

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE SOMATİZASYON
İLİŞKİSİNDE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU
ŞEMALARIN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra Nur CEYLAN

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Güneş

İstanbul - 2021

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI : Büşra Nur CEYLAN
TEZİN DİLİ : Türkçe
TEZİN ADI : Çocukluk Çağı Travması ile Somatizasyon İlişkisinde Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü
ENSTİTÜ : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
ANABİLİM DALI : Psikoloji
TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans
TEZİN TARİHİ : 28.07.2021
SAYFA SAYISI : 120
TEZ DANIŞMANLARI : 1. Dr. Öğr. Üyesi Hatice Güneş

DİZİN TERİMLERİ : Çocukluk çağı travmaları, somatizasyon, şema

TÜRKÇE ÖZET : Bu araştırma çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünü belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında bireylerin çocukluk çağı travmalarının, cinsiyet, ekonomik düzey ve kardeş sayısı değişkenleri açısından anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Araştırma grubu 18-45 yaş aralığında İstanbul'da ikamet eden ve kronik hastalığı bulunmayan bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya, toplam 367 birey (272 kadın, 95 erkek) katılmıştır. Araştırma verilerinin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Young Şema Ölçeği-Kısa Form ve Somatizasyon Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda somatizasyon belirtileri ile ÇÇTÖ-toplam puanları ($r=.37$; $p<.01$), cinsel istismar ($r=.35$; $p<.01$), fiziksel istismar ($r=.34$; $p<.01$), duygusal ihmal ($r=.32$; $p<.01$), fiziksel

ihmal ($r=.31$; $p<.01$) ve duygusal istismar alt boyut puanları ($r=.22$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.26$; $p<.01$) ve zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.12$; $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.31$; $p<.01$) ve zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.17$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.41$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.30$; $p<.01$), diğeri yönelimlilik ($r=.22$; $p<.01$), zedelenmiş sınırlar ($r=.14$; $p<.01$) ve yüksek standartlar şema alanları puanları ($r=.11$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar ($r=.54$; $p<.01$), kopukluk ($r=.42$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.29$; $p<.01$), yüksek standartlar ($r=.20$; $p<.01$) ve diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.19$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.40$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.31$; $p<.01$), zedelenmiş sınırlar ($r=.14$; $p<.01$) ve diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.13$; $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.43$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.27$; $p<.01$), zedelenmiş sınırlar ($r=.12$; $p<.05$) ve diğeri yönelimlilik ($r=.11$; $p<.05$) şema alanı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucunda ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanı, yüksek standartlar ve diğeri yönelimlilik şema alanlarının kısmi aracı rolü olduğu görülmüştür. Bununla birlikte ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide zedelenmiş sınırlar şema alanının aracılık rolünün olmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre erkek katılımcıların ÇÇTÖ-fiziksel istismar ve duygusal ihmal puanlarının kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ-toplam

puanlarının cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmadığı grlmştr. T-fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve T-toplam puanlarının gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı derece farklılaşmadığı grlmştr. T-duygusal istismar, fiziksel istismar ve T-toplam puanlarının kardeş sayısı değişkeni açısından anlamlı derecede farklılaştığı saptanmıştır. Tek ocuk olan bireylerin, 1 kardeşi olanlara oranla duygusal istismar puanlarının; 2 ve üzeri kardeşi olan bireylerin ise 1 kardeşi olanlara oranla fiziksel istismar ve T-toplam puanlarının daha yüksek olduğu grlmştr. Bununla birlikte cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal puanlarının kardeş sayısı değişkeni açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir.

DAğITIM LİSTESİ

- : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Büşra Nur CEYLAN

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE SOMATİZASYON
İLİŞKİSİNDE ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU
ŞEMALARIN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra Nur CEYLAN

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Güneş

İstanbul - 2021

BEYAN

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

Büşra Nur CEYLAN

2021



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Büşra Nur CEYLAN'ın Çocukluk Çağı Travması ile Somatizasyon İlişkisinde Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı, KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza
Başkan _____
Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ (Danışman)

İmza
Üye _____
Doç. Dr. Canan TANIDIR

İmza
Üye _____
Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... /2021

İmzası
Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırma çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünü belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında bireylerin çocukluk çağı travmalarının, cinsiyet, ekonomik düzey ve kardeş sayısı değişkenleri açısından anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Araştırma grubu 18-45 yaş aralığında İstanbul'da ikamet eden ve kronik hastalığı bulunmayan bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya, toplam 367 birey (272 kadın, 95 erkek) katılmıştır. Araştırma verilerinin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Young Şema Ölçeği-Kısa Form ve Somatizasyon Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda somatizasyon belirtileri ile ÇÇTÖ-toplam puanları ($r=.37$; $p<.01$), cinsel istismar ($r=.35$; $p<.01$), fiziksel istismar ($r=.34$; $p<.01$), duygusal ihmal ($r=.32$; $p<.01$), fiziksel ihmal ($r=.31$; $p<.01$) ve duygusal istismar alt boyut puanları ($r=.22$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.26$; $p<.01$) ve zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.12$; $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.31$; $p<.01$) ve zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.17$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.41$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.30$; $p<.01$), diğeri yönelimlilik ($r=.22$; $p<.01$), zedelenmiş sınırlar ($r=.14$; $p<.01$) ve yüksek standartlar şema alanları puanları ($r=.11$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar ($r=.54$; $p<.01$), kopukluk ($r=.42$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.29$; $p<.01$), yüksek standartlar ($r=.20$; $p<.01$) ve diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.19$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.40$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.31$; $p<.01$), zedelenmiş sınırlar ($r=.14$; $p<.01$) ve diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.13$; $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk ($r=.43$; $p<.01$), zedelenmiş otonomi ($r=.27$; $p<.01$), zedelenmiş sınırlar ($r=.12$; $p<.05$) ve diğeri yönelimlilik ($r=.11$; $p<.05$) şema alanı puanları

arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucunda ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanı, yüksek standartlar ve diğeri yönelimlilik şema alanlarının kısmi aracı rolü olduğu görülmüştür. Bununla birlikte ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide zedelenmiş sınırlar şema alanının aracılık rolünün olmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre erkek katılımcıların ÇÇTÖ-fiziksel istismar ve duygusal ihmal puanlarının kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmadığı görülmüştür. ÇÇTÖ-fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı derece farklılaşmadığı görülmüştür. ÇÇTÖ-duygusal istismar, fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının kardeş sayısı değişkeni açısından anlamlı derecede farklılaştığı saptanmıştır. Tek çocuk olan bireylerin, 1 kardeşi olanlara oranla duygusal istismar puanlarının; 2 ve üzeri kardeşi olan bireylerin ise 1 kardeşi olanlara oranla fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal puanlarının kardeş sayısı değişkeni açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, somatizasyon, şema

SUMMARY

This research was carried out to determine the mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between childhood traumas and somatization. Within the scope of the research, it was also examined whether the childhood traumas of individuals differed significantly in terms of gender, income level and number of siblings. The research group consists of individuals between the ages of 18-45 who reside in Istanbul and do not have a chronic disease. A total of 367 individuals (272 women, 95 men) participated in the study. Demographic Data Form, Childhood Trauma Questionnaire, Young Schema Questionnaire-Short Form, and Somatization Scale were used to obtain research data.

According to the results of this study somatization symptoms were positively correlated with CTQ-total scores ($r=.37$; $p<.01$), sexual abuse ($r=.35$; $p<.01$), physical abuse ($r=.34$; $p<.01$), emotional neglect ($r=.32$; $p<.01$), physical neglect ($r=.31$; $p<.01$), and emotional abuse sub-dimension scores ($r=.22$; $p<.01$). CTQ-emotional abuse sub-dimension scores were positively correlated with YSQ-SF-disconnection ($r=.26$; $p<.01$), and impaired autonomy schema domain scores ($r=.12$; $p<.05$). There was a positive correlation between CTQ-physical abuse sub-dimension scores and YSQ-SF-disconnection ($r=.31$; $p<.01$) and impaired autonomy schema domain scores ($r=.17$; $p<.01$). CTQ-sexual abuse sub-dimension scores were positively correlated with YSQ-SF-disconnection ($r=.41$; $p<.01$), impaired autonomy ($r=.30$; $p<.01$), other-directedness ($r=.22$; $p<.01$), impaired limits ($r=.14$; $p<.01$) and unrelenting standards schema domain scores ($r=.11$; $p<.01$). CTQ-physical neglect sub-dimension scores were positively correlated with YSQ-SF-impaired limits ($r=.54$; $p<.01$), disconnection ($r=.42$; $p<.01$), impaired autonomy ($r=.29$; $p<.01$), unrelenting standards ($r=.20$; $p<.01$), and other-directedness schema domain scores ($r=.19$; $p<.01$). CTQ-emotional neglect sub-dimension scores were positively correlated with YSQ-SF-disconnection ($r=.40$; $p<.01$), impaired autonomy ($r=.31$; $p<.01$), impaired limits ($r=.14$; $p<.01$), and other-directedness schema domain scores ($r=.13$; $p<.05$). CTQ-total scores were positively correlated with YSQ-SF-disconnection ($r=.43$; $p<.01$); impaired autonomy ($r=.27$; $p<.01$), impaired limits ($r=.12$; $p<.05$), and other-directedness ($r=.11$; $p<.05$) schema domain scores. Impaired autonomy, disconnection, unrelenting standards, and other directedness schema domains had a partial mediator role in the relationship between CTQ-total

scores and somatization. Impaired limits had no mediating role in the correlation between CTQ-total scores and somatization. CTQ-physical abuse and emotional neglect scores were higher in males. CTQ-sexual abuse, emotional abuse, physical neglect and CTQ-total scores did not differ across genders. CTQ-physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect, and CTQ-total scores did not show any statistical difference with regards to income level. CTQ-emotional abuse, physical abuse, and CTQ-total scores differed significantly with regards to the number of siblings. CTQ-emotional abuse scores were higher in participants with no siblings compared to participants with 1 sibling. Individuals with 2 or more siblings had higher CTQ-physical abuse and CTQ-total scores compared to those with 1 sibling. CTQ-sexual abuse, emotional neglect and physical neglect scores did not differ with regards to number of siblings.

Keywords: Childhood traumas, somatization, schema

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	iii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ	ix
ÖN SÖZ	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
KURAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	5
1.1.1. Travma Tanımı	5
1.1.2. Çocukluk Çağı Travması	6
1.1.3. Çocukluk Çağı Travma Türleri.....	7
1.1.3.1. Fiziksel İstismar	8
1.1.3.2. Cinsel İstismar.....	9
1.1.3.3. Duygusal İstismar.....	9
1.1.3.4. İhmal	10
1.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı.....	10
1.1.5. Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkili Risk Faktörleri.....	11
1.1.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Bozukluklar ile İlişkisi.....	13
1.2. SOMATİZASYON	14
1.2.1. Somatizasyon Tanımı	14
1.2.2. Somatizasyonun Tarihçesi	17
1.2.3. Somatizasyonun Görülme Sıklığı	18
1.2.4. Somatizasyon Nedenleri	19
1.2.4.1. Genetik Faktörler	20
1.2.4.2. Sosyal ve Kültürel Faktörler	20
1.2.4.3. Gelişim ve Öğrenmeden Kaynaklı Faktörler	21
1.2.4.4. Kişilik Özellikleri.....	21
1.2.5. Somatizasyon Tanı Kriterleri.....	22
1.2.6. Somatizasyon Tedavisi	23
1.3. ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR	23
1.3.1. Şema Kavramı.....	23

1.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri	25
1.3.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Temelleri	26
1.3.4. Erken Dönem Uyumsuz Şema Boyutları	28
1.3.4.1. Ayrılma ve Reddedilme	28
1.3.4.2. Zedelenmiş Özerklik ve Performans	29
1.3.4.3. Zedelenmiş Sınırlar-Yüksek Standartlar	29
1.3.4.4. Diğer Yönelimlilik	29
1.3.4.5. Aşırı Tetikte Olma-Ketlenme ve Baskılama	30
1.3.5. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Ruhsal Bozukluklar ile İlişkisi	30
İKİNCİ BÖLÜM	32
YÖNTEM	32
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	32
2.2. ARAŞTIRMA GRUBU	32
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	33
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	33
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	33
2.3.3. Somatizasyon Ölçeği	34
2.3.4. Young Şema Ölçeği-Kısa Form	34
2.4. VERİLERİN TOPLANMASI	35
2.5. ETİK YÖN	35
2.5. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİK	36
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	38
BULGULAR	38
3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine Yönelik Betimsel İstatistikler	39
3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular	39
3.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden Alınan Puanların Cinsiyete Göre İncelenmesi	40
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden Alınan Puanların Gelir Düzeyine Göre İncelenmesi	41
3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden Alınan Puanların Kardeş Sayısına Göre İncelenmesi	42
3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form'dan Alınan Puanlar Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi	46

3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-Zedelenmiş Otonomi Şema Alanının Aracı Rolü	48
3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-Kopukluk Şema Alanının Aracı Rolü	49
3.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-Yüksek Standartlar Şema Alanının Aracı Rolü	50
3.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanının Aracı Rolü	51
3.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-Diğeri Yönelimlilik Şema Alanının Aracı Rolü	53
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	55
TARTIŞMA VE YORUM.....	55
4.1. Demografik Değişkenlerin Çocukluk Çağı Travmaları Üzerindeki Etkisine Yönelik Tartışma ve Yorum.....	56
4.2. Çocukluk Çağı Travmaları İle Somatizasyon İlişkisinde Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanlarının Aracılık Etkisine Yönelik Tartışma Ve Yorum	58
SONUÇ.....	64
KAYNAKÇA.....	67
EKLER.....	88
ÖZGEÇMİŞ	101

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Değişkenlere Ait Basıklık ve Çarpıklık Değerleri.....	37
Tablo 2. Örneklem grubuna ait demografik verilerin frekans ve yüzdelik değerleri.	38
Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği için betimleyici istatistikler	39
Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların cinsiyete göre incelenmesi: Bağımsız gruplar için t testi sonuçları	40
Tablo 5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların gelir düzeyine göre incelenmesi: Aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	41
Tablo 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların gelir düzeyine göre incelenmesi: Tek yönlü varyans analizi sonuçları	42
Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların kardeş sayısına göre incelenmesi: Aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	43
Tablo 8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların kardeş sayısına göre incelenmesi: Tek yönlü varyans analizi sonuçları	44
Tablo 9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların kardeş sayısına göre incelenmesi: Tamhane's T2 testi sonuçları	45
Tablo 10. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Sonuçları	46
Tablo 11. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi.....	49
Tablo 12. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Kopukluk Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi.....	50
Tablo 13. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Yüksek Standartlar Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi.....	51
Tablo 14. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi.....	52
Tablo 15. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi.....	53

EKLER LİSTESİ

EK-A. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu

EK-B. Kişisel Bilgi Formu

EK-C. Young Şema Ölçeği- Kısa Formu

EK-Ç. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

EK-D. Somatizasyon Ölçeği



ÖN SÖZ

Tez yazım sürecinde bana sağladığı katkılarından ve emeklerinden dolayı değerli hocam, Dr. Öğr. Üyesi Hatice Güneş'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu hayata gözlerimi açtığımдан itibaren üzerimdeki emekleri ve destekleri hep devam eden, her daim sevgilerini yanımda hissettiğim canım ablam Gamze Ceylan İsen'e ve canım annem Mürvet Ceylan'a

Bu süre zarfında tez çalışmam için gerekli olan istatistiki verilerin toplanmasında desteklerini esirgemeyen, zamanını ayıran, her daim yanımda olduklarını bildiğim kıymetli ailem ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

Büşra Nur CEYLAN

GİRİŞ

Çocukluk dönemi, bireylerin kişilik oluşumunu şekillendiren kritik bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde yaşanan travmatik olaylar bireyin hayatının her dönemine etki edebilmektedir. Çocukluk çağı travmaları, çocuğa karşı yapılan kötü muamele ya da çocuk istismarı kavramları incelendiğinde bu kavramların insanlık tarihi kadar eski oldukları görülmektedir (Şahin ve Taşar, 2012). İzlanda, Rusya, Hindistan ve Kolombiya’da gerçekleştirilen uluslararası bir araştırmada çocukların %66'sının duygusal istismar, %55'inin fiziksel istismar, %51'inin ev içi şiddet, %37'sinin ihmal ve %18'inin ise cinsel istismara maruz kaldıklarını ifade ettikleri görülmüştür (Zolotor ve ark., 2009).

