ) şemaları ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır. Bu farklılıkların hangi yaş grupları arasında olduğunu tespit edebilmek için Tukey testi uygulanmıştır.



**Tablo 13. Tukey Testi Sonuçları**

			<b>Ortalama Fark (I-J)</b>	<b>Std. Error</b>	<b>P</b>	
<b>Karamsarlık</b>	<b>25-30 yaş</b>	31-35 yaş	4,85218*	1,32386	0,003	
		36-40 yaş	3,53968	1,82664	0,301	
		41-45 yaş	3,53968	3,39649	0,835	
		46-50 yaş	5,20635	3,90682	0,671	
	<b>31-35 yaş</b>	25-30 yaş	-4,85218*	1,32386	0,003	
		36-40 yaş	-1,3125	2,09268	0,971	
		41-45 yaş	-1,3125	3,54667	0,996	
		46-50 yaş	0,35417	4,03806	1	
		31-35 yaş	-0,35417	4,03806	1	
		36-40 yaş	-1,66667	4,22965	0,995	
		41-45 yaş	-1,66667	5,10779	0,998	
	<b>Onay Arayıcılık</b>	<b>25-30 yaş</b>	31-35 yaş	2,59276	1,36027	0,318
			36-40 yaş	0,20317	1,87688	1
			41-45 yaş	10,43651*	3,48991	0,026
46-50 yaş			3,60317	4,01427	0,897	
<b>41-45 yaş</b>		25-30 yaş	-10,43651*	3,48991	0,026	
		31-35 yaş	-7,84375	3,64422	0,203	
		36-40 yaş	-10,23333	3,86687	0,067	
		46-50 yaş	-6,83333	5,24827	0,69	
<b>46-50 yaş</b>		25-30 yaş	-3,60317	4,01427	0,897	
		31-35 yaş	-1,01042	4,14912	0,999	
		36-40 yaş	-3,4	4,34598	0,935	
		41-45 yaş	6,83333	5,24827	0,69	
		36-40 yaş	-4,10833	2,04885	0,268	
		41-45 yaş	5,125	3,47239	0,579	
		46-50 yaş	-4,70833	3,95349	0,757	
		41-45 yaş	9,83333	5,00082	0,287	
<b>Terk Edilme</b>		<b>25-30 yaş</b>	31-35 yaş	0,99355	1,12563	0,903
		<b>36-40 yaş</b>	25-30 yaş	2,84603	1,55312	0,358
	31-35 yaş		3,83958	1,77932	0,201	
	41-45 yaş		8,93333*	3,19983	0,045	
	46-50 yaş		7,6	3,5963	0,219	
	<b>41-45 yaş</b>	25-30 yaş	-6,0873	2,8879	0,221	
		31-35 yaş	-5,09375	3,01559	0,443	
		36-40 yaş	-8,93333*	3,19983	0,045	
46-50 yaş		-1,33333	4,34295	0,998		
<b>Cezalandırılma</b>	<b>25-30 yaş</b>	31-35 yaş	2,64633	1,30773	0,259	
		36-40 yaş	2,43175	1,80438	0,662	

		41-45 yaş	11,36508*	3,35511	0,008
		46-50 yaş	3,03175	3,85922	0,935
	<b>31-35 yaş</b>	25-30 yaş	-2,64633	1,30773	0,259
		36-40 yaş	-0,21458	2,06718	1
		41-45 yaş	8,71875	3,50345	0,098
		46-50 yaş	0,38542	3,98886	1
		25-30 yaş	-2,43175	1,80438	0,662
	<b>36-40 yaş</b>	31-35 yaş	0,21458	2,06718	1
		41-45 yaş	8,93333	3,7175	0,119
		46-50 yaş	0,6	4,17811	1
		25-30 yaş	-11,36508*	3,35511	0,008
	<b>41-45 yaş</b>	31-35 yaş	-8,71875	3,50345	0,098
		36-40 yaş	-8,93333	3,7175	0,119
		46-50 yaş	-8,33333	5,04555	0,467
		25-30 yaş	-3,03175	3,85922	0,935
	<b>46-50 yaş</b>	31-35 yaş	-0,38542	3,98886	1
		36-40 yaş	-0,6	4,17811	1
		41-45 yaş	8,33333	5,04555	0,467
		31-35 yaş	0,9127	0,79489	0,781
	<b>25-30 yaş</b>	36-40 yaş	-1,0873	1,09677	0,859
		41-45 yaş	5,4127	2,03936	0,065
		46-50 yaş	3,24603	2,34577	0,639
		25-30 yaş	-0,9127	0,79489	0,781
	<b>31-35 yaş</b>	36-40 yaş	-2	1,25651	0,505
		41-45 yaş	4,5	2,12953	0,219
		46-50 yaş	2,33333	2,42457	0,872
		25-30 yaş	1,0873	1,09677	0,859
	<b>36-40 yaş</b>	31-35 yaş	2	1,25651	0,505
		41-45 yaş	6,50000*	2,25963	0,036
		46-50 yaş	4,33333	2,53961	0,433
		25-30 yaş	-5,4127	2,03936	0,065
	<b>41-45 yaş</b>	31-35 yaş	-4,5	2,12953	0,219
		36-40 yaş	-6,50000*	2,25963	0,036
		46-50 yaş	-2,16667	3,06687	0,955
		25-30 yaş	-3,24603	2,34577	0,639
	<b>46-50 yaş</b>	31-35 yaş	-2,33333	2,42457	0,872
		36-40 yaş	-4,33333	2,53961	0,433
		41-45 yaş	2,16667	3,06687	0,955