Somatizasyon, psikolojik ya da sosyal problemlerin sembolleştirilerek, vücut işlevleri üzerinden yaşanması ve ifade edilmesi olarak ifade edilmektedir (Lipowski, 1987). Yapılan araştırmalar çocukluk çağında yaşanan travmalarının yetişkin dönemdeki somatizasyon belirtileri ile ilişki olabileceğini desteklemektedir (Aydın ve İşmen, 2013; Güz ve ark., 2003; Spitzer, Barnow, Gau, Freyberger ve Grabe, 2008; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006). Aynı zamanda, çocukluk çağı hastalıkları ve çocukluk çağı travmalarının somatizasyon davranışını açıklayan erken yaşam olayları olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Karaer-Karapıçak, 2010).

Çocukluk çağında yaşanan zorluklar psikolojik bozukluklar için bir yatkınlık oluşturabilmektedir. Bilişsel teoriye göre travmatik deneyimler, yetişkinlik döneminde kırılganlığa ve bilişsel katılığa yol açmaktadır (Calvete, 2014). Bilişsel yaklaşımın devamı olarak kabul edilen şema terapi yaklaşımı da çocukluk döneminde yaşanan travmalar ile ilgili açıklamalarda bulunmaktadır. Çocukluk döneminde bireylerin yaşamış oldukları travmatik deneyimlerin (istismar, ihmal vb.) erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde risk faktörü olduğu ifade edilmektedir (Dozois, Martin ve Bieling, 2009; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Erken dönem uyumsuz şemaların temeli kendiliğe, dünyaya ve geleceğe ait olumsuz düşüncelerle atılmaktadır (Beck, Hollon, Young, Bedrosian ve Budenz, 1985). Alan yazın incelendiğinde erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda duygusal istismar ve ihmalin büyük bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (Carr ve Francis, 2010; Cecero,

Nelson ve Gillie, 2004;McCarthy ve Lumley, 2012; Wrigth, Crawford ve Del Castillo, 2009).

Bireyler zorlayıcı yaşam olayları ve stres karşısında uyumsuz şemalar oluşturmakta ve bu da çeşitli ruhsal sorunların oluşumuna neden olmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şemaların kişilik bozuklukları, depresyon gibi birçok rahatsızlığa neden olduğu bilinmekle birlikte, somatizasyon ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkiyi açıklayan çok az çalışma olduğu görülmektedir. Young (1999), şemaların, alkol-madde kullanımı, aşırı yeme gibi alışkanlıklara ya da ülser, uykusuzluk gibi psikosomatik bozukluklara doğrudan ya da dolaylı bir biçimde yol açabileceğini belirtmektedir.

Yapılan alan yazın taramasında çocukluk çağı travmaları ile çeşitli ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin incelendiği pek çok araştırmanın gerçekleştirildiği görülmektedir. Aynı zamanda çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma da bulunmaktadır. Ancak yapılan alanyazın incelemesinde ülkemizde çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemalarının aracı rolünün incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gerçekleştirilen bu çalışmanın bu doğrultuda alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünü incelemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın hipotezlerine aşağıda yer verilmiştir.

1. Çocukluk çağı travmaları (duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) ve somatizasyon belirtileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

2. Çocukluk çağı travmaları (duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) ve erken dönem uyumsuz şema alanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

3. Somatizasyon belirtileri ile erken dönem uyumsuz şema alanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

4. Çocukluk çağı travmaları (duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) ve somatizasyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şema alanları aracı rol oynamaktadır.

Alt hipotezler:

1. Çocukluk çağı travmaları (duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal), cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

2. Çocukluk çağı travmaları (duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal), gelir düzeyi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

3. Çocukluk çağı travmaları (duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal), kardeş sayısı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Araştırmanın Önemi

Yapılan alan yazın incelemesinde çocukluk çağı travmaları ile farklı ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok araştırmanın olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak ülkemizde çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemalarının aracı rolünün incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu noktada yapılan araştırmanın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada, örneklemin, evreni temsil ettiği, araştırmaya katılan bireylerin; Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Young Şema Ölçeği-Kısa

Form ve Somatizasyon Ölçeğinde yer alan soruları gerçek durumlarını yansıtacak şekilde ve içtenlikle cevapladıkları varsayılacaktır.

Aynı zamanda araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçülmesi hedeflenen değerleri doğru ölçtüğü kabul edilecektir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemi, İstanbul'da yaşan, 18-45 yaş aralığında bulunan ve kronik hastalığı bulunmayan bireyler ile sınırlıdır.

Araştırmada incelenen değişkenler, araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Young Şema Ölçeği-Kısa Form ve Somatizasyon Ölçeğinin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

Bununla birlikte araştırma sonuçları yalnızca araştırmaya katılan bireylerin kişisel ve demografik bilgilerine benzer özelliklere sahip olan bireylere genellenebilir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde sırasıyla çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve erken dönem uyumsuz şemalar ile ilgili kuramsal bilgiler sunulacaktır.

1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

1.1.1. Travma Tanımı

Travma, bireyin psikolojik bütünlüğünü tehdit eden, psikolojik sağlamlığında ve iyilik halini korumada yetersiz hissettiren tehdit edici durum veya durumlar şeklinde ifade edilmektedir (Cloitre, Cohen ve Koenen, 2006). Briere ve Scott (2016) ise travmanın, bireyin psikolojik kaynaklarının baş edemeyeceği, uzun süreli psikolojik rahatsızlıklara neden olabilecek, yoğun üzücü yaşam olayları olduğunu belirtmişlerdir. Bir diğer tanımda ise travma, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını önemli derecede örseleyen, tehdit eden ve yaralayan, bireyin baş etme kapasitesinin üstünde olan, algılamada ve anlamlandırmakta zorlandığı, işlevselliğini olumsuz etkileyen ve psikolojik dengesini bozan tüm olaylar olarak ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Türksöy, 2003). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2000), bireyin travmatik bir olay karşısında dehşet, korku ve çaresizlik duygularını yoğun bir şekilde hissettiğini belirtmektedir.

Bir olayın “travma” olarak kabul edilebilmesi için olayın bireyin günlük yaşam deneyimlerinden oldukça uzak bir durum olması gerekmektedir. Yani birey yaşadığı olayı bilişsel şemalarının içerisine almakta zorlanır ve olayı anlamlandırmada güçlük yaşamaktadır (Sungur, 1999). Bu noktada travmanın günlük hayatta neredeyse tüm bireylerin yaşamış olduğu stres durumlarından ayrılması mümkündür. Bireyin yaşamış olduğu olayların onun baş etme gücünü aşması travma yaşantısına neden olmaktadır (Çelik, 2009). Stres durumları, travmaya oranla çok daha sık görülmektedir. Bireylerin hayatları için daha sıradan yaşantılar olmakla birlikte kontrol altına alınmaları daha kolay ve mümkündür (Kira, 2001; Türksöy, 2003). Travmanın ise görülme sıklığının daha az, olağandışı ve kontrol altına alınması çoğu zaman mümkün olmayan yaşantılar olduğu belirtilmektedir (Çelik, 2009).

Bilişsel Davranışçı yaklaşım ise bir olayın travma kabul edilebilmesi için belli unsurların bulunması gerektiğini belirtmektedir. Bunlar, anılık, kontrol edilemezlik ve olayın birey tarafından olumsuz olarak algılanmasıdır (Carlson, 2000; Carlson ve Dalenberg, 2000). Bireyin yaşadığı travmatik olaylar yalnızca duyguları değil, düşünce ve davranış yapıları üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir (Özen, 2019).

Çocukluk travması ise, çocuğu geçici süreyle yardımdan mahrum eden, baş etme ve dayanma gücünün azalmasına neden olan, anlık darbe veya darbelerin bilişsel ve ruhsal bir sonucu şeklinde ifade edilmektedir (Terr, 1991). Çocukluk döneminde yaşanan travma durumu, henüz baş etme becerilerinin güçlü olmadığı bir dönem olması nedeniyle daha derin izler bırakabilmektedir. Bu dönemde yaşanan travmatik olaylar bireyi hayatının her döneminde etkileyebilmektedir (Sar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

1.1.2. Çocukluk Çağı Travması

Çocukluk çağı travmaları, bireyin çocukluk döneminde yaşamış olduğu ihmal ve istismar durumlarını ve bu durumlara tanık olmalarını kapsamaktadır (Şahin-Demirkapı, 2013). 18 yaşından önce bireylerin yaşadıkları cinsel, duygusal, fiziksel istismar ve ihmal ya da anne babadan ayrı yaşama veya anne babayı kaybetme, boşanma, şiddet, göç, kaza, doğal afet gibi olaylara maruz kalma olarak da ifade edilmektedir (Herman, 2001). Çocukluk çağı travmalarının tanımlanmasında travmanın meydana gelme nedeni, yöntemi ve sonucun yaratmış olduğu klinik etkiler önemli rol oynamaktadır (Polat, 2001). Salgın hastalıklar, savaş, terör olayları veya fakirlik gibi örselleyici yaşantılar da travma nedeni olabilmektedir (Zoroğlu ve ark., 2001). Ancak çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılan tanımlamaların genellikle ihmal ve istismar üzerine olduğu görülmektedir (Şahin-Demirkapı, 2013). Bu araştırma kapsamında da çocukluk çağı travmaları ihmal ve istismar kavramı altında ele alınmaktadır.

Çocuğa karşı gerçekleştirilen ihmal ve istismar davranışlarının eski zamanlardan beri gerçekleştiği bilinmesine rağmen bu konudan ilk kez 1860 yılında Ambroise Tardieu tarafından bahsedildiği görülmektedir (Roche, Fortin, Labbe, Brown ve Chadwick, 2005). Bilimsel bir yayında ilk kullanımının ise Kempe ve ark. (1962) tarafından “hırpalanmış çocuk sendromu (The battered-child syndrome)” kavramı altında gerçekleştiği görülmektedir.

Çocuk ihmal ve istismarının tüm dünyada ortak bir tanımla ele alınmasının mümkün olmadığı belirtilmektedir. Bunun nedeni ise, toplumsal kurallar, normlar, hukuki süreçler, çocuk büyüme tarzları, çocuğa yönelik tutum ve davranışların değişmesi olarak açıklanmaktadır. Bu nedenle ihmal ve istismar kavramlarına yönelik toplum algısı farklılık gösterebilmektedir (Bayraktar, 2015; Elliott ve Urquiza, 2006; Korbin, 1991). Bununla birlikte çocuk ihmal ve istismarı hakkında genel olarak kabul edilen tanımlamaların ve önemli noktaların olduğu görülmektedir.

18 yaşından küçük olan bireylere yönelik gerçekleştirilen ve bireyin toplumsal, bilişsel, duyuşsal ve fiziksel gelişimine ket vuran tüm davranışlar istismar; eğitim, gözlem, bakım, beslenme ve barınma gibi gereksinimlerinin göz ardı edilip karşılanmaması ihmal olarak tanımlanmaktadır (Zeytinolu, 1999). Yapılan diğer tanımlamalara bakıldığında ise çocuk istismar ve ihmalini Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan (2002) çocuğun bakım veren ya da yabancılar tarafından sağlığına zarar verici, sosyal, bilişsel, duygusal ve/veya fiziksel gelişimini engelleyen davranış ve tutumlara maruz kalması olarak ifade etmektedir.

Çocuk istismarında dikkat edilen bazı önemli noktalar bulunmaktadır. Bunlar davranışın veya tutumun, kasıtlı ve tekrarlı olarak gerçekleştirilmesi ve çocuğun sağlığını ve gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (Aral ve Gürsoy, 2001). Diğer önemli noktalar ise bir başka birey tarafından gerçekleştirilmiş olması ve hem zarar verici hem de yasaklanmış bir eylem olması şeklinde ifade edilmektedir (Polat, 2001).

Yapılan tanımlamaların tamamı incelendiğinde çocuk ihmal ve istismarı sonucunda oluşan çocukluk çağı travmalarını, çocuğa uygulanan zarar verici veya uygunsuz şekilde nitelendirilen, çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkileyen davranış veya görmezden gelme neticesinde çocuğun toplumsal, cinsel, psikolojik veya fiziksel açıdan olumsuz etkilenmesi şeklinde tanımlamak mümkündür (Chasan, 2010; Taner ve Gökler, 2004).

1.1.3. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Çocukluk çağı travma türleri genel olarak dört ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak adlandırılmaktadır. Aşağıda bu kavramların açıklamaları bulunmaktadır.

1.1.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun vücudunda yaralanma ve hasara neden olan ve çocuğun sağlığına zarar veren davranışlardır. En genel anlamıyla fiziksel istismar, bedensel örselenme (Kulaksızoğlu, 2001) veya kaza harici yaralanma (Polat, 1998; Şahin-Demirkapı, 2013) olarak ifade edilmektedir. Diğer istismar çeşitleri ile kıyaslandığında fiziksel istismarın daha yaygın olarak görüldüğü ve belirlenmesinin daha kolay olduğu düşünülmektedir (Polat, 2004).

En fazla görülen fiziksel istismar ise çocuğun dövülmesidir. Fiziksel istismar olarak kabul edilen diğer davranışlar ise tekme atma, ısırma, yaralama, sarsma, yakma, boğazını sıkma, boğma, zehirleme gibi davranışlardır (Butchart ve ark., 2006; Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Şahin-Demirkapı, 2013). Fiziksel istismar davranışları genellikle cezalandırma, otorite sağlama ve öfkeyi dışa vurma gibi amaçlarla gerçekleştirilmektedir (Çelik ve Hoccoğlu, 2018; Hancı, 2002; Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999). Fiziksel istismara uğrayan çocukların genellikle duygusal istismar ve ihmal davranışlarına da maruz kaldıkları görülmektedir (Mash ve Wolfe, 1991).

Fiziksel istismar vakaları incelendiğinde genel olarak, morarma, yanık izi, kırık, çürük ve iç kanama gibi fiziksel belirtilere rastlandığı ifade edilmektedir (Pelcovitz ve ark., 2000). Bununla birlikte kemik, eklem, göz ve beyin rahatsızlıkları, yumuşak doku zedelenmeleri, zehirlenmeler ve gelişimde gerileme gibi belirtiler de görülmektedir (Polat, 2001). Belirtiler yalnızca fiziksel olmamaktadır. Fiziksel istismar psikolojik olarak da bireyleri etkilemektedir. Çocukluk çağında fiziksel istismar yaşayan çocukların yetişkinlik döneminde öz kıyım davranışlarına daha fazla yatkın olduğu, cinsel açıdan problemlerinin daha fazla olduğu, boşanma ihtimallerinin daha yüksek olduğu ve öz saygı problemi yaşadıkları belirtilmektedir (Mullen ve ark., 1996). Aynı zamanda bu bireylerin sosyal ilişkilerinde problem yaşadıkları ve sosyal geri çekilme davranışı sergiledikleri (Lansfor ve ark., 2002), daha öfkeli ve saldırgan oldukları ve empati kurma konusunda problem yaşadıkları da görülmektedir (Veltman ve Browne, 2001).

Literatür incelendiğinde fiziksel istismarın en fazla bebeklik ve okul öncesi dönemdeki çocuklara karşı sergilendiği görülmektedir. Bu durum bu yaş grubundaki çocukların kendini savunmada ve ifade etmede yetersiz olmaları olarak

düşünülmektedir (Bilir ve ark., 1991). Aynı zamanda fakirlik, işsizlik, ekonomik problemler, aile içerisinde diğer bireylere karşı da şiddet davranışlarının varlığı, stresli bir yaşam sürmek gibi nedenler bireyleri fiziksel istismar davranışlarına yöneltmektedir (Ammerman, 1990).

1.1.3.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun tam olarak kendisini tanımadığı, anlayamadığı ve rıza göstermesinin mümkün olmadığı ya da gelişimsel açıdan hazır bulunmadığı ve toplum tarafından onaylanmayan, yasal kabul edilmeyen cinsel etkinliklere maruz bırakılması olarak ifade edilmektedir (Tansel, 2017; Topçu, 2009). İstismarcı bir yetişkin, çocuk veya genç olabilmektedir (Alpaslan 2014; Keser 2016).

Cinsel istismar yalnızca fiziksel temasla gerçekleşmemektedir. Örneğin, teşhircilik, cinsel ilişkinin izletilmesi, sözlü istismar ve röntgencilik şeklinde ortaya çıkan davranışlar da cinsel istismar kabul edilmektedir (Alsancak, 2016; Yakut ve Korkmaz, 2013).

Çocukluk döneminde maruz kalınan her türlü istismar çocuklar üzerinde kalıcı etkiler bırakmaktadır. Ancak bilhassa cinsel istismar, çocukların yaşam doyumu ve psikolojik sağlığı açısından oldukça zarar vericidir (Soylu, Pılan, Ayaz ve Sönmez, 2012). İlgili alan yazın incelendiğinde cinsel istismara maruz kalan çocukların büyük bir çoğunluğunda psikopatoloji olduğu görülmektedir (Bakır ve Kapucu, 2017; Şimşek, Fettahoğlu ve Özatalay, 2011).

1.1.3.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, fiziksel istismar gibi çocukta görünen bir iz bırakmamaktadır. Tespit edilmesinin daha zor olmasından kaynaklı olarak da fiziksel istismara oranla daha geç incelenmeye başlandığı görülmektedir (Polat, 2008).

Sözel olarak gerçekleştirilen istismar da duygusal istismar kapsamında ele alınmaktadır. Çocuğa onu aşağılayan sözler söylenmesi, alay edilmesi, küçük düşürülmesi ve düşmanlık içeren ifadelerin kullanılması da duygusal istismar olarak kabul edilmektedir (Hornor, 2012).

Duygusal istismar Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuğun gelişimsel açıdan destekleyici bir çevrede yetişmemesi olarak ifade edilmektedir. Çocuğun bakım verenleri bu ortamı çocuğa sağlamakla görevlidirler. Çocuğun bilişsel, duygusal, fiziksel, ahlaki veya manevi gelişimini olumsuz etkileyen, sosyal gelişimine zarar veren ya da zarar verme olasılığı bulunan tutumlara veya sözlere maruz kalması duygusal istismardır (WHO, 2006).

Korkmazlar-Oral, Engin ve Büyükyazıcı (2010) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ülkemizde her iki çocuktan bir tanesinin duygusal istismar yaşadığı ifade edilmektedir. Ancak duygusal istismar, istismar türleri arasında en az çalışılan istismar türüdür (Bakır ve Kapucu, 2017).

1.1.3.4. İhmal

En genel anlamıyla “kötü bakım” olan (Polat, 2007) ihmal, çocuğa bakma sorumluluğuna sahip olan ebeveyn veya bakım verenin çocuğun barınma, beslenme, bakım, eğitim, korunma, giyim veya sağlık gibi ihtiyaçlarının yeterli ve uygun ölçüde karşılamaması sonucunda çocuğun yalnız bırakılması olarak ifade edilmektedir (Şahin-Demirkapı, 2013).

İhmal genel olarak pasif davranışlardan oluşmaktadır. İhmali istismardan ayıran en önemli farklılık da bu noktada ortaya çıkmaktadır. İstismar, ihmalin aksine, aktif eylemlerden oluşmaktadır (Şahin-Demirkapı, 2013).

İhmal üç farklı kategoride ele alınmaktadır. Bunlar; fiziksel, cinsel ve duygusal ihmal olarak isimlendirilmektedir. Fiziksel ihmal, çocuğun toplumsal ve sosyal açıdan ihtiyacı olan ve mevcut olan kaynakların çocuğa sunulmaması, yoksun bırakılması; cinsel ihmal, çocuğun cinsel gelişiminin önemsenmemesi veya cinsel sömürü karşısında korunmaması; duygusal ihmal ise çocuğun ilgi, sevgi ve yakınlık açısından mahrum bırakılmasıdır (Aral ve Gürsoy, 2001).

1.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ve sıklığı geçmişten günümüze kadar pek çok farklı çalışmada konu alınmıştır. Ancak yapılan araştırmalarda çocukluk çağı travmalarının sıklığı ile ilgili farklı bilgiler yer almaktadır. Bu farklılığın temel sebebinin bildirim sorunları olduğu düşünülmektedir (Gürgen, 2017).

Çocuk istismar ve ihmali orta ve düşük ekonomik gelire sahip ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla 2 veya 3 kat daha fazla görülmektedir. Çocuk istismar ve ihmalinin en fazla görüldüğü bölge ise Afrika Bölgesidir. En az görüldüğü bölgeler ise Doğu Akdeniz, Avrupa ve Batı Pasifik Bölgeleridir (Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan, Ramiro, 2002).

Yapılan araştırmalarda yaş arttıkça istismar ve ihmal davranışlarında azalma meydana gelmektedir (U.S. Department Of Health And Human Services, 2009). Yapılan araştırmalar istismar ve ihmalin 12 yaşından sonra azaldığını ifade etmektedir (Dubowitz, 2002; Tercier, 1998). Aynı zamanda kız çocuklarının erkeklere oranla daha fazla istismara maruz kaldıkları görülmektedir. İstismara maruz kalma oranı kız çocuklarında %52 iken erkek çocuklarında %48'dir (Bernet, 1997; Jain, 1999). Bu noktada iki oranın da azımsanamayacak oranda olduğu dikkat çekmektedir.

Yapılan araştırmalarda istismar ve ihmalin yaygınlığında bir artış meydana geldiği görülmektedir. Bu durumda istismar ve ihmale maruz kalan çocukların sayısının artmasıyla birlikte bildirilen vaka sayısında gerçekleşen artış da önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Bethea, 1999; Jain, 1999; Theodore ve Runyan, 1999).

Daha yakın tarihli araştırmalara bakıldığında ise Dereboy ve arkadaşları (2018) çocukluk çağı travmalarının yaygınlık oranını %31.3 olarak ifade etmişlerdir. Ji ve Wang (2018) tarafından Çin'de gerçekleştirilen araştırmada ise bu oran %44.8 olarak bildirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünya geneli baz alınarak yayınlanan rapora göre yetişkinlerin %36.3'ünün çocukluk döneminde duygusal istismara; %22.6'sının fiziksel istismara; %16.3'ünün ise fiziksel istismara maruz kaldığı görülmektedir. Bu raporda da kadınların cinsel istismara maruz kalma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (WHO, 2014).

1.1.5. Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkili Risk Faktörleri

Çocukluk çağında travmaya maruz kalmak için pek çok farklı risk faktörü bulunmaktadır. Bu risk faktörleri ile ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır. Ancak her kesimden çocuğun istismar ve ihmale maruz kalabileceği de dikkatten kaçmamalıdır.

Çocukluk çağı travmaları ile ilgili başlıca risk faktörleri;

- Ekonomik sorunlar (Erginer, 2007; Polat, 2001)
- Parçalanmış aile, ebeveyn yoksunluğu, ebeveynler ile nitelikli ilişki kurulamaması (Örsel ve ark., 2011; Polat 2001; Zeren, Yengil, Çelikel, Arık, ve Arslan, 2012)
- Sosyal olarak yalıtılmış bir yaşam sürme, toplumsal ilişkilerde zorlanma (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004)
- Sosyal desteğin olmaması (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002)
- Anne veya babada intihar veya suça meyil, psikiyatrik bozukluk, uyuşturucu ve alkol kullanımı veya madde bağımlılığının bulunması (Erginer, 2007; Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004)
- Düşük eğitim ve zeka seviyesi (Erginer 2007; Örsel ve ark., 2011; Polat, 2001; Turhan ve ark., 2006)
- Ebeveynlerin çocukluk döneminde istismar veya ihmale maruz kalmaları (Altıparmak, Yıldırım, Yardımcı ve Ergin, 2013; Sadock ve Sadock, 2014).
- Aile içerisindeki rol çatışmalarının sıklıkla yaşanması, ebeveynlerin problemler ile baş etmede yetersiz olması (Örsel ve ark., 2011; Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004)
- Çocuk sayısının fazla olması sonucunda anne ve babanın çocuklarla yeterli ölçüde ilgilenememesi (Erginer, 2007; Güler ve ark., 2002; Polat, 2001)
- Kişilik özellikleri (Erginer, 2007; Zeytinoğlu, 1991)
- Toplum yapısı, gelenekler, kültürel özellikler ve değer yargıları (Erginer, 2007; Polat, 2001; Zeytinoğlu, 1991)

- Yasaların eksikliği ve doğru bir biçimde uygulanmaması (Zeytinoğlu, 1991)

Ünal (2008), çocukluk çağı travmaları ile ilgili risk faktörlerini, dış ve iç stres faktörleri olarak iki temel grupta ele alındığını ifade etmektedir. Dış stres faktörleri, çevreden kaynaklanan stres faktörleridir. Kültürel özellikler, ekonomik ve sosyal koşullardan kaynaklı olarak ailenin stres yaşamasına neden olan durumlar çocuğun istismar ve ihmale uğramasına neden olabilmektedir. Özellikle borçlanma, işsizlik gibi olumsuz ekonomik koşullar, en önemli stres kaynaklarından bir tanesidir. Bu gibi durumlarda yetersiz beslenme ve ev koşulları, sağlıkta bozulma gibi problemler görülebilmektedir. İç stres faktörleri ise, ebeveynlerin ve çocuğun kişilik özellikleri ile çocuktan beklentinin yapabileceğinden fazla olması gibi durumlardır (Ünal, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan açıklamaya göre, çocukluk çağı travmalarına maruz kalmada en önemli risk faktörleri, dört yaşından küçük ya da ergenlik dönemi içerisinde olmak, istenmeyen bir çocuk olmak, ailenin beklentilerini karşılamada yetersiz kalmak, özel gereksinimli çocuk olmak ve normal dışı fiziksel özelliklere sahip bir çocuk olmak olarak açıklanmaktadır (WHO, 2016).

1.1.6. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Bozukluklar ile İlişkisi

Çocukluk çağında travmatik olaylar yaşamak, bireylerin yetişkinlik dönemlerinde ruhsal bozukluklar yaşamaları açısından önemli bir risk unsuru oluşturmaktadır (Savi-Çakar, İkiz ve Asıcı, 2018). Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar, ruhsal sağlığı olumsuz olarak etkilemekte ve bireyin psikolojik gelişiminin normal dışında seyretmesine yol açmaktadır (Balcı, 2018).

Çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik olayların ruh sağlığına en önemli ve yoğun etkilerinden bir tanesi yoğun stres duygusudur (Aker, 2012). Yoğun stres duygusu yaşayan bireylerin karşılaşılabilecekleri ruhsal bozukluklar ise şunlar olabilir:

- Depresyon (yalnızlık ve umutsuzluk duyguları)
- Anksiyete
- Obsesif kompulsif bozukluk
- Madde bağımlılığı

- Travma sonrası stres bozukluğu
- Yeme bozuklukları
- Kişilik bozuklukları
- Somatizasyon (Büyükcebeci, 2019; Mwakanyamale ve Yizhen, 2019; Syed, Cranshaw, Nemeroff, 2020).

Bu ruhsal bozuklukların sonucu olarak bireylerde kendine zarar verme eğilimi ve intihar girişimleri meydana gelebilmektedir. Ancak her birey çocukluk çağı travmaları karşısında benzer tepkileri vermeyebilmektedir (Oyuncakçı, 2020). Bu noktada tepkilerin bireye has olduğu da unutulmamalıdır. Bu nedenle çocukluk çağı travmaları ile baş etme yolları ve çocukluk çağı travmalarının bireyler üzerindeki etkileri sıklıkla çalışılan konulardan bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Örsel, Karadağ, Karaoğlan-Kahiloğulları ve Akgün-Aktaş (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada DSM-IV temel alınarak herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olan 183 bireyin 117'sinin (%65.7) çocukluk döneminde fiziksel, duygusal ve cinsel istismardan en az bir tanesine maruz kaldığı; 11'inin (%6.1) ise her üç istismar türünün üçüne de maruz kaldığı ifade edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %81.6'sının duygusal; %72.1'inin ise fiziksel ihmal yaşadığı görülmüştür.

Benzer bir çalışmada da psikiyatri biriminde yatarak tedavi gören bireylerin çocukluk çağı travma oranları incelenmiştir. Araştırma sonucunda, bireylerin %36.3'ünün fiziksel, %22'sinin cinsel, %18.7'sinin ise duygusal istismara maruz kaldığı görülmüştür (Yargıç, Ersoy ve Batmaz-Oflaz, 2012).

Çocukluk çağı travmalarının sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar ve yayınlanan raporlar incelendiğinde, istismar oranlarının tüm dünyada oldukça fazla olduğu ve bu durumun azımsanamayacak kadar önemli bir konu olarak ele alınması gerektiği görülmektedir.

1.2. SOMATİZASYON

1.2.1. Somatizasyon Tanımı

Somatizasyon bozukluğu, kişinin yaşadığı psikolojik stres neticesinde ortaya çıkan ve tıbbi bir açıklaması bulunmayan pek çok bedensel semptomun bireyde var olması ve bireyin tıbbi bir yardım alma amacıyla bir arayış içerisinde olması durumu

olarak ifade edilmektedir (Barsky, 1990). Bu tanımdan hareketle görülmektedir ki, bireylerdeki somatizasyonun değerlendirilmesi noktasında ilk olarak, meydana gelen bedensel semptomların fiziksel bir problemden kaynaklanıp kaynaklanmadığı yorumlanmalıdır (Kırdök, 2017).

Bir diğer tanımda ise somatizasyon, iç çatışmaların ve stresin, beden üzerinden tecrübe edilmesi ve beden aracılığıyla ifade edilmesi olarak açıklanmıştır (Lipowski, 1988). Bu noktadan bakıldığında, bireylerin isteklerinin ve çatışmalarının bedenin kullanılması yolu ile dışa vurulması, yaşamın ilk yıllarından itibaren (örneğin bir bebeğin acıkınca ağlaması) kullanılan sözsüz bir iletişim biçimidir (Ünal, 2002). Kellerman (2009) somatizasyonu, bireyin üstesinden gelmekte zorlandığı gerginliğin ya da nevrotik bir çatışmanın psiko-fizyolojik veya psiko-somatik semptomlar aracılığıyla bedende hissedilmesi; Tıp Terimleri Sözlüğü (2021) bilişsel olayların, organik semptomlar şeklinde hissedilmesi; Tokuş (2012) ise psikolojik acının bedenselleştirilmesi olarak ifade etmektedir.

Somatizasyon bozukluğuna sahip olan bireyler, yaşamış oldukları psikolojik sıkıntı veya stres sonucunda meydana gelen olumsuz duygu durumunu yansıtmak ve anlatmak adına bedenlerini bir iletişim aracı gibi kullanmaktadırlar (Vural, 2007).