**Yüksek Standartlar**

Karamsarlık şeması 25 -30 yaş grubu ile 31 -35 yaş grubu arasında farklılaşmaktadır. 25-30 yaş grubu 31-35 yaş grubuna göre daha karamsar olduğu sonucuna varılmıştır. Onay arayıcılık şeması 25-30 yaş grubu ile 41-45 yaş grubu arasında farklılaşmaktadır. Dolayısıyla 25-30 yaş grubu 41-45 yaş grubuna göre daha çok onay arayıcılık şeması geliştirmektedir. Terk edilme şeması 36 – 40 yaş grubu ile 41-45 yaş grubu arasında farklılaşmaktadır. Terk edilme şeması 41-45 yaş grubuna göre 36-40 yaş grubunda daha yüksektir. Cezalandırılma 25-30 yaş grubu ile 41-45 yaş grubu arasında farklılaşmaktadır. 25-30 yaş grubundaki bireyler 41-45 yaş grubundaki bireylere göre daha fazla cezalandırılma şeması geliştirmektedir. Yüksek standartlar 36-40 yaş grubu ile 41-45 yaş grubu arasında farklılaşmaktadır. Yüksek standartlar şeması 41-45 yaş grubuna göre 36-40 yaş grubunda daha yüksektir.

**Tablo 14. ÇÇTÖ ile YŞÖ Arasındaki İlişkinin Analizi**

Alt Boyutlar		Duygusal istismar	Fiziksel istismar	Cinsel istismar	Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal
Duygusal Yoksunluk	Pearson Correlation	,506**	,478**	-0,066	,488**	,500**
	P	0	0	0,376	0	0
Başarısızlık	Pearson Correlation	,469**	,382**	-0,014	,539**	,395**
	P	0	0	0,857	0	0
Karamsarlık	Pearson Correlation	,446**	,405**	-0,107	,440**	,229**
	P	0	0	0,152	0	0,002
Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	Pearson Correlation	,429**	,265**	-,155*	,511**	,415**
	P	0	0	0,038	0	0
Duyguları Bastırma	Pearson Correlation	,386**	,352**	-,192**	,400**	,497**
	P	0	0	0,01	0	0
Onay Arayıcılık	Pearson Correlation	,319**	,256**	-0,08	,440**	,226**
	P	0	0,001	0,288	0	0,002
İç İçe Geçme / Bağlılık	Pearson Correlation	,289**	,159*	-0,065	,462**	,299**

	P	0	0,032	0,389	0	0
<b>Ayrıcalık / Yetersiz Özdenetim</b>	Pearson Correlation	,242**	0,085	0,007	,203**	,203**
	P	0,001	0,256	0,926	0,006	0,006
<b>Kendini Feda</b>	Pearson Correlation	,387**	,437**	0,053	,366**	,292**
	P	0	0	0,479	0	0
<b>Terk Edilme</b>	Pearson Correlation	,437**	,341**	-0,008	,486**	,307**
	P	0	0	0,919	0	0
<b>Cezalandırılma</b>	Pearson Correlation	,289**	,293**	-0,127	,358**	,402**
	P	0	0	0,088	0	0
<b>Kusurluluk</b>	Pearson Correlation	,454**	,396**	-0,114	,432**	,406**
	P	0	0	0,127	0	0
<b>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</b>	Pearson Correlation	,367**	,328**	-,166*	,467**	,378**
	P	0	0	0,026	0	0
<b>Yüksek Standartlar</b>	Pearson Correlation	,175*	0,1	-0,136	,241**	,306**
	P	0,019	0,183	0,068	0,001	0
	N	180	180	180	180	180