Somatizasyon belirtileri bireyde ilk kez var olduğunda bedensel bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Ancak zamanla problemlerin temelinde yatan nedenlerin sosyal veya psikolojik alanlarda meydana gelen problemler ile ilişkili olduğu görülmüştür. Birey, yaşamış olduğu bu sorunlar doğrultusunda bir yardım arama ihtiyacındadır ve bu ihtiyacın bedene yansması sonucunda da somatizasyon meydana gelmektedir (Ünal, 2002).

Ancak somatizasyon yaşayan bireyler, bunun çoğu zaman psikolojik sorunlardan meydana geldiğinin farkında değildirler. Kendilerinde meydana gelen fiziksel semptomların, psikolojik açıdan yaşamış oldukları sıkıntıların bir sonucu olarak bedenlerinde meydana gelen bir tepki olduğunu kabul etmezler. Bu nedenle de belirtilerin fiziksel bir hastalık sonucunda meydana geldiğine inanarak ciddi bir tedavi arayışına girmektedirler (Babacan, 2003). Bireyde meydana gelen yakınmalar genellikle vücudun belli bölgeleri ile ilişkilidir. Bu nedenle birey hastalığının tıbbi bir nedene bağlı olduğuna inanarak tıbbi branşlara sürekli olarak başvurmaktadır

(Tunçer, 2005). Tıbbi olarak başvuru alan bu branşlar genellikle, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji ve iç hastalıkları olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Tıbbi bir hastalık bulunmaması, hastanın belirtiler ile ilgili numara yaptığı anlamına gelmemektedir. Somatizasyon belirtilerini yaşayan birey, yaşadığı durumlar ile ilgili yalan söylememekte ve yaşamış olduğu rahatsızlıkları veya acıyı abartmamaktadır. Birey bu semptomları, gerçekten yaşadığı şekilde yansıtmaktadır (Tokuş, 2012).

Somatizasyon konusunda önemli açıklamaları bulunan Lipowski (1988)'e göre, bireyde görülen fiziksel yakınmaların somatizasyon olarak isimlendirilebilmesi için üç temel bileşenin var olması gerekmektedir. Bunlar;

1. Yaşantısal: Bireyde meydana gelen fiziksel yakınmaları içermektedir.
2. Bilişsel: Yaşanılan fiziksel yakınmaların tıbbi bir rahatsızlığa atfedilmesidir.
3. Davranışsal: Fiziksel yakınmalardan kurtulmak adına bir sağlık kuruluşuna başvurarak tıbbi bir yardım aramaktır.

Somatizasyonda meydana gelen bedenselleştirme, her zaman bir rahatsızlık olarak kabul edilmemekte, bazı durumlarda normal olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, geçirilen ciddi bir hastalık sonucunda birey sağlığı veya bedeni ile ilgili kaygı yaşayarak birtakım somatik belirtiler gösterebilmektedir. Veya yoğun stres yaşayan bireyler, kendilerini bu gibi zamanlarda daha kırılgan hissedebilmektedirler. Hissedilen bu kırılganlık da bireyin fiziksel duyularına karşı dikkatinin yoğunlaşmasına ve bu duyuları daha farklı algılamasına neden olabilir. Bu gibi durumlar normal sayılmaktadır ancak, bu durum bireyin yaşamını etkiliyorsa ve birey için kronik bir hale büründüyse ciddi bir sorun olarak ele alınmaktadır (Özmen, 2009). Somatizasyon tekrarlayan cerrahi müdahalelere, ilaç bağımlılığına, eşle ilişkide sorunlara, boşanmaya, dürtüsel veya antisosyal davranışlara ve hatta intihara kadar uzanan pek çok soruna neden olabilmektedir (Sevinçok, 1999).

Somatizasyon bozukluğu sonucunda görülen belirtiler en yaygın olarak şu şekildedir;

- Bulantı
- Kusma

- Öğürme
- Geçirme
- Karın şişmesi
- Bedenin farklı yerlerinde meydana gelen ağrılar
- Regl düzensizlikleri
- Yürümede güçlük
- Solunumda güçlük
- Kısmi ve geçici felç (Uğur, 2015).

1.2.2. Somatizasyonun Tarihçesi

Bireylerin bedensel olarak hissettikleri ancak fiziksel bir hastalık ile açıklanamayan bedensel semptomlara yönelik olarak yapılan ilk açıklamalar, M. Ö. 1900'lerde Mısır'da bulunan Kahun tabletlerinde görülmüştür. Bu dönemde yapılan açıklamalar, uterusun vücutta yukarı doğru serbestçe dolaşmasının bireylerin fiziksel belirtiler göstermesine neden olduğu biçimindedir. Tedavi için ise uterusun rahme geri dönmesini sağlamak adına uyarılması yöntemi kullanılmıştır. Bunu sağlamak için ise değerli ve güzel kokulu maddelerin tütsülenmesi veya kötü kokan maddelerin yenilmesi veya koklanması yöntemleri tercih edilmiştir. Bu sayede uterusun aşağıya doğru itilmesi amaçlanmıştır (Smith, 1990).

Yunan toplumu da nedeni tam olarak bilinmeyen fiziksel belirtilerle ilgili olan bu hastalığa uterus ile aynı anlamı taşıyan "histeri" ismini vermişlerdir (Akyıldız ve ark., 2015). Hipokrat da bu görüşü desteklemiş ve bu hastalığın nedenini vücutta serbestçe dolaşan uterusu bağlamıştır. Yunan toplumunda da bu hastalığın tedavisi için kötü kokularla birlikte keskin kokuya sahip olan şarapların da kullanıldığı görülmektedir (Smith, 1990).

Psikosomatik kelimesi ise ilk olarak Johann Christian August Heinroth (1818) tarafından kullanılmıştır. Heinroth, somatizasyonu, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir bütünü olarak ele almış, somatik yakınmaları bulunan hastalar için hem mental hem de fiziksel bir yaklaşımı benimsemiştir. (akt. Steinberg, Herrman Lingen, Himmerich, 2013).

Somatizasyon terimi ise ilk olarak Stekel (1925) tarafından kullanılmıştır. Stekel (1925), psikolojik sıkıntıların bedensel semptomlara dönüşmesi anlamına gelen “organsprache” sözcüğünü kullanmıştır. Bu sözcük, “somatizasyon” şeklinde çevrilerek literatüre geçmiştir. 1935 senesinde Stekel tarafından yazılan “Rüyaların Yorumu” isimli kitapta da somatizasyon sözcüğü Stekel tarafından tercih edilmiştir (akt. Özen Şahin, 2007).

Somatizasyonun tarihine bakıldığında, beden ve zihin arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultudaki çalışmalar Hipokrat’tan itibaren araştırılmıştır. Fakat bu konuda yapılan çalışmalar ve somatizasyonun tam olarak anlaşılması psikanaliz ile birlikte başlamıştır (Erol, 2018).

Freud, somatik belirtilerin olduğu iki farklı yapı açıklamıştır. Bunlar; nevrasteni ve histeridir. Nevrasteni, somatik kaynaklı; histeri ise psişik kaynaklı rahatsızlıklar olarak görülmektedir (De Gucht ve Fischler, 2002). Ancak histeri, sadece psişik ve somatik kaynaklı değil, kaygı ve depresyonla da ilişkili bir durum olarak ifade edilmiştir (Perley ve Guze, 1962). Bu noktada histeri, somatizasyonun başlangıcı olarak görülmektedir. Histeri ve somatizasyon arasındaki tek fark ise, histerinin içerisinde kaygı ve depresyon semptomlarını barındırıyor olmasıdır (De Gucht ve Fischler, 2002).

1943 senesinde ise somatizasyon ilk kez “derin yerleşimli bir nevrozun dışavurumu olarak ortaya çıkan bir beden rahatsızlığı” şeklinde ifade edilmiştir (Cimilli, 1999). Klinik tanımlaması ise ilk olarak 1980 senesinde DSM-III’te yer alan “somatizasyon bozukluğu” tanısıyla gerçekleşmiştir (Yavuz, 2012).

1.2.3. Somatizasyonun Görülme Sıklığı

Somatizasyon, bütün kültürlerde rastlanılabilen oldukça yaygın bir bozukluktur. Somatizasyon her zaman kendisine eşlik eden başka bir psikolojik veya tıbbi problemle birlikte görülmez. Tek başına da bireylerde bir bozukluk olarak ortaya çıkabilmektedir (Karaer Karapıçak, 2010).

Somatizasyon, günlük hayatta çok yaygın olarak karşılaşılan bir olgudur. Sağlıklı bireylerin %80’i bir hafta içerisinde sürekli olmayan bedensel duyumlar veya yakınmalar olarak isimlendirilen bir veya birden çok bedensel semptom

yaşamaktadırlar (Özer, 2010). Ancak Lipowsky (1988)'e göre yardım arama davranışı veya tıbbi tedaviye başvuru gerçekleştirilmediği sürece, işlevsel yakınmaların bireyde var olması klinik olarak bedenselleştirme kabul edilmemektedir (akt., Özer, 2010).

Somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili ilk elde edilen bulgular 1978 senesinde New Hawen'da gerçekleştirilen çalışmaya aittir. Bu çalışmada somatizasyon yaygınlığı %0.4 şeklinde ifade edilmiştir (akt. Fidanoğlu, 2007).

Yapılan araştırmalarda, sağlık merkezlerine başvuruda bulunan hastaların %15'i ile %30'u arasında tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar görüldüğü belirtilmektedir (Kirmayer ve ark., 2004).

Somatizasyon bozukluğunun cinsiyetler arasındaki yaygınlığı incelendiğinde, yapılan çalışmalar, kadınlarda daha yaygın görüldüğüne işaret etmektedir (Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013; Prasad, Desai ve Chaturvedi, 2017). Tunçer (2005)'in yapmış olduğu çalışmada kadınların somatizasyon bozukluğuna sahip olma sıklığının erkeklerden 5 kat daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur. Ancak bu durum somatizasyonun yalnızca kadınlarda görüleceği anlamına gelmemektedir. Yapılan bir araştırmada, depresyon durumunda erkeklerin kadınlardan daha sık bedensel yakınma belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (Şahin, 2007).

Bolat (2010) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, somatizasyon bozukluğunun yaygınlığı bireylerin son 12 ayda yaşamış oldukları semptomlar taranarak incelenmiş ve erkeklerde somatizasyon bozukluğuna rastlanmazken, kadınlarda yaygınlığı %0.4 olarak ifade edilmiştir. Aynı çalışmada tüm nüfustaki yaygınlığı ise %0.2 şeklinde bulunmuştur.

1.2.4. Somatizasyon Nedenleri

Somatizasyon bozukluğunun nedenleri hakkında literatürde birçok tartışma bulunmaktadır. Ancak neden kaynaklandığı henüz tam olarak bilinmemektedir (Demir, 2010). Bu konuda ortaya koyulan görüşler aşağıda başlıklar halinde açıklanmaktadır.

1.2.4.1. Genetik Faktörler

Yapılan araştırmalar somatizasyon bozukluğunun genetik bir yönü olabileceğini ifade etmektedir. Bolat (2010) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, kadın hastaların birinci derece akrabalarında %10 ile 20 arasında somatizasyon görüldüğü ifade edilmiştir.

Candansayar (1994) tarafından gerçekleştirilen ikiz çalışmasında ise tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine oranla somatizasyon bozukluğu eş hastalanması daha fazla görülmüştür.

Özmen ve Sağduyu (1997) tarafından gerçekleştirilen evlat edinme çalışmasında ise, hem biyolojik hem de evlat edinen ebeveynde somatizasyonun bulunmasının çocuklarda da bu hastalığın görölme riskini arttırdığı görülmüştür.

1.2.4.2. Sosyal ve Kültürel Faktörler

Somatizasyon görülen hastalarda duyguların ifade edilmesi sözel davranışlardan çok bedensel uyarımlara dayanmaktadır. Bu noktada kültürün ve sosyal koşulların somatizasyon üzerinde etkisinin olduğu düşünölmektedir. Çünkü, bireylerin yaşamış oldukları duyguları ifade etme, algılama ve isimlendirme biçimi kültüre göre farklılık göstermektedir (Bolat, 2010).

Pek çok kültürde psikolojik ve toplumsal çatışmaları anlatmanın bir yöntemi olarak bedensel semptomlar kullanılmaktadır. Ancak bir kültürde sıklıkla karşılaşılan bedensel semptomlar farklı kültürlerde daha nadir görölebilmektedir (Kaya, 1996). Örneğin bazı kültürlerde veya dini inanışlarda psikolojik değişikliklerin dışarı yansıtılması, paylaşılması utanılacak bir durum olarak ifade edilmiştir. Bu gibi toplumlarda psikolojik problemlerin dışa vurumu bedensel yollarla gerçekleşmektedir (Dölgerler, 2000; Koh, 2013).

Somatizasyon bozukluğunun ekonomik düzeyin ve eğitim seviyesinin düşük olduğu gruplarda, göç yaşayan gruplarda ve azınlıklarda daha yaygın oranda olduğu ifade edilmektedir (Karaer Karapıçak, 2010; Ozaner, 2011; Prasad ve ark., 2017). Aynı zamanda doğu toplumunda ve kırsal bölgelerde de daha yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir (Bolat, 2010).

Sakarya (2013) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada ise tutucu, baskıcı ve dindar kùltürlerde görùlen duyguları bastırma ve ifade edememe durumu sonucunda somatizasyonun ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir.

1.2.4.3. Gelişim ve Öğrenmeden Kaynaklı Faktörler

Özellikle bireylerin çocukluk döneminde öğrenme deneyimleri gözlem yoluyla gerçekleşmektedir. Çocuklar, sağlık ve hastalık ile ilgili olan bilgileri ve bedensel olarak yaşadıkları duyuları ne şekilde yorumlayacaklarını içerisinde buldukları toplum ve aileden öğrenerek şekillendirmektedirler (Akyıldız, 2011).

Pek çok araştırmacı, somatizasyon bozukluğunun hastalık davranışının modellenmesi veya sosyal öğrenme sonucunda meydana geldiğini ifade etmektedir (Bass ve Murphy, 1995; Karaer-Karapıçak, 2010).

1.2.4.4. Kişilik Özellikleri

Somatizasyonun meydana gelmesinde bireylerin sahip oldukları kişilik özelliklerinin de etkisinin olduğu ileri sürùlen görüşler arasındadır (Mai, 2004). Yapılan klinik gözlemler incelendiğinde, somatizasyon bozukluğuna sahip olan hastaların hem kendilerini hem de hastalık semptomlarını abartılı, duygusal ve dramatik bir şekilde aktardıkları görülmüştür. Aynı zamanda hastaların kendileri ile çok fazla ilgili oldukları da ifade edilenler arasındadır (Demir, 2010).

şahin (2007) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, sağlık hizmetlerine yönlendirilen somatizasyon bozukluğuna sahip hastaların %61 oranında kişilik bozukluğuna sahip olduğu ifade edilmiştir. En yaygın görùlen kişilik bozuklukları ise; paranoid, kendine zarar verici, obsesif kompülsif ve kaçınan kişilik bozukluklarıdır. Ancak yine aynı çalışmada somatizasyonun görülmesi için belli bir kişilik yapısının olmadığı, her tür kişilik yapılanmasına sahip bireyde görülebileceği belirtilmiştir.

Dülgerler (2000) tarafından yapılan açıklamada ise somatizasyon bozukluğuna sahip olan bireylerin akademik başarı ve topluma uyum konusunda zayıf oldukları ifade edilmiştir. Yavuz (2012) ise bu bireylerin, içe dönük, olumsuzluklar üzerinde fazlasıyla duran, depresyon ve kaygıya meyilli kişiler olduklarını belirtmiştir.