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile Young'un uyum bozucu şemaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre duygusal istismar (0,506\*\*), fiziksel istismar (0,478\*\*), duygusal ihmal (0,488\*\*) ve fiziksel ihmal (0,500\*\*) ile duygusal yoksunluk arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların duygusal yoksunluk şeması gösterme meyili artmaktadır.

Duygusal istismar (0,446\*\*), fiziksel istismar (0,405\*\*), duygusal ihmal

(0,539\*\*) ve fiziksel ihmal (0,395\*\*) ile başarısızlık arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların başarısızlık şeması göstermektedir.

Duygusal istismar (0,469\*\*), fiziksel istismar (0,382\*\*), duygusal ihmal (0,440\*\*) ve fiziksel ihmal (0,229\*\*) ile karamsarlık arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların karamsarlık şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,429\*\*), fiziksel istismar (0,265\*\*), duygusal ihmal (0,511\*\*) ve fiziksel ihmal (0,415\*\*) ile sosyal izolasyon/güvensizlik arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların sosyal izolasyon /güvensizlik şeması göstermeye meyillidir. Ayrıca cinsel istismar ( $p=-0,155^*$ ) ile sosyal izolasyon/güvensizlik arasında negatif yönlü zayıf ilişki vardır. Cinsel istismar arttıkça sosyal izolasyon azalmaktadır.

Duygusal istismar (0,386\*\*), fiziksel istismar (0,352\*\*), cinsel istismar ( $p=-0,192^*$ ) duygusal ihmal (0,400\*\*) ve fiziksel ihmal (0,407\*\*) ile duyguları bastırma arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların duyguları bastırma şeması göstermeye meyillidir. Ayrıca cinsel istismar( $p=-0,192^*$ ) ile duyguları bastırma arasında negatif yönlü zayıf ilişki vardır. Cinsel istismar arttıkça duyguları bastırma puanı azalmaktadır.

Duygusal istismar (0,319\*\*), fiziksel istismar (0,256\*\*), duygusal ihmal (0,440\*\*) ve fiziksel ihmal (0,226\*\*) ile onay arayıcılık arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların onay arayıcılık şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,289\*\*), duygusal ihmal (0,452\*\*) ve fiziksel ihmal (0,299\*\*) ile iç içe geçme / bağımlılık arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların iç içe geçme bağımlılık şeması göstermeye meyillidir. Ayrıca fiziksel istismar (0,159\*) ile iç içe geçme / bağımlılık arasında pozitif yönlü zayıf ilişki vardır.

Duygusal istismar (0,242\*\*), duygusal ihmal (0,203\*\*) ve fiziksel ihmal (0,203\*\*) ile ayrıcalık / yetersiz özdenetim arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki

vardır. Duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların karamsarlık şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,387\*\*), fiziksel istismar (0,437\*\*), duygusal ihmal (0,366\*\*) ve fiziksel ihmal (0,292\*\*) ile kendini feda arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların kendini feda şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,437\*\*), fiziksel istismar (0,341\*\*), duygusal ihmal (0,486\*\*) ve fiziksel ihmal (0,307\*\*) ile terk edilme arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların terk edilme şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,289\*\*), fiziksel istismar (0,293\*\*), duygusal ihmal (0,358\*\*) ve fiziksel ihmal (0,402\*\*) ile cezalandırılma arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların cezalandırılma şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,454\*\*), fiziksel istismar (0,396\*\*), duygusal ihmal (0,432\*\*) ve fiziksel ihmal (0,406\*\*) ile kusurluluk arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların kusurluluk şeması göstermeye meyillidir.

Duygusal istismar (0,367\*\*), fiziksel istismar (0,328\*\*), duygusal ihmal (0,467\*\*) ve fiziksel ihmal (0,478\*\*) ile tehditler karşısında dayanıksızlık arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların tehditler karşısında dayanıksızlık şeması göstermeye meyillidir. Ayrıca cinsel istismar( $p=-0,167^*$ ) ile tehditler karşısında dayanıksızlık arasında negatif yönlü zayıf ilişki vardır. Cinsel istismar arttıkça tehditler karşısında dayanıksızlık puanı azalmaktadır.

Duygusal istismar (0,175\*) ile yüksek standartlar arasında pozitif yönlü zayıf ilişki vardır. Duygusal istismar arttıkça yüksek standartlar şeması eğilimi artmaktadır. Duygusal ihmal (0,241\*\*) ve fiziksel ihmal (0,306\*\*) ile yüksek standartlar arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların kusurluluk şeması göstermeye eğilimlidir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde, bulguların araştırma gerçekleştirilmeden önce ortaya konan hipotezleri destekleyip desteklemediği incelenecektir. Sonrasında, araştırmanın sınırlılıkları ve gelecek araştırmalar için öneriler sunulacaktır.

#### 4.1. Demografik Değişkenler ve Çocukluk Çağı Travmaları

“25-50 yaş arası bireyler en az bir boyutta çocukluk travması yaşamıştır.” hipotezi araştırmada doğrulanmıştır, bu da toplumun ruh sağlığı hakkında genel bir fikir verebilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre, kadın katılımcılarda fiziksel istismar daha çok ön plana çıkarken; erkek katılımcılarda ise fiziksel ihmal daha görünür durumdadır. Dolayısıyla; “25-50 yaş arasındaki bireylerde en ağırlıklı çocukluk travması duygusal ihmaldir.” hipotezi doğrulanamamıştır, çünkü duygusal ihmal değil fiziksel ihmal ve istismar ön planda gözükmektedir.

Duygusal istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal travma puanları ile cinsiyet arasındaki fark ise istatistiksel açıdan anlamlı görünmemektedir. ( $p>0,05$ ). Medeni duruma göre çocukluk çağı travmaları arasında da bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

“Boşanmış bireylerde değersizlik şeması ön plandadır.” ve “Bekar bireylerde karamsarlık şeması öne çıkmaktadır.” hipotezleri, bu araştırmanın sonucuna göre doğrulanamamıştır. Bu durumdan şu çıkarımı yapabiliriz: Çocukluk çağı travmaları yaşayan bireyler bekar kalabilir, evlenebilir, boşanabilir ve bu onların geçmişten gelen psikolojik travmalarından bağımsız bir yaşantı sürecidir.

Aynı şekilde, analiz sonuçlarına göre yaş grubuna göre çocukluk çağı travmaları arasında da bir farklılık gözlemlenmemiştir. ( $p>0,05$ ). Bu da demek oluyor ki, kuşak farkı gözetmeksizin 25-50 yaş aralığındaki bireyler istismara maruz kalabilir veya ihmale uğrayabilirler.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p>0,05$ ). Demek oluyor ki, eğitim durumuna göre çocukluk çağı travmaları farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyi azaldıkça duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal artmakta olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Literatür taramasında

belirtildiği üzere, çocukluk çağı travmalarında aile büyük bir etkidir. Eğitim seviyesinin azaldıkça ihmal ve istismarın artması, ailenin genel sosyokültürel düzeyiyle; yani çocuk yetiştirmedeki bilinçlilik düzeyiyle ilgili olabilir. Bu konuda daha fazla araştırma yapılması, demografik verilerin daha detaylı işlenmesine ve Türk toplumunun aile yapısının psikolojik boyutlarının çözümlenmesine fayda sağlayacaktır.

#### 4.2. Young Şema Ölçeğinin Sonuçlarının Tartışılması

Young Şema Ölçeği'nde en yüksek toplam puanları yüksekten düşüğe aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

1. ayrıcalık/ yetersiz öz denetim
2. onay arayıcılık
3. sosyal izolasyon/ güvensizlik
4. cezalandırılma
5. iç içe geçme/ bağımlılık
6. kendini feda
7. başarısızlık
8. tehditler karşısında dayanıksızlık
9. karamsarlık
10. duyguları bastırma
11. duygusal yoksunluk
12. kusurluluk
13. terk edilme
14. yüksek standartlar

Toplam 14 alt boyuttan oluşan şemalardan sadece kendini feda etme şemasının cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon /güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme / bağımlılık, ayrıcalık/yetersiz öz denetim, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar erkek katılımcılarda daha yüksek görülmektedir. Bu ilginç bir bulgudur, çünkü genel kaniya



göre toplumda duygularını yansıtma baskılanan erkeklerdir; ancak şemaları ön plana çıkmaktadır.