1.2.5. Somatizasyon Tanı Kriterleri

Somatizasyon ilk olarak 1980 yılında DSM-III’te tanımlanmıştır. Günümüzde ise somatizasyonun klinik olarak tanımlanmasında DSM-V ve ICD-10 tanı kriterleri tercih edilmektedir.

ICD-10 (2014) somatizasyon bozukluğunu, en az 2 senedir devam etmekte olan tekrarlayan, çoklu ve sıklıkla değişime uğrayan fiziksel semptomlar şeklinde açıklamaktadır. Somatizasyon bulunan bireylerin büyük bir kısmı, hastalığına tanı koyulması amacıyla operasyonlar geçirmiş ancak belirtilerin fiziksel temelini açıklayacak bir bulguya rastlanılmamıştır. Semptomlar inişli çıkışlı, değişken ve kronik bir halde ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla kişilerarası, sosyal ve aile ile olan ilişkilerde bozulmaya yol açmaktadır.

Somatizasyon, DSM-V’te “Bedensel Belirti Bozukluğu” ismi ile yer almaktadır. Tanı ölçütleri şu şekildedir;

“A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden fazla bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemi ile orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.

2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili sürekli, yüksek düzeyde bir kaygı.

3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcama.

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (6 aydan daha uzun süreli olarak).

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskını olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (6 aydan daha uzun) belirlidir” (DSM-V-TR, 2014).

1.2.6. Somatizasyon Tedavisi

Somatizasyonun biyolojik, psikolojik ve sosyal bir model olarak ele alınıp kavramsallaştırılması ile birlikte, somatizasyona özel psiko-sosyal tedavi yöntemleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Ortaya çıkan tedavi yöntemlerinde çoğunlukla davranışsal, bilişsel ve kişilerarası müdahaleler bulunmaktadır. Bu noktada somatizasyonun tedavisinde fizyolojik, bilişsel, duygusal, davranışsal ve çevresel faktörlerin bir arada alınmasının önemi vurgulanmaktadır (Woolfolk, Allen ve Tiu, 2007).

Psikanalitik yaklaşım, somatizasyona sahip olan bireylerin kendi içsel süreçleri ile ilgilenmelerinin doğru bir tedavi yöntemi olacağını savunmaktadır. Bu noktada, bireye sağlanan sosyal destek önemli bir konuma gelmektedir. Yine analitik yaklaşıma göre, bireylerin kaygılarının daha iyi açıklanması ve kaygıları üzerinde durulması belirtilerin azaltılmasında etkili olmaktadır. Çünkü, belirtilerin ortaya çıkmasının esas nedeni kaygı ile başa çıkma zorluğu olarak görülmektedir (Tunaboşlu İkiz, 2008).

Pek çok tedavi çalışmasında gevşeme egzersizleri ya da hipnoterapi uygulamaları ile birlikte somatik semptomları bulunan bireylerin belirtilerinde azalma yaşandığı ifade edilmektedir (Blanchard, Greene, Scharff ve Schwarz McMorris, 1993; Haanen ve ark., 1991).

Bununla birlikte antidepresan ilaçların ve trankilizanların kullanımı da tedavi yöntemleri içerisinde yer almaktadır (Koptagel İlal, 1999; Tokuş, 2012). Yapılan araştırmalarda, antidepresan kullanan bireylerin, plasebo grubuna oranla üç kat daha fazla düzelme bildirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Kandemir ve Ak, 2013).

1.3. ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

1.3.1. Şema Kavramı

Şemalar, bireylerin erken çocukluk döneminde yaşamış oldukları olaylar, durumlar, tecrübeler ve ilişkiler sonucunda ortaya çıkan ve gelişen bilişsel yapılar olarak ifade edilmektedir. Şemalar, bireyler için yaşayacak oldukları olay ve durumlarda kullanmaları adına oluşturmuş oldukları taslakları içerisinde barındırmaktadırlar. Bireyler, duyuşsal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini ortaya

koymak için oluşturmuş oldukları şemaları temel kabul etmekte ve bilgiyi işleme noktası olarak kullanmaktadırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Gör ve arkadaşları (2017) şema kavramını, geçmiş yaşantılar sonucunda oluşan, gelecek üzerinde etkisi olan ve bireyin yaşamını anlamlandırmasında ona yol gösteren yapılar şeklinde ifade etmektedir.

Şema kavramı ilk kez Barlett (1932) tarafından tanımlanmıştır. Ancak şemalarla ilgili yapılan açıklamalar ve araştırmalar son zamanlarda önemli bir artış göstermiştir. Barlett'e (1932) göre şemalar, bireylerin tecrübe ettikleri ve bilişsel olarak işlenen geçmiş dönemdeki tepkileri olarak ifade edilmektedir.

Şema kavramı ile ilgili önemli açıklamalar yapan bir diğer isim ise Piaget'tir. Piaget, çocuklar üzerinde gözlemlemiş olduğu davranışlar sonucunda farklı bir şema tanımlaması ortaya koymuştur. Piaget şemaları, "organize olmuş davranış kalıpları" şeklinde açıklamaktadır (akt. Tok, 2017).

Şemaların günümüzdeki tanımlaması ise Bowlby tarafından ortaya koyulan bağlanma kuramına dayanmaktadır. Bağlanma kuramına göre, erken çocukluk döneminde birey ile bakım vereni arasındaki ilişkinin kendisi ve başkaları tarafından ortaya koymuş olduğu bilişsel temsilleri şemaları meydana getirmektedir (Tok, 2017).

Thimm (2010) ise şema kavramını, "çocuk veya ergenlik döneminde gelişme gösteren ve hayat boyu devam eden, önemli ölçüde işlevsizliği olan, bireyle ya da diğerleriyle olan ilişki ile ilgili yaşantılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan meydana gelen yaygın ve geniş bir tema" olarak açıklamaktadır.

Şema modelini ortaya koyan Young (1999), şema kavramını "erken dönem uyumsuz şemalar" olarak açıklamakta ve bu şemaların altında, bireylerin erken çocukluk dönemlerinde karşılanmayan temel ihtiyaçlar sonucunda ortaya çıktığını ifade etmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar bireylerin yaşamlarının tüm evrelerinde olumsuzluklara yol açabilmekte pek çok ruhsal bozukluğun temelinde yer almaktadır (Young ve Lindemann, 1992).

Şemalar, katmanlar şeklinde bir araya gelmekte ve oluşmaktadır. İlk katman otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalardır. Bu katmanda olaya has istenmeyen

duygu ve düşüncelerle bağlı çarpıtmalar gelişmektedir. İkinci katmanda ara inançlar bulunmaktadır. Bu katmanda koşullu varsayımlar bulunmaktadır. “Eğer” ile başlayan cümleler ve gereklilik ifadeleri sıklıkla kullanılmaktadır. Üçüncü ve son katman ise çekirdek inançlardır. Bu katmanda, koşullu olmayan, değişime kapalı, kesin ve güçlü duyguların bulunduğu en derin bilişsel şemalar bulunmaktadır (Cullum, 2009).

1.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri

Bireylerde olumsuz şemaların ortaya çıkmasında ve gelişmesinde, bireylerin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşamış oldukları farklı travmatik olaylar oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan bu şemalar, yetişkinlik döneminde meydana gelen farklı yaşam olayları sonucunda aktif hale gelebilmektedir. Aktif duruma gelen şemalar, bireylerin içerisinde buldukları durum veya olayları, çocukluk döneminde yaşadıkları travmatik olaylar ile benzer bir şekilde algılamaktadırlar. Bu noktada şemaların uyarılması durumunda bireyler çeşitli istenmeyen, olumsuz duygular hissetmektedirler (Young ve ark., 2006).

Şemaların temel bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıda yer almaktadır (Alfasfos, 2009; Anlı, Can ve Evren, 2017).

- Değişim karşısında dirençli ve katıdırlar.
- Genellenen örüntü ve temalar biçimindedirler.
- Erken çocukluk döneminde meydana gelir, ergenlik döneminde gelişim gösterirler.
- Geçmişteki tecrübe, düşünce, eylem ve duygular sonucunda meydana gelirler.
- Bireyler tarafından bilinirler.
- Bireylerin acı çekmelerine yol açmalarının yanında aynı zamanda tanıdık ve rahattırlar.
- Farklı şiddet ve yaygınlık seviyesinde olabilirler.
- Bireyler arasındaki ilişkilerde ortaya çıkarlar.
- Bireylerin yaşamlarının geneline hakindirler.

Bunların dışında bireyler, olumsuz şemalarını harekete geçiren olaylara kendilerini yakın hissederler. Bu nedenle şemaların değiştirilmesi oldukça zordur. Aynı zamanda bireyler, uyumsuz şemalarını gerçekliğin bir parçası olarak algırlar

ve bireylerin ön kabullerini yansıtırlar. Bu yüzden şemalar bireylerin gelecekteki yaşantıları üzerinde de etki sahibi olurlar. Bireylerin eylemlerinde, hislerinde ve düşüncelerinde şemaları her zaman önde yer almaktadır. Bireyler, yaşantılarını şemalar aracılığıyla anlamlandırırılar (Young, 1999; Young ve ark., 2006).

1.3.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Temelleri

Şemaların temelinde üç önemli faktörün varlığı söz konusudur. Bunlar; çekirdek duygusal ihtiyaçlar, erken dönem yaşantılar ve duygusal mizaçtır (Young ve ark., 2003).

Çekirdek duygusal ihtiyaçlar: Bireylerin yetişkinlik çağlarında tüm yönlerden sağlıklı bir birey olabilmeleri, çevreleri ile uyum sağlayabilmeleri adına çocukluk dönemlerindeki temel ihtiyaçlarının karşılanması oldukça önemlidir. Bu ihtiyaçlar, çekirdek duygusal ihtiyaçları oluşturmaktadır (Young ve Lindemann, 2002). Bireylerin çocukluk dönemlerindeki temel duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda erken dönem uyumsuz şemaların ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte ortaya çıkan şemaların etkileri bireyden bireye değişiklik gösterebilmektedir (Young ve ark., 2003).

Young ve arkadaşları (2003) tarafından ifade edilen beş temel duygusal ihtiyaç bulunmaktadır. Bu ihtiyaçların evrensel olduğu belirtilmektedir. Bunlar;

1. Diğerlerine karşı güvenli bağlanma örüntüsü geliştirme, kararlılık ve onaylanma
2. Bağımsızlık, kimlik geliştirme ve olgunluk
3. Duyguları ve ihtiyaçları özgürce ifade edebilme
4. Spontanlık ve oyun
5. Akılcı sınırlar ve öz denetim becerisi

Erken dönem yaşantılar: Bireylerin tüm hayatları boyunca devam eden, zihinsel işlevleri ve davranışları etkileyen yaşantılardır. Bireyleri psikolojik olarak yıpratıcı çocukluk yaşantıları, erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasında en önemli temellerdir. Aile içerisinde ortaya çıkan şemalar en hızlı ve etkili meydana

gelen şemalardır. Birey, erken dönem uyumsuz şemalarını harekete geçiren bir yaşantının içerisinde bulunduğu şemaların temelinde olan anne ve babası ile geçirdiği olumsuz olayları hatırlayarak tepki vermektedir.

Bununla birlikte akranlar, toplumsal gruplar, okul ve kültür gibi diğer faktörler de erken dönem yaşantılarının bir parçasıdır. Çocuk büyüdükçe sosyal çevresi genişlemekte ve çocuk için önemli olan kişilerin sayısı çoğalmaktadır. Bu çevrelerde meydana gelen yaşantılar da şemaların gelişim göstermesine neden olabilir. Fakat sonradan gelişen bu şemalar, aile içerisinde gelişen şemalara oranda daha zayıftır (Young ve ark., 2003).

Erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasına yol açan dört farklı erken yaşam olayı bulunmaktadır (Young ve ark., 2003). Bunlar;

1. İhtiyaçların karşılanmaması sonucunda ortaya çıkan hayal kırıklığı
2. İhmal ve travma yaşantıları
3. İyi şeylerin ihtiyaçtan daha çok sağlanması
4. Seçici içselleştirme

Duyusal mizaç: Çevreden bağımsız olarak çocuğun duygusal yapısı da erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesinde önemli bir etkidir. Her bireyin olduğu gibi her çocuğun da kendisine has kişilik özellikleri ve doğuştan getirmiş oldukları mizacı bulunmaktadır. Bazı çocuklar daha utangaçken bazıları girişken bazıları ise daha saldırgan olabilmektedir (Akşahin, 2017). Doğuştan getirilen bu mizaç farklılıkları çocukların birbirlerinden farklılık gösteren yaşantılarına uyum sağlamalarında ve farklı yaşantılar oluşturmalarında etkili olmaktadır. Farklı mizaç yapılarına sahip çocuklar, aynı veya benzer yaşam olayları karşısında farklı tepkiler verebilmektedirler (Young ve ark., 2003).

Young ve arkadaşları (2003) çoğunlukla doğuştan getirilen ve değiştirilemeyeceğini düşündükleri farklı duygusal mizaç alanları olduğunu ifade etmişlerdir. Bu alanlar aşağıda yer almaktadır:

- Çabuk etkilenen-Tepkisiz

- Distimik-İyimser
- Kaygılı-Sakin
- Takıntılı-Dikkati dağınık
- Pasif-Agresif
- Utangaç-Sokulgan
- Sinirli-Keyifli

1.3.4. Erken Dönem Uyumsuz Şema Boyutları

Erken dönem uyumsuz şemalar farklı temellere dayanarak ortaya çıkmakta ve gelişmektedir. Bu nedenle erken dönem uyumsuz şemalar kendi içerisinde farklılık göstermektedir. Young ve arkadaşları (2003) 5 boyuttan oluşan 18 erken dönem uyumsuz şemanın olduğunu ifade etmektedir.

1.3.4.1. Ayrılma ve Reddedilme

Bu alanda erken dönem uyumsuz şemaları bulunan bireylerde, bağlanma problemleri görülmektedir (McGinn ve Young, 1996). Bu bireyler güvenli bağlanma sorunu yaşarlar, aidiyet duyguları gelişmez, dış çevreden soyutlanmış durumdadır ve duygusal yoksunluk yaşamaktadırlar. Bununla birlikte empati kurma, kabul ve saygı görme, duygularını ifade etme gibi temel gereksinimlerini karşılama noktasında da problemler yaşamaktadırlar. Bu şema alanına sahip olan bireylerin çocukluk dönemlerine bakıldığında çoğunlukla, şiddet gören, taciz ve ihmal mağduru olan, reddedici ve soğuk ebeveyn tutumuyla büyütülen bireyler oldukları görülmektedir (Young ve ark., 2003).

Bu alana özgü şemalar;

- Terk edilme-İstikrarsızlık
- Güvensizlik-kötüye kullanılma
- Duygusal yoksunluk
- Utanç-kusurluluk
- Yabancılaşma-sosyal izolasyondur.

1.3.4.2. Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Bu alanda erken dönem uyumsuz şemaları bulunan bireylerin, ebeveynlerinin iki tür yaklaşım sergiledikleri bilinmektedir. İlk yaklaşıma sahip olan ebeveynler, çocukları ile ihtiyacı olandan fazla ilgilenerek onları şımartmaktayken, ikinci yaklaşıma sahip olan ebeveynler çocuklarına ihtiyaçları olan ilgiyi vermemekte, onları yok saymaktadır. Her iki durumda da birey kendine has bir özerklik ve ego geliştirememekte ve erken dönem uyumsuz şemalarını bu doğrultuda meydana getirmektedir. Bu alanda şemaları bulunan bireyler, bağımsızlık ve rekabet gibi konularda sorun yaşamakta, ailelerinden ayrı bir benlik geliştirememektedirler (Young ve ark., 2003).

Bu alana özgü şemalar;

- Yetersizlik-bağımlılık
- Zarar görmeye karşı dayanıksızlık
- Gelişmemiş ego-iç içe geçme
- Başarısızlıktır.