“25-50 yaş arasındaki bireylerde, duyguları bastırma şeması ön plandadır.” hipotezi doğrulanmamıştır, çünkü ön planda olan yetersiz öz denetim şeması olarak görülmektedir.

#### **4.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Uyum Bozucu Şemaların İlişkisi**

Duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arttıkça katılımcıların duygusal yoksunluk şeması gösterme meyili artmaktadır. “Çocukluğunda duygusal istismara uğramış bireylerde, duygusal yoksunluk şeması ön plana çıkmaktadır.” Hipotezi bu şekilde (0,506\*\*) korelasyon puanıyla doğrulanmıştır.

“Çocukluğunda fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan istismara uğramış bireylerde en belirgin şema güvensizliktir.” hipotezi doğrulanmamıştır, çünkü istatistiklere göre istismara değil, ihmale uğrayan bireylerde güvensizlik şeması daha belirgin çıkmıştır. Negatif yönlü zayıf bir ilişkiye göre ise, cinsel istismar arttıkça sosyal izolasyon şeması azalmaktadır.

“Çocukluğunda duygusal ihmale uğramış yetişkinler “onay arayıcılık” şemasını geliştirmeye meyillidir.” Hipotezi doğrulanmış olsa da aynı şemayı fiziksel ihmal ve istismar ile duygusal istismara uğrayan bireylerin de geliştirdiği görülmüştür.

“Çocukluğunda fiziksel istismara uğramış bireyler, ağırlıklı olarak cezalandırılma şeması geliştirmektedir.” hipotezi tam olarak doğrulanmamıştır, çünkü kendini feda ile duygusal yoksunluk şemaları bu bireylerde daha ön plana çıkmaktadır.

“Çocukluğunda cinsel istismara uğramış bireyler, yetersiz bir öz-denetim geliştirirler.” Hipotezi doğrulanmamıştır ( $p>0,05$ ) dolayısıyla cinsel istismara uğramakla ayrıcalık/öz-denetim şeması arasında bir bağlantı bulunmamıştır.

#### **4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Gelecekteki Çalışmalar İçin Öneriler**

Araştırmaya yalnızca 25-50 yaş arasındaki bireylerin dahil edilmesi, araştırmanın sınırlılıklarından biridir. 60lı ve 70li yaşlar da araştırmaya dahil ederek daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilir. Örneklemenin evreni temsil etmesi için, 180 kişiden çok daha fazla kişi araştırmaya katılabilir.

Ayrıca, demografik form ve ölçek yanıtları online ortamda toplanmıştır. Bu da tez sonuçlarında bir kısıtlanmaya yol açabilir. Çünkü interneti, iletişim araçlarını ve telefon/bilgisayar gibi teknolojik aletleri aktif ve doğru şekilde kullanabilen bireyler bu araştırmaya katılmıştır. Bu da toplumun bir kesiminin tez çalışmasında yer almadığını gösterir.

Ek olarak, araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlı olduğundan dolayı; örneklemin travma çalışmalarına ilgi duyan ve öz-farkındalık kazanmak isteyen kişilerden oluştuğu gibi bir çıkarımda bulunmak makul olur. Bu da dolaylı yollardan araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir; hiç travma yaşamamış veya travmalarını göz ardı etmek isteyen kişiler ölçekleri yanıtlamayı reddetmiş olabilirler.

Son olarak, bu araştırmadaki katılımcıların çoğu üniversite mezunu olduklarını beyan etmiştir. Bu da eğitim düzeyi açısından çalışmanın kapsayıcılığını azaltan bir durum olarak göz önüne alınabilir.

Bütün bu sınırlılıklar göz önüne alındığında, gelecekteki çalışmalar için aşağıdaki önerilerde bulunabilirim:

- Milyonlarca kişiden oluşan bir nüfusta örneklem genişletilmelidir.
- Ölçekleri cevaplamak istemeyen kişilerden kısa bir açıklama rica edilebilir, bu da araştırma dışı popülasyonun neden psikolojik araştırmalara katılmadığı yönünde bir fikir vererek yol gösterici olabilir.
- Demografik kırılımlar meslek, aile yapısı, sosyoekonomik durum, kent-köy yaşantısı gibi alt kategorilerde de incelenebilir ve toplum yapısı hakkında daha net sonuçlara ulaşılabilir.
- Eğitim düzeyi nispeten düşük kişilere de ulaşılarak, bu kesime ölçekleri doldurma konusunda destek ve açıklama sağlanabilir; onların cevapları da literatüre katkı sağlayacaktır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bulgular bölümündeki araştırma sonuçlarına istinaden; 25-50 yaş arasındaki bireylerde çocukluk çağı travma yaşantıları yaygındır. Ek olarak, bu bireyler yetişkinliklerinde de uyum bozucu şemalardan düşünce bazında etkilenmektedirler. Mizacın ve yaşantıların etkileşimine bağlı olarak; kimi bireyler onay arayıcılık veya yetersizlik şeması geliştirirken, kimi bireyler kendilerini ayrıcalıklı hissedebilir ve toplumsal hayattaki karşılıklılık ilkesini yok sayabilirler.

Buradaki önemli nokta; toplumun ruhsal sağlığı açısından bu noktalara dikkat çekmenin ve önleyici çalışmaların yapılmasının gerekliliğidir. Toplumun ve ailelerin ihmal ve istismar davranışları hakkında bilinçlendirilmesi şarttır; böylelikle çocuklar bakım verenler tarafından sağlıklı bir şekilde yetiştirilmiş ve korunmuş olurlar.

Çoktan bu yaşantılara maruz kalmış ve birer yetişkin olarak hayatlarını (belki mutsuz, belki psikiyatrik rahatsızlıklarla, belki travmalar sonrası olgunlaşmış olarak) idame ettiren bireyler için ise, psikoterapinin normalleşmesi sağlanmalıdır. Çünkü, bu tez çalışmasının bulgularına bakıldığında örnekleme yoğun şekilde uyum bozucu şemalar geliştirildiği göze çarpmaktadır. Bu durumun iyileştirilmesi amacıyla ruh sağlığı çalışanlarına ve sivil toplum örgütlerine büyük rol düşmektedir. Çünkü toplumda hala etiketlenmekten çekindiği veya toplumsal baskı ve kendini birine anlatma korkusu nedeniyle; ihtiyaç duyduğu halde psikolojik destek almayan pek çok birey bulunmaktadır.

Ruhsal açıdan sağlıklı bir toplumun oluşması için aktif çaba harcanmalı ve küçük yaşlardan itibaren çocukların psikososyal gelişimine önem verilmeli (burada okulların rehberlik birimleri sorumluluk alabilir), aileler ise çeşitli politikalarla bilinçlendirilmelidir.

## KAYNAKÇA

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4), 899–922.
- Affleck, G., Tennen, H., & Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning, and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(6), 653–656
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29–35.
- Alexander, J. C. (2004). Toward a theory of cultural trauma. J. C. Alexander, R. Eyerman, B. Giesen, N. J. Smelser, & P. Sztompka (Eds.), *Cultural trauma and collective identity*, 1-30. Berkeley, CA: University of California Press.
- Aker, A. T., Önen, P., & Karakiliç, H. (2007). Psychological trauma: Research and practice in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 36(3), 38-57.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Huntoon, J. (1998). Complex posttraumatic stress disorder in women from a psychometric perspective. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 277–298.
- Alpay, E. (2017). Neurobiological Consequences of Abuse and Neglect in Childhood: A Review. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 1.
- Amaya-Jackson, L., & Stirling, J. (2018). Understanding the behavioural and emotional consequences of child abuse. *American Academy of Pediatrics*, 122(3), 667-673.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Appiah-Kusi, E., Fisher, H., Petros, N., Wilson, R., Mondelli, V., Garety, P., Mcguire, P., & Bhattacharyya, S. (2017). Do cognitive schema mediate the association between childhood trauma and being at ultra-high risk for psychosis? *Journal of Psychiatric Research*, 88, 89–96.
- Araçlar – Şema Terapi Enstitüsü. Şema Terapi Araçları. Erişim Tarihi 1 Ocak, 2022, <http://tr.sematerapienstitusu.com/arastirmalar/araclar/>

- Armsworth, M. W., & Holaday, M. (1993). The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 72(1), 49–56.
- Baylin, J., & Winnette, P. (2016). *Working with Traumatic Memories to Heal Adults with Unresolved Childhood Trauma*. Macmillan Publishers.
- Bortolon, C., Seillé, J., & Raffard, S. (2017). Exploration of trauma, dissociation, maladaptive schemas and auditory hallucinations in a French sample. *Cognitive Neuropsychiatry*, 22(6), 468–485.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 7), 22–32.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3), 216–222.
- Breslau, N., Kessler, F., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., & Andreski, P. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 3(3), 367–377.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223–226.
- Brooks, J. I., III. (1998). *The eclectic legacy: Academic philosophy and the human sciences in nineteenth-century France*. Newark, DE: University of Delaware Press.
- Browne, C., & Winkelman, C. (2007). The Effect of Childhood Trauma on Later Psychological Adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(6), 684–697.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 131(9), 981–986.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes*
- Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist*, 59(8), 731–741
- Cicchetti, D. (2012). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children - past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402–422.

- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (32–71). John Wiley & Sons.
- Clark, D. B., & Miller, T. W. (1998). Stress response and adaptation in children: Theoretical models. T. W. Miller (Ed.), *Children of trauma: Stressful life events and their effects on children and adolescents* (3–27). Madison, CT: International Universities Press.
- Coates, S., & Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: Symptoms, assessment, intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 18(3), 611–626.
- Cooper, A. A., Zoellner, L. A., Roy-Byrne, P., Mavissakalian, M. R., & Feeny, N. C. (2017). Do changes in trauma-related beliefs predict PTSD symptom improvement in prolonged exposure and sertraline? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 873.
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 86–100.
- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden Wounds? Inflammatory Links Between Childhood Trauma and Psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 517–544. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044208>
- Davies, D. (2004). *Child development* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Davis, L., & Siegel, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 135–154.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539–564.
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1997). Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*, 80(2), 447–450.
- Estrada, A. L. (2009). Mexican Americans and historical trauma theory: A theoretical perspective. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 330–340. doi:10.1080/15332640903110500
- Eyerman, R., (2002). *Cultural trauma: Slavery and the formation of African-American identity*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Fang, X., & Corso, P. S. (2007). Child Maltreatment, Youth Violence, and Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (4), 281–290. doi:10.1016/j.amepre.2007.06.003

- Farrell, J.M., Reiss, N. ve Shaw, A.I. (2016). *Şema terapi: Klinisyenin rehberi*. (Çev. S. G. Alkan)
- Filipp, S. H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma. A. Maercker, M. Schützwohl, & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective*. 43–78. Seattle, WA: Hogrefe and Huber.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329–1335.
- Flynn, M., Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2014). The prospective contribution of childhood maltreatment to low self-worth, low relationship quality, and symptomatology across adolescence: A developmental-organizational perspective. *Developmental Psychology*, 50(9), 2165–2175.
- Freud, S., & Strachey, J. (1966/1977). *Introductory lectures on psychoanalysis [Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.]*. New York, NY: Norton.
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Eds.) (2007). *PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. Handbook of PTSD: Science and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 685–696.
- Helvacı Çelik, F. G., & Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (4), 695-711.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hildyard, K. L. and Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679–695.
- Holshausen, K., Bowie, C. R., & Harkness, K. L. (2016). The Relation of Childhood Maltreatment to Psychotic Symptoms in Adolescents and Young Adults With Depression. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 45(3), 241–247.
- Hopper, E. K., Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M., Courtois, C. A., & der Kolk, B. V. A. (2021). *Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy* (1st ed.). The Guilford Press.
- Jacop, G., Genderen, H. Ve Seebauer, L. (2014). *Mod Terapisi: Diğer yollardan gitmek*. (Çev. N. Azizerli ve M. Soykut), Psikonet yayıncılık, İstanbul.
- James, I. A., Southam, L. ve Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 369-377

- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: Simon Schuster.
- Jones, E., & Wessely, S. (2006). Psychological trauma: A historical perspective. *Psychiatry*, 5, 217–220.
- Kairys, S. W., Johnson, C. F., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2002). The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*, 109(4), e68.
- Karasar, N. (2020). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Katı, Ö. (2020) *An examination of the relationship between childhood trauma, resilience and subjective well-being in adulthood*, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi
- Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z., & Trinke, S. J. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology*, 17 (3), 288–301. doi:10.1037/0893-3200.17.3.288
- Lating, J. M., & Everly, G. S., Jr. (Eds.) (1995). Psychophysiological assessment of PTSD. *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. 129–145. New York, NY: Plenum Press.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Lehman, D. R., Davis, C. G., DeLongis, A., Wortman, C., Bluck, S., Mandel, D. R., & Ellard, J. H. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 90–112.
- Li, S., Zhao, F., Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 88, 212-214. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.012>
- Lieberman, A. F., & Knorr, K. (2007). The impact of trauma: A developmental framework for infancy and early childhood. *Psychiatric Annals*, 37(6), 416–422.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York, NY: Guilford Press.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 613–619. doi:10.1037/0735-7028.38.6.613
- Markese, S. (2007). Taping together broken bones: Treatment of the trauma of infant physical and sexual abuse. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 6(4), 309–326.