1.3.4.3. Zedelenmiş Sınırlar

Bu alanda erken dönem uyumsuz şemaları bulunan bireylerin ebeveynlerinin, aşırı izin verici tutuma sahip oldukları görülmektedir. Bu tutum sonucunda birey, diğerleri ile sınırlar koyamayan, yeterli öz kontrol ve disiplini geliştiremeden büyümekte ve bu yaşantılarını yetişkinlik dönemine taşımaktadır. Bu bireylerde, kurallara uyma, diğerleri ile ilgilenme, diğerlerinin haklarına saygı duyma, iş birliğine yakınlık ve özerkliği kontrol etme noktasında problemler görülmektedir (McGinn ve Young, 1996; Young ve ark., 2003). Bu alana özgü şemalar;

- Yetersiz öz disiplin-öz kontrol
- Büyüklenmecilik-hak görmedir.

1.3.4.4. Diğer Yönelimlilik

Bu alanda erken dönem uyumsuz şemaları bulunan bireyler, kendi istek ve gereksinimlerinden çok diğerlerinin istek ve gereksinimlerini düşünmekte ve yaşantılarını buna göre devam ettirmektedirler. Bu boyuttaki şemalar çoğunlukla

kısıtlayıcı ebeveyn tutumunun hakim olduğu aile yapılarında ortaya çıkmaktadır. Çocuklar doğal yaşantılarını ve davranışlarını ortaya koymada özgür olamamış, sevgi ihtiyacı önemli ölçüde kısıtlanmıştır (Young ve ark., 2003). Bu alanda şemaları bulunan bireyler, duygusal ilişkiyi devam ettirme, onaylanma veya verilecek olan tepkilerden kaçınma noktasında yaşadıkları yoğun kaygı nedeniyle kendi gereksinimlerini fark etmede sorun yaşamaktadırlar (McGinn ve Young, 1996).

Bu alana özgü şemalar;

- Kendini feda
- Onay-kabul arayıcılık
- Boyun eğiciliktir.

1.3.4.5. Aşırı Tetikte Olma-Ketlenme ve Baskılama

Bu alanda erken dönem uyumsuz şemaları bulunan bireyler, duygularını sürekli olarak gizlemekte ve kötü olaylara karşı her daim hazırlıklı olduklarını düşünmektedirler. Bu şema boyutu, çoğunlukla otoriter veya aşırı talepkar ebeveyn tutumuna sahip olan aile yapılarında ortaya çıkmaktadır. Bireyler, duygularını ifade etme ve yakın ilişkiler geliştirme konusunda içselleştirmiş oldukları oldukça sert kurallara sahiptirler. Bu alana özgü şemalar;

- Duygusal bastırma
- Cezalandırıcılık
- Karamsarlık
- Yüksek standartlar-Yoğun eleştiriciliktir.

1.3.5. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Ruhsal Bozukluklar ile İlişkisi

Erken dönem uyumsuz şemaların bireylerin psikolojik sağlıkları ile yakından bir ilişkisi bulunmaktadır. Bunun nedeni şemaların bireylerin temel inançlarını oluşturmaları ve bilişsel yapılarının en derininde yer almalarıdır. Bu nedenle bireyler, yaşamış oldukları durumlar karşısında duygu ve düşünce geliştirirken veya davranış ortaya koyarken şemalarının aktif olduğunun farkında olmazlar. Bu nedenle erken dönem uyumsuz şemalar, ilk önce duruma yönelik olarak ortaya çıksalar dahi zaman içerisinde gelişebilmekte ve ruhsal bozukluklara temel hazırlayabilmektedir. Bu noktada uyumsuz şemalar, psikolojik sağlık açısından bir risk faktörü olarak kabul

edilmektedir (Ehsan ve Bahramizadeh, 2011). Bununla birlikte şemaların, kişilik bozukluklarına da yol açabileceği düşünülmektedir (Riso ve ark., 2006; Trincas ve ark., 2014).

İlgili alan yazın incelendiğinde erken dönem uyumsuz şemalar ile yeme bozuklukları (Turner, Rose ve Cooper, 2005), sosyal fobi (Makas ve Çelik, 2018), davranım bozuklukları (Van Vlierberghe ve ark., 2010), obsesif kompulsif bozukluk (Montazeri ve ark., 2014; Talee-Baktash, Yaghoubi, Yousefi, 2013), anksiyete (Kömürçü ve Gör, 2016; Yiğit ve ark., 2018) ve depresyon (Flink ve ark., 2019; Haugh, Miceli, ve DeLorme, 2017) gibi pek çok ruhsal bozukluk arasında ilişki olduğu görülmektedir.



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma kapsamında tercih edilen model, katılımcı grubu, veri elde etmek için kullanılan araçlar, verilerin elde edilmesi ve veri analiz süreci ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma, betimsel desende planlanmış ve yürütülmüş, araştırmada ilişkiyel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkiyel tarama modeli genel tarama modellerinden bir tanesidir. Genel tarama modellerinde önceden belirli olan bir evren hakkında genel geçer bilgiye ulaşmak hedeflenmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar evrenin tamamı ya da evrenin bir kısmından elde edilen bir örneklem ile gerçekleştirilir. İlişkiyel tarama modellerine bakıldığında, iki ya da ikiden çok değişkenin bir arada değişip değişmediğinin incelenmesinin hedeflendiği görülmektedir. Bununla birlikte değişimin büyüklüğü ve yönü hakkında da bilgi sağlamaktadır. İlişkiyel tarama modeli aracılığıyla elde edilen ilişkiler, gerçek neden sonuç ilişkileri olarak temellendirilememekte fakat bu ilişkiye yönelik ipucu sağlamaktadır. Bununla birlikte değişkenlerden bir tanesindeki durumun bilinmesi ile diğer değişkenler ile ilgili ön tahminde bulunulmasına katkı sunmaktadır (Karasar, 2018). Araştırmanın bağımsız değişkeni çocukluk çağı travmaları, bağımlı değişkeni somatizasyon iken erken dönem uyumsuz şemalar ise aracı değişkendir.

2.2. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırma grubu İstanbul ilinde ikamet eden ve kronik tıbbi bir hastalığı bulunmayan 18-45 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Araştırma kapsamına dahil edilecek bireyler tespit edilirken olasılıksız örnekleme yöntemleri içerisinde yer alan amaçlı örnekleme ve uygun örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Derinlemesine ve detaylı bir çalışma gerçekleştirilirken, araştırmanın amacı kapsamında bilgi bakımından zengin olan durumların tercih edilmesiyle elde edilen örnekleme yöntemi, amaçlı örnekleme olarak ifade edilmektedir (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2012). Amaçlı örneklemede araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen niteliklere sahip olan katılımcılar araştırmaya alınmaktadır

(Etikan, Musa ve Alkassim, 2016). Bu araştırma kapsamına dahil edilecek bireyler seçilirken üç ölçüt temel alınmıştır. Bunlardan ilki katılımcıların 18-45 yaş aralığında bulunması, ikincisi İstanbul'da ikamet etmeleri, üçüncü ölçüt ise kronik tıbbi bir hastalıklarının bulunmamasıdır.

Belirlenen bu üç ölçütü karşılayan bireylere ulaşmak amacıyla tercih edilen örnekleme yöntemi ise uygun örneklemedir. Uygun örnekleme, para, işgücü ve zaman açısından sınırlı bir durumun olması durumunda kullanılmaktadır. Bu örnekleme yönteminde katılımcılara kolay ulaşılması ve uygulama yapılabilir yöntemlerle ulaşmak hedeflenmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2012). Araştırma doğrultusunda uygun örnekleme yönteminden yararlanılmasının sebebi ise araştırmacı tarafından araştırmaya katılacak olan bireylere kolay bir şekilde ulaşılmasına katkı sunmasıdır.

Gerçekleştirilen bu çalışmada 417 bireye ulaşılmış ancak 7 katılımcı eksik veri nedeniyle, 43 katılımcı ise kronik hastalığı olması nedeniyle araştırma dışında bırakılmıştır. Bu doğrultuda araştırmacının örneklem grubunu, İstanbul'da yaşayan, kronik hastalığı bulunmayan ve 18-45 yaş aralığında bulunan 367 birey oluşturmaktadır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Young Şema Ölçeği-Kısa Form ve Somatizasyon Ölçeği kullanılarak veri elde edilmiştir.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireylere ait demografik bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formunda katılımcıların cinsiyeti, yaşı, gelir düzeyi, medeni durumu, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yaşadığı yer ve kronik hastalığı bulunma durumuna dair sorular yer almaktadır (Ek-1).

2.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Araştırmada 'Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçek Bernstein ve ark (1994) tarafından geliştirilmiş olup, 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek çocukluk çağı

fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek alt boyutlar bazında değerlendirilebileceği gibi toplam puan alınarak da değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır (Ek-2). Şar ve arkadaşları, ölçeğin değerlendirilmesinde kullanılacak kesme puanları belirlemişlerdir. Bu kesme puanlar, cinsel ve fiziksel istismar için 5'ten yüksek, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7'den yüksek, duygusal ihmal için 12'den yüksek ve toplamda 35 puandan yüksek alınması olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .93 olarak bulunmuştur (Şar ve ark., 2012). Bu araştırma kapsamında ise Cronbach alfa değeri .90 olarak bulunmuştur.

2.3.3. Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon Ölçeği, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI-Minnesota Multiphasic Personality Inventory)'nin Somatizasyon Bozukluğu ile ilgili maddelerinden oluşturulmuştur (Hathaway ve Kinley, 1943). Ölçekte doğru ve yanlış olarak yanıtlanabilen 33 soru bulunmaktadır (Ek-3). Ölçeğin toplam puanı doğru ve yanlış yanıtlardan elde edilen puanlar toplanarak hesaplanır. Ölçekten elde edilen puanların 0 ile 33 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçekten elde edilen puanların yükselmesi somatizasyon semptomlarının yüksek olduğunu göstermektedir (Dülgerler, 2000). Ölçeğin Dülgerler (2000) tarafından gerçekleştirilen geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında ise Cronbach alfa değeri .87 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Young Şema Ölçeği-Kısa Form

Araştırmada erken dönem uyum bozucu şemalarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Young Şema Ölçeği (YŞÖ), Young ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olup 5 şema alanı ve 18 şema boyutunu ölçen 90 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde kesme noktası belirlenmemiştir. Ölçek 6'lı Likert tipinde değerlendirilmektedir. Puanların artması, şemaların var olduğunu ve yoğunluğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması ülkemizde Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu için 5 alan ve 14 şema uygun görülmüştür (Ek-4). Bu alt ölçekler; Terk Edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları

Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İçe Geçme/Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyükleme, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğilim, Kendini Feda Etme, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu için iç tutarlılık katsayısı .63 ile .80, şema alanları için ise .53 ile .81 aralığında bulunmuştur (Soygüt ve ark., 2009). Bu araştırma kapsamında ise şema alanlarına ait Cronbach alfa değerlerinin .78 ile .94 aralığında yer aldığı bulunmuştur.

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma doğrultusunda kullanılması planlanan veri toplama araçları için ilk olarak geliştiricilerden gerekli izinler alınmıştır. İzinlerin alınmasının ardından ölçme araçları bir araya getirilmiş ve veri toplama seti oluşturulmuştur. Veri toplama setinde araştırmanın amacı, gizliliği ve verilerin yalnızca araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Ardından ölçme araçlarının nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgiler verilmiştir. Veri toplama araçları, araştırmaya katılım gösterme konusunda gönüllülük gösteren bireylere ulaştırılmıştır. Veri toplama araçları içinde bulunan Covid-19 pandemi süreci nedeniyle yüz yüze uygulanmamıştır. Veriler elektronik ortamda Google Formlar aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmaya 367 birey dahil edilmiştir. Veriler 2021 yılının şubat ve nisan ayları arasında toplanmıştır.

2.5. ETİK

Bu araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'nun 03.12.2020 tarih ve 2020-29 karar sayılı onayı ile yürütülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen tüm bireylere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ulaştırılmıştır; ölçek ve formlar onam formunun onaylanması sonrasında katılımcılara iletilmiştir.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİK

Ölçme araçlarından elde edilen veriler, IBM SPSS 22 sosyal bilimler için istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada hata payı .05 olarak alınmıştır. Bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolü araştırılmıştır. Bu doğrultuda öncelikle değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin çocukluk çağı travmaları, somatizasyon belirtileri ve erken dönem uyum bozucu şema alanlarının yordanması amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni çocukluk çağı travmaları, bağımlı değişkeni somatizasyon belirtileri iken erken dönem uyumsuz şema alanları ise aracı değişken olarak alınmıştır.

Aracı değişken incelemesinden önce regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizinin gerçekleştirilmesinden önce, regresyon analizi için gerekli olan şartların karşılanıp karşılanmadığı kontrol edilmiştir. Bu doğrultuda öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. İlk olarak değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk göstermesi halinde bu değerlerin +1 ve -1 arasında yer aldığı belirtilmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2016). Veriler incelendiğinde her bir ölçek toplam puanında bu koşulu sağlamayan verilerin olduğu görülmüştür. Kutu grafikleri incelendiğinde ortak verilerden 18 tanesi analiz dışında bırakılarak verilerin normal dağılıma yaklaşması sağlanmaya çalışılmıştır. Verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerine Tablo 1’de yer verilmiştir.

Tablo 1. Değişkenlere Ait Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

Değişken	Basıklık	Çarpıklık
ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	.339	.951
ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	-.009	.643
ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	.219	.948
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	-.247	.693
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	.554	.156
ÇÇTÖ-Toplam	.155	.932
Somatizasyon Ölçeği	-.006	.844
YŞÖ-Zedelenmiş Otonomi	.277	.883
YŞÖ-Kopukluk	.555	.980
YŞÖ-Yüksek Standartlar	-.510	.222
YŞÖ-Zedelenmiş Sınırlar	-.301	.104
YŞÖ-Diğeri Yönelimlilik	-.526	-.008

Normallik incelemesi adına gerçekleştirilen bir diğer analiz ise Kolmogrov-Smirnov testidir. Bu test sonucunda verilerin normal dağılıma uygun olmadığı görülmüştür. Fakat bu konuda yapılan açıklamalara bakıldığında araştırmaya dahil edilen örneklemin büyümesinin küçük farkların manidar çıkma ihtimalini arttırabileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk (2016), basıklık ve çarpıklık değerlerinin istenilen koşulları sağlaması durumunda verilerin normal dağılımdan aşırı sapma göstermediği noktasında bir kanıt oluşturduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte bir diğer normallik incelemesi kapsamında normal Q-Q grafiğine bakılmıştır. Grafik incelendiğinde noktaların 45 derecelik doğru üzerinde yer aldıkları ya da yakın bir konumda oldukları (Büyüköztürk, 2011; Can, 2017) görülmüştür. Yapılan tüm bu incelemeler sonucunda verilerin normal dağılıma uygun olduğu düşünülmüştür.

Bununla birlikte çocukluk çağı travmalarının demografik değişkenlere (cinsiyet, gelir düzeyi, kardeş sayısı) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Bağımsız Gruplar T Testi analizi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Çocukluk çağı travmalarının cinsiyet değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesinde, cinsiyet ve değişkenin iki kategorili olması nedeniyle Bağımsız Gruplar T Testi analizi; gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve kardeş sayısı değişkenlerinin incelenmesinde ise iki kategoriden fazla olmaları nedeniyle Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan bireylere ait demografik veriler ve ardından araştırmada belirlenen amaçlar doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları sunulmaktadır.

Örneklem grubunu oluşturan bireylere ait demografik bilgilere Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Örneklem grubuna ait demografik verilerin frekans ve yüzdeler değerleri

Değişken	F	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	272	73.5
Erkek	95	26.5
<i>Yaş</i>		
18-29	161	44.6
30 ve üzeri	206	55.4
<i>Gelir Durumu</i>		
2500 TL ve altı	61	17.7
2501-5000 TL	88	23.7
5001 TL ve üzeri	218	58.6
<i>Eğitim Düzeyi</i>		
İlköğretim	4	1.3
Lise	17	4.6
Önlisans	36	9.8
Lisans	204	55.5
Lisansüstü	106	28.8
<i>Kardeş Sayısı</i>		
Tek Çocuk	26	8.3
1 kardeş	129	34.7
2 ve üzeri kardeş	212	57.0
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	172	46.8
Bekar	171	46.5
Boşanmış	22	5.9
Eşini kaybetmiş	2	0.8
<i>Toplam</i>	<i>367</i>	<i>100</i>

3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ne Yönelik Betimsel İstatistikler

Araştırmanın gerçekleştirildiği örneklem grubunda bulunan bireylerin çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldıkları puanlara ait ortalama, standart sapma, standart hata, ranj, minimum ve maksimum değerlerine Tablo 3' te yer verilmiştir.

Tablo 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği için betimleyici istatistikler

	N	\bar{X}	SS	Shx	Ranj	Maks	Min.
Duygusal İstismar	349	7.68	2.56	.13	11	16	5
Fiziksel İstismar	349	9.89	3.02	.16	14	19	5
Cinsel İstismar	349	7.29	2.54	.13	18	23	5
Fiziksel İhmal	349	8.37	2.89	.15	12	17	5
Duygusal İhmal	349	6.59	1.86	.09	9	14	5
ÇÇTÖ- Toplam	349	44.02	11.67	.62	49	77	28

Tablo 3'te görüldüğü gibi Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar alt boyutu için aralık 5-16 arasında, ortalama= 7.68 ve standart sapma= 2.56 olarak bulunmuştur. Fiziksel İstismar alt boyutu için aralık 5-19 arasında, ortalama= 9.89 ve standart sapma= 3.02 olarak bulunmuştur. Cinsel İstismar alt boyutu için aralık 5-23 arasında, ortalama= 7.29 ve standart sapma= 2.54 olarak bulunmuştur. Fiziksel İhmal alt boyutu için aralık 5-17 arasında, ortalama= 8.37 ve standart sapma= 2.89 olarak bulunmuştur. Duygusal İhmal alt boyutu için aralık 5-14 arasında, ortalama= 6.59 ve standart sapma= 1.86 olarak bulunmuştur. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı için aralık 28-77 arasında, ortalama= 44.02 ve standart sapma=11.67 olarak bulunmuştur.

3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanlarının cinsiyet, gelir düzeyi ve kardeş sayısı demografik değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesine yönelik analiz sonuçları yer almaktadır.

3.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden Alınan Puanların Cinsiyete Göre İncelenmesi

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden aldıkları puanların cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için bağımsız gruplar t-testi analizi uygulanmıştır. Analiz gerçekleştirilmeden önce dağılımların varyanslarının homojenliğini kontrol etmek için Levene testi uygulanmış ve varyansların homojen olduğu görülmüştür. Ardından bağımsız gruplar t-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizin sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların cinsiyete göre incelenmesi: Bağımsız gruplar için t testi sonuçları

	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	Sd	t	P
Duygusal İstismar	Kadın	255	7.56	2.39	.14	-1.408	.160
	Erkek	94	8.00	2.97	.30		
Fiziksel İstismar	Kadın	255	9.69	3.01	.18	-2.074	.039*
	Erkek	94	10.44	2.99	.30		
Cinsel İstismar	Kadın	255	6.19	2.34	.14	.469	.639
	Erkek	94	6.06	2.03	.20		
Fiziksel İhmal	Kadın	255	6.68	1.91	.11	1.478	.140
	Erkek	94	6.35	1.68	.17		
Duygusal İhmal	Kadın	255	8.16	2.94	.18	-2.280	.023*
	Erkek	94	8.95	2.70	.27		
ÇÇTÖ-Toplam	Kadın	255	43.48	11.47	.71	-1.416	.158
	Erkek	94	45.47	12.16	1.25		

*p<.05

Tablo 4'te görüldüğü gibi bireylerin duygusal istismar (t=-1.408; p>.05), cinsel istismar (t=.469; p>.05), fiziksel ihmal (t=1.478; p>.05) ve ÇÇTÖ-toplam (t=-1.416; p>.05) puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte fiziksel istismar (t=-2.074; p<.05) ve duygusal ihmal (t=-2.280; p<.05) puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaştığı, erkeklerin ÇÇTÖ- fiziksel istismar ve duygusal ihmal alt boyutlarından aldıkları puanların kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden Alınan Puanların Gelir Düzeyine Göre İncelenmesi

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden aldıkları puanların gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Katılımcılara ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5'te, ANOVA sonuçları ise Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların gelir düzeyine göre incelenmesi: Aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Gelir Düzeyi	N	\bar{X}	SS
Duygusal İstismar	2500 TL ve altı	56	7.51	2.78
	2501-5000 TL	84	7.73	2.64
	5001 TL ve üzeri	209	7.70	2.48
Fiziksel İstismar	2500 TL ve altı	56	9.98	3.69
	2501-5000 TL	84	10.19	2.94
	5001 TL ve üzeri	209	9.75	2.85
Cinsel İstismar	2500 TL ve altı	56	6.12	3.03
	2501-5000 TL	84	6.22	2.35
	5001 TL ve üzeri	209	6.13	1.98
Fiziksel İhmal	2500 TL ve altı	56	6.66	1.86
	2501-5000 TL	84	6.79	2.01
	5001 TL ve üzeri	209	6.49	1.79
Duygusal İhmal	2500 TL ve altı	56	8.89	3.83
	2501-5000 TL	84	8.20	2.88
	5001 TL ve üzeri	209	8.31	2.60
ÇÇTÖ-Toplam	2500 TL ve altı	56	44.33	14.66
	2501-5000 TL	84	44.71	11.93
	5001 TL ve üzeri	209	43.66	10.68

Tablo 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların gelir düzeyine göre incelenmesi: Tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Duygusal İstismar	Gruplar Arası	1.868	2	.934	.141	.868
	Gruplar İçi	2289.828	346	6.618		
	Toplam	2291.696	348			
Fiziksel İstismar	Gruplar Arası	11.797	2	5.898	.645	.526
	Gruplar İçi	3166.490	346	9.152		
	Toplam	3178.287	2348			
Cinsel İstismar	Gruplar Arası	.529	2	.264	.051	.950
	Gruplar İçi	1783.803	346	5.156		
	Toplam	1784.332	348			
Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	5.871	2	2.936	.848	.429
	Gruplar İçi	1198.352	346	3.463		
	Toplam	1204.223	348			
Duygusal İhmal	Gruplar Arası	18.373	2	9.187	1.094	.336
	Gruplar İçi	2905.701	346	8.398		
	Toplam	2924.074	348			
ÇÇTÖ-Toplam	Gruplar Arası	73.240	2	36.620	.267	.766
	Gruplar İçi	47390.577	346	136.967		
	Toplam	47463.817	348			

Tablo 6'da görüldüğü gibi gerçekleştirilen analiz sonucunda bireylerin ÇÇTÖ-duygusal istismar ($F=.141$; $p>.05$), fiziksel istismar ($F=.645$; $p>.05$), cinsel istismar ($F=.051$; $p>.05$), fiziksel ihmal ($F=.848$; $p>.05$), duygusal ihmal ($F=1.094$; $p>.05$) ve toplam ($F=.267$; $p>.05$) puanlarında gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden Alınan Puanların Kardeş Sayısına Göre İncelenmesi

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden aldıkları puanların kardeş sayısı değişkeni açısından anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Katılımcılara ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7'de, ANOVA sonuçları ise Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların kardeş sayısına göre incelenmesi: Aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Kardeş Sayısı	N	\bar{X}	SS
Duygusal İstismar	Kardeşi yok	26	9.00	3.29
	1 kardeşi var	122	7.29	2.21
	2 ve üzeri kardeşi var	201	7.74	2.60
Fiziksel İstismar	Kardeşi yok	26	10.57	3.63
	1 kardeşi var	122	9.04	2.65
	2 ve üzeri kardeşi var	201	10.32	3.04
Cinsel İstismar	Kardeşi yok	26	6.34	2.29
	1 kardeşi var	122	5.81	1.73
	2 ve üzeri kardeşi var	201	6.33	2.51
Fiziksel İhmal	Kardeşi yok	26	6.34	1.59
	1 kardeşi var	122	6.51	1.70
	2 ve üzeri kardeşi var	201	6.67	1.98
Duygusal İhmal	Kardeşi yok	26	8.76	3.56
	1 kardeşi var	122	8.06	2.56
	2 ve üzeri kardeşi var	201	8.51	2.99
ÇTTÖ- Toplam	Kardeşi yok	26	46.80	13.79
	1 kardeşi var	122	41.81	9.56
	2 ve üzeri kardeşi var	201	45.00	12.37

Tablo 8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların kardeş sayısına göre incelenmesi: Tek yönlü varyans analizi sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Duygusal İstismar	Gruplar Arası	64.260	2	32.130	4.991	.007*
	Gruplar İçi	2227.437	346	6.438		
	Toplam	2291.696	348			
Fiziksel İstismar	Gruplar Arası	136.255	2	68.128	7.749	.001*
	Gruplar İçi	3042.031	346	8.792		
	Toplam	3178.287	348			
Cinsel İstismar	Gruplar Arası	21.420	2	10.710	2.102	.124
	Gruplar İçi	1762.912	346	5.095		
	Toplam	1784.332	348			
Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	3.543	2	1.772	.511	.601
	Gruplar İçi	1200.680	346	3.470		
	Toplam	1204.223	348			
Duygusal İhmal	Gruplar Arası	19.795	2	9.897	1.179	.309
	Gruplar İçi	2904.280	346	8.394		
	Toplam	2924.074	348			
ÇTTÖ-Toplam	Gruplar Arası	985.745	2	492.873	3.669	.026*
	Gruplar İçi	46478.071	346	134.330		
	Toplam	47463.817	348			

*p<.05

Tablo 8'de görüldüğü gibi gerçekleştirilen analiz sonucunda katılımcıların ÇÇTÖ-cinsel istismar (F=2.102; p>.05), fiziksel ihmal (F=.511; p>.05) ve duygusal ihmal (F=1.179; p>.05) puanlarında kardeş sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bununla birlikte katılımcıların duygusal istismar (F=4.991; p<.05), fiziksel istismar (F=7.749; p<.05) ve toplam çocukluk çağı travmaları (F=3.669; p<.05) puanlarının kardeş sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. ÇÇTÖ-duygusal istismar, fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının kardeş sayısı değişkeni açısından gösterdiği farklılığın hangi gruplardan dolayı ortaya çıktığını tespit etmek amacıyla Post-Hoc analizi tekniklerine bakılmıştır. Kullanılacak olan tekniğin belirlenmesi adına varyansların homojen dağılıp dağılmadığı Levene testi ile kontrol edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda varyansların homojen dağılım sergilemedikleri görülmüştür ($L_{FDI}=4.80$; p<.05; $L_{FFI}=6.55$; p<.05; $L_{FÇCT}=6.93$; p<.05). Varyansların homojen dağılmaması durumunda sıklıkla kullanılan ve alpha tipi hataya karşı duyarlı olan Tamhane's T2 testi ile karşılaştırma analizi yapılmış, sonuçlarına Tablo 9'da yer verilmiştir.

Tablo 9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanların kardeş sayısına göre incelenmesi: Tamhane's T2 testi sonuçları

	Kardeş Sayısı(i)	Kardeş Sayısı(j)	Xi-Xj	Shx	P
Duygusal İstismar	Tek çocuk	1 kardeş	1.704	.67	.049*
		2 kardeş ve üzeri	1.253	.67	.202
	1 kardeşi var	Tek çocuk	-1.704	.67	.049*
		2 kardeş ve üzeri	-.451	.27	.268
	2 ve üzeri kardeşi var	Tek çocuk	-1.253	.67	.202
		1 kardeş	.451	.27	.268
Fiziksel İstismar	Tek çocuk	1 kardeş	1.527	.75	.145
		2 kardeş ve üzeri	.253	.74	.982
	1 kardeşi var	Tek çocuk	-1.527	.75	.145
		2 kardeş ve üzeri	-1.274	.32	.000*
	2 kardeş ve üzeri	Tek çocuk	-.253	.74	.982
		1 kardeş	1.274	.32	.000*
ÇÇTÖ-Toplam	Tek çocuk	1 kardeş	4.988	2.84	.244
		2 kardeş ve üzeri	1.807	2.84	.896
	1 kardeşi var	Tek çocuk	-4.988	2.84	.244
		2 kardeş ve üzeri	-3.180	1.22	.030*
	2 ve üzeri kardeşi var	Tek çocuk	-1.807	2.84	.896
		1 kardeş	3.180	1.22	.030*

Tablo 9'da görüldüğü gibi ÇÇTÖ-duygusal istismar puanlarının kardeş sayısı değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek için yapılan Tamhane's T2 Testi sonucuna göre tek çocuk olan bireyler ve 1 kardeşi olan bireyler arasında tek çocuk olan bireyler aleyhine istatistiksel olarak $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Yani tek çocuk olan bireylerin ÇÇTÖ-duygusal istismar puanları daha yüksektir. Bununla birlikte fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının kardeş sayısı değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek için yapılan Tamhane's T2 Testi sonucuna göre ise 1 kardeşi olan ve 2 ve üzeri kardeşi olan bireyler arasında 2 ve üzerinde kardeş olan bireyler aleyhine istatistiksel olarak $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Yani 2 ve üzerinde kardeşe sahip olan bireylerin fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanları daha yüksektir.

3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form'dan Alınan Puanlar Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni araştırmaya katılan bireylerin Somatizasyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar iken, araştırmanın bağımsız değişkeni Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan puanlardır. Araştırmanın aracı değişkeni ise erken dönem uyum bozucu şema alanlarıdır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 10'da yer verilmiştir.