- McDowell, D. M., Levin, F. R., & Nunes, E. V. (1999). Dissociative identity disorder and substance abuse: The forgotten relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 71–83.
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy for Interpersonal Problems*. New Harbinger Publications.
- McMillen, J. C. (1999). Better for it: How people benefit from adversity. *Social Work*, 44(5), 455–468.
- Milot, T., Ethier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225–234.
- Munson, C. E. (1995). Overview of diagnosis and treatment of psychological treatment in children. *Early Child Development and Care*, 106, 149–166.
- Muran, J. (1991). A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 399–418. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90115-b](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90115-b)
- Myers, J. E., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C., & Reid, T. (2002). *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Najavits, L. M., Rynkala, D., Back, S. E., Bolton, E., Mueser, K. T., & Brady, K. T. (2009). Treatment of PTSD and comorbid disorders. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.), 508–535. New York, NY: Guilford Press.
- National Research Council. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. Depression Research and Treatment*, 2015, 1–11.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142–149. <https://doi.org/10.1002/cpp.430>
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143–153.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542–1554.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema Therapy: Distinctive Features* (CBT Distinctive Features) (1st ed.). Routledge.

- Ringel, S. (2011). Attachment theory, infant research, and neurobiology. S. Ringel & J. R. Brandell (Eds.), *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. 77–96. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. L., Chrosniak, L. D., & Cortina, J. M. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 837– 852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.837>
- Roediger, E., Stevens, B. A., Brockman, R., & Young, J. (2018). *Schema Therapy*. Amsterdam University Press.
- Rosenberg, M. S. (1987). New directions for research on the psychological maltreatment of children. *American Psychologist*, 42(2), 166–171.
- Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyaki, K., & Morelli, G. (2000). Attachment and culture. Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, 55(10), 1093–1104.
- Routledge.Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407–414.
- Şar, V., Öztürk, E., & İcikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32(4), 1054-1063.
- Schaefer, J., & Moos, R. (1992). Life crises and personal growth. B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application.*, 149–170. Westport, CT: Praeger.
- Schuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2007). “Hidden trauma” in infancy: Attachment, fearful arousal, and early dysfunction of the stress response system. In J. D. Osofsky (Ed.), *Young children and trauma: Intervention and treatment*. 69–104. New York, NY: Guilford Press.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., et al. (2010).
- Simon, J. (1991). Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 1078-1079.
- Shirley, F. S., & Kenneth, S. P. (1994). The experience of "forgetting" childhood abuse: A national survey of psychologists. JL Herman (Ed.), *Trauma and Recovery*.
- Solomon, S. D., & Canino, G. J. (1990). Appropriateness of DSM-III-R criteria for post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 227–237.

- Solomon, Z., Mikulincer, M., Fried, B. I., & Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: A follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Family Process*, 26(3), 383–394.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(1), 75–84.
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L., Ford, J., Layne, C., Pynoos, R., et al. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes in a national sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 6(S1), S18–S28.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, 138–175. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82–86.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. P. A. Linley & S. Joseph (Ed.), *Positive psychology in practice*. 405–419. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054–1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated urban adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 27–35.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Child maltreatment 2008*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. B. A. van der Kolk & A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming stress on mind, body, and society*. 182–213. New York, NY: Guilford Press.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Wolfe, D. A., & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 35, 802–813.

- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *The American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705–1713.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510–518.
- Young J.E., Klosko J.S. (2019). *Hayatı yeniden keşfedin* (Çev. S. Kohen ve D. Güler), İstanbul: Psikonet Yayıncılık
- Young, J. E. (1999). (3rd ed.). *Professional Resource Press/Professional Resource Exchange*.
- Young, J. E., & Brown, G. (2005). Young schema questionnaire-short form; Version 3. *Psychological Assessment*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (1st ed.). The Guilford Press.
- Yule, W. (1998). Post traumatic stress disorder in children and its treatment. T. W. Miller (Ed.), *Children of trauma: Stressful life experiences and their effects on children and adolescents* (219–243). Madison, WI: International Universities Press.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117–123.
- 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.
- Zoroglu, S. S., Tüzün, Ü., Sar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2):69-7