Tablo 10. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Duygusal İstismar	1.0											
2. Fiziksel İstismar	.72**	1.0										
3. Cinsel İstismar	.66**	.54**	1.0									
4. Fiziksel İhmal	.42**	.38**	.54**	1.0								
5. Duygusal İhmal	.69**	.60**	.66**	.47**	1.0							
6. Toplam ÇÇT	.88**	.83**	.82**	.64**	.85**	1.0						
7. Somatizasyon	.22**	.34**	.35**	.31**	.32**	.37**	1.0					
8. Zedelenmiş Otonomi	.12*	.17**	.30**	.29**	.31**	.27**	.44**	1.0				
9. Kopukluk	.26**	.31**	.41**	.42**	.40**	.43**	.39**	.76**	1.0			
10. Yüksek Standartlar	-.01	-.01	.11*	.20**	.08	.07	.12*	.54**	.46**	1.0		
11. Zedelenmiş Sınırlar	.05	.05	.14**	.54**	.14**	.12*	.11*	.43**	.40**	.60**	1.0	
12. Diğerli Yönelimlilik	.03	-.02	.22**	.19**	.13*	.11*	.17**	.51**	.48**	.62**	.50**	1.0

**p<.01, *p<.05

Büyüköztürk'e (2011) göre korelasyon analiz sonuçları değerlendirilirken .00 ile .30 arasında yer alan değerler "düşük"; .31 ile .70 arasında yer alan değerler "orta"; .71 ve üzerinde yer alan değerler ise "yüksek" düzeyde korelasyon şeklinde değerlendirilebilmektedir. Yapılan analiz sonuçları bu kapsamda değerlendirildiğinde, Tablo 10'da da görüldüğü üzere, somatizasyon belirtileri ile ÇÇTÖ-toplam puanları ($r=.37$; $p<.01$), ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puanları ($r=.35$; $p<.01$), ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanları ($r=.34$; $p<.01$), ÇÇTÖ-

duygusal ihmal alt boyut puanları ($r=.32$; $p<.01$), ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puanları ($r=.31$; $p<.01$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin; ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları ($r=.22$; $p<.01$) ile düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Somatizasyon belirtileri ile YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.44$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.39$; $p<.01$) arasında orta düzeyde; YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanı puanları ($r=.12$; $p<.05$), YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı puanları ($r=.11$; $p<.05$) ve YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.17$; $p<.01$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.26$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.12$; $p<.05$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.31$; $p<.01$) arasında orta düzeyde; YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.17$; $p<.01$) ile arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.41$; $p<.01$) arasında orta düzeyde; YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.30$; $p<.01$), YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.22$; $p<.01$), YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı puanları ($r=.14$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanları puanları ($r=.11$; $p<.01$) ile arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı puanları ($r=.54$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.42$; $p<.01$) arasında orta düzeyde; YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.29$; $p<.01$), YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanı puanları ($r=.20$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.19$; $p<.01$) arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.40$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.31$; $p<.01$) orta düzeyde; YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı puanları ($r=.14$; $p<.01$) ve YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanı puanları ($r=.13$; $p<.05$) arasında ise düşük

düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı puanları ($r=.43$; $p<.01$) arasında orta düzeyde; YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ($r=.27$; $p<.01$), YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı puanları ($r=.12$; $p<.05$) ve YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik ($r=.11$; $p<.05$) şema alanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam Puanı ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-Zedelenmiş Otonomi Şema Alanının Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanından alınan puanların aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden alınan toplam puanların somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.370$, $t= 7.411$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanının somatizasyon belirtilerini anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur ($R^2=.137$, $F=54.919$, $p<.001$).

İkinci olarak YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığı test edilmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir etki saptanmıştır ($\beta=.438$, $t= 9.087$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanının YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanlarını açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur ($R^2=.190$, $F=82.571$, $p<.001$).

Üçüncü olarak YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanlarının aracılık etkisini test etmek amacıyla ÇÇTÖ-toplam puanı ile YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanlarının somatizasyon belirtilerini bir arada ne derece yordadığına bakılmıştır. Analiz sonucuna Tablo 11'de yer verilmiştir.

Tablo 11. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	β	T	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	-1.938	1.195		-1.622	.106		
YŞÖ-KF-Zedelenmiş Otonomi	.109	.014	.364	7.557	.000	.350	.376
ÇÇTÖ-Toplam	.140	.025	.269	5.582	.000	.258	.287

Tablo 11'de görüldüğü gibi iki değişken analize sokulduğunda anlamlılık değişmemiştir. Bununla birlikte YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ile ÇÇTÖ-toplam puanları aynı anda analize girildiğinde ÇÇTÖ-toplam puanlarının etki büyüklüğünde bir azalma meydana gelmiştir ($\beta_1=.370$; $\beta_2=.269$). Bu noktada ÇÇTÖ-toplam puanları ile somatizasyon belirtileri puanları arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı puanlarının kısmi aracılık ettiği görülmektedir.

3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam Puanı ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-KF-Kopukluk Şema Alanının Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-kopukluk şema alanından alınan puanların aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.370$, $t= 7.411$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($R^2=.137$, $F=54.919$, $p<.001$).

İkinci olarak YŞÖ-KF-kopukluk şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.393$, $t= 7.950$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının YŞÖ-KF-kopukluk şema alanından alınan puanları açıklamada anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($R^2=.152$, $F=63.210$, $p<.001$).

Üçüncü olarak YŞÖ-KF-kopukluk şema alanından alınan puanların aracılık etkisini test etmek amacıyla ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-kopukluk şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini bir arada ne derece yordadığına bakılmıştır. Analiz sonucuna Tablo 12’de yer verilmiştir.

Tablo 12. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Kopukluk Şema Alanı’ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	β	t	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	-.381	1.198		-.318	.751		
YŞÖ-KF-Kopukluk	.114	.021	.286	5.382	.000	.258	.278
ÇÇTÖ-Toplam	.128	.028	.246	4.624	.000	.222	.241

Tablo 12’de görüldüğü gibi iki değişken analize sokulduğunda anlamlılık değişmemiştir. Bununla birlikte YŞÇ-KF-kopukluk şema alanı puanları ile ÇÇTÖ-toplam puanları aynı anda analize girdiğinde ile ÇÇTÖ-toplam puanları etki büyüklüğünde bir azalma meydana gelmiştir ($\beta_1=.370$; $\beta_2=.246$). Bu noktada ile ÇÇTÖ-toplam puanları ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkide YŞÇ-KF-kopukluk şema alanı puanlarının kısmi aracılık ettiği görülmektedir.

3.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam Puanı ile Somatizasyon Ölçeği’nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-KF-Yüksek Standartlar Şema Alanının Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanından alınan puanların aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.370$, $t= 7.411$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($R^2=.137$, $F=54.919$, $p<.001$).

İkinci olarak YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak

bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.122$, $t= 2.295$, $p<.05$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanından alınan puanları açıklamada anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ($R^2=.012$, $F=5.267$, $p<.05$).

Üçüncü olarak YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanından alınan puanların aracılık etkisini test etmek amacıyla ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini bir arada yordayıp yordamadığına bakılmıştır. Analiz sonucuna Tablo 13'te yer verilmiştir.-

Tablo 13. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Yüksek Standartlar Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına

Yönelik Regresyon Analizi							
	B	Standart Hata	B	t	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	.079	1.412		.056	.956		
YŞÖ-KF-Yüksek Standartlar	.063	.032	.098	1.977	.049	.098	.106
ÇÇTÖ-Toplam	.189	.026	.363	7.296	.000	.362	.365

Tablo 13'te görüldüğü gibi iki değişken analize sokulduğunda anlamlılık değişmemiştir. Bununla birlikte YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanı puanları ile ÇÇTÖ-toplam puanları aynı anda analize girdiğinde ile ÇÇTÖ-toplam puanları etki büyüklüğünde bir azalma meydana gelmiştir ($\beta_1=.370$; $\beta_2=.363$). Bu noktada ile ÇÇTÖ-toplam puanları ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanı puanlarının kısmi aracılık ettiği görülmektedir.

3.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam Puanı ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-KF-Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanının Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanından alınan puanların aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.370$, $t= 7.411$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının

somatizasyon belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($R^2=.137$, $F=54.919$, $p<.001$).

İkinci olarak YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.109$, $t= 2.042$, $p<.05$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanından alınan puanları açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur ($R^2=.009$, $F=4.170$, $p<.05$).

Üçüncü olarak YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanından alınan puanların aracılık etkisini test etmek amacıyla ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini bir arada yordayıp yordamadığına bakılmıştır. Analiz sonucuna Tablo 14’te yer verilmiştir.

Tablo 14. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı’ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	B	T	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	.642	1.403		.457	.648		
YŞÖ-KF-Zedelenmiş Sınırlar	.054	.042	.065	1.290	.198	.064	.069
ÇÇTÖ-Toplam	.189	.026	.363	7.296	.000	.362	.365

Tablo 14’te görüldüğü gibi iki değişken analize sokulduğunda YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini yordamadığı görülmektedir. Bu doğrultuda ÇÇTÖ-toplam puanları ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı puanlarının aracılık etkisinden söz edilememektedir.

3.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam Puanı ile Somatizasyon Ölçeği'nden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkide Young Şema Ölçeği-KF-Diğeri Yönelimlilik Şema Alanının Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan puanların aracılık edip etmediğini test etmek için öncelikle ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.370$, $t= 7.411$, $p<.001$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($R^2=.137$, $F=54.919$, $p<.001$).

İkinci olarak YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan puanların somatizasyon belirtilerini ne derece yordadığına regresyon analizi kullanılarak bakılmış ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=.168$, $t= 3.172$, $p<.05$). ÇÇTÖ-toplam puanlarının YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan puanları açıklamada anlamlı bir katkısı olduğu bulunmuştur ($R^2=.025$, $F=10.059$, $p<.05$).

Üçüncü olarak YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan puanların aracılık etkisini test etmek amacıyla ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan puanlarının somatizasyon belirtilerini bir arada yordayıp yordamadığına bakılmıştır. Analiz sonucuna Tablo 15'te yer verilmiştir.

Tablo 15. ÇÇTÖ-Toplam Puanı ile Young Şema Ölçeği-KF-Diğeri Yönelimlilik Şema Alanı'ndan Alınan Puanların Somatizasyon Belirtilerini Yordamasına Yönelik Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	B	T	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	-.392	1.410		-.278	.781		
YŞÖ-KF-Diğeri Yönelimlilik	.072	.028	.128	2.573	.010	.127	.137
ÇÇTÖ-Toplam	.185	.026	.355	7.136	.000	.353	.358

Tablo 15'te görüldüğü gibi iki değişken analize sokulduğunda anlamlılık değişmemiştir. Bununla birlikte YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan

puanları ile ÇÇTÖ-toplam puanları aynı anda analize girdiğinde ÇÇTÖ-toplam puanlarının etki büyüklüğünde küçük de olsa bir azalma meydana gelmiştir ($\beta_1=.370$; $\beta_2=.355$). Bu noktada ÇÇTÖ-toplam puanları ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkide YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanından alınan puanların kısmi aracılık ettiği görülmektedir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın hipotezleri doğrultusunda yapılan istatistiksel analizler sonucunda ulaşılan bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Araştırma sonucunda araştırmaya katılan bireylerin ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puan ortalamasının 7.68; ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puan ortalamasının 9.89; ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının 7.29; ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puan ortalamasının 8.37; ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puan ortalamasının 6.59; ÇÇTÖ-toplam puan ortalamasının ise 44.02 olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde sonuçların örneklem grupları arasında farklılık gösterdiği görülmektedir. Şahin-Demirkapı (2013) tarafından gerçekleştirilen araştırma da bu araştırmayla benzer olarak klinik olmayan bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş ve ÇÇTÖ-toplam puan ortalamasının 44 olduğu görülmüştür. Bozyel (2017) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada ise üniversite öğrencileri dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puan ortalamasının 6.80; ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puan ortalamasının 5.41; ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının 5.71; ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puan ortalamasının 6.51; ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puan ortalamasının ise 9.12 olduğu görülmüştür. Arcan (2018) ise yine üniversite öğrencileri ile gerçekleştirmiş olduğu araştırmasında ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puan ortalamasının 6.23; ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puan ortalamasının 5.24; ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının 5.45; ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puan ortalamasının 6.25; ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puan ortalamasının 8.19; ÇÇTÖ-toplam puan ortalamasının ise 31.10 olduğunu belirtmektedir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar klinik olmayan örnekleme yapılan diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Klinik örneklemlerle yapılan çalışmalarda ise sonuçlar şu şekildedir: Şar ve ark. (2006) ve Şar ve ark. (2010)'nın çalışmalarında ve Şar ve Öztürk tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada ÇÇTÖ-toplam puanları sırasıyla 46.7, 45.5 ve 48.0 olarak belirtilmiştir (Şar ve ark., 2006; Şar ve ark., 2010; Şar ve Öztürk, 2009).

Araştırma sonucunda bireylerin ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları, ÇÇTÖ- cinsel istismar alt boyut puanları, ÇÇTÖ- fiziksel ihmal alt boyut puanları ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanları ve ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı biçimde farklılaştığı, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanına ve ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanına sahip oldukları görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiği araştırmalara bakıldığında araştırmamızda elde edilen bulguyla tutarlı olarak ÇÇTÖ-toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediğini bildiren çalışmaların olduğu görülmektedir (Bostancı ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2020; Demirkağı, 2014; Güleç ve ark., 2013; Örsel ve ark., 2011; Sobsey ve ark., 1997). Bununla birlikte erkeklerin daha fazla ihmal ve istismar yaşantısı geçirdiklerine dair bulgulara ulaşılan çalışmalar da mevcuttur (Aslan ve Alparslan, 1999; Özen, Antar ve Özkan, 2004; Zeren ve ark., 2012). Ancak istismar ve ihmal türleri açısından bakıldığında çalışma sonuçlarının farklılık gösterdiği dikkat çekmektedir. Örneğin Eroğlu ve Türk (2013) tarafından yapılan bir araştırmada 450 ergen ile çalışılmış ve erkeklerin cinsel istismar alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Kalkan ve Özbek (2011) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada da 297 üniversite öğrencisi ile çalışılmış ve benzer şekilde erkeklerin daha fazla cinsel istismar puanına sahip oldukları görülmüştür. Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise erkeklerin fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ve de duygusal ihmal puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zeren ve ark., 2012). Ülkemiz dışında yapılan araştırmalarda da farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Yapılan bir araştırmada erkeklerin çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalma yaygınlıklarının ve fiziksel ihmal puanlarının puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Scher ve ark., 2004). Bir diğer araştırmada ise kadınların daha fazla duygusal istismar puanı aldıkları görülürken erkeklerin ise daha fazla fiziksel ve duygusal ihmal bildirdikleri görülmüştür (Pruessner ve ark., 2019). Ergenler ile yapılan bir başka çalışmada ise erkek ergenlerin çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarında kadınlara oranla daha fazla puan aldıkları görülmüştür (Li ve ark., 2014). Görüldüğü gibi literatürde yer alan araştırma bulguları bazı açılardan tutarlılık gösterse de farklılaştığı noktalar oldukça fazladır. Bu farklılıklar değişen kültürel özellikler, istismar ve ihmal

tanımlarının kültürel ve toplumsal olarak farklılaşması ve araştırmalardaki verilerin elde edilme biçimlerindeki çeşitlilik ile açıklanmaktadır (Moody ve ark., 2018).

Çocukluk çağı travmalarının gelir düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde araştırmada ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları, ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanları, ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puanları, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puanları, ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanları ve ÇÇTÖ-toplam puanları arasında gelir düzeyi açısından anlamlı biçimde farklılaşmadığı bulunmuştur. İlgili alan yazın incelendiğinde araştırma bulgularının diğer araştırma bulguları tarafından desteklenmediği görülmektedir. Alan yazında düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin çocukluk çağı travma düzeylerinin yüksek olduğu, bununla birlikte gelir düzeyi yüksek olan bireylerin ise çocukluk döneminde travmaya maruz kalma düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir (Aydın ve İşmen, 2003; Güler ve ark., 2002; Fergusson ve Lynskey, 1997; Polat, 2001; Türkkın ve Odacı, 2018; Zeren ve ark., 2012). Gerçekleştirilen bir metaanaliz çalışmasında, ülkeler arası kıyaslama yapılmış ve gelir düzeyi yüksek olan ülkelerin, orta ve düşük gelir seviyesine sahip olan ülkelere oranla daha az fiziksel ihmal bildirdikleri görülmüştür (Viola ve ark., 2016). Bu durum düşük gelir düzeyinin temel ihtiyaçların giderilmesi açısından bir kısıtlılık yaratması ve çocukluk döneminde belli haklardan yoksun kalınması ile açıklanabilmektedir (Şahin-Demirkapı 2013). Bununla birlikte yapılan araştırmalar düşük gelir düzeyi ile ruh sağlığı sorunları arasında da pozitif bir ilişki olduğuna işaret etmektedir (Erginer 2007, Güler ve ark., 2002, Horton ve Cruise 2001). Bu durumun da ebeveynde ihmal ve istismar davranışlarını arttırabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte araştırmamıza katılan bireylerin gelir durumlarının çoğunlukla ortanın üzerinde olmasının çocukluk çağı travmalarının gelir düzeyi değişkenine göre farklılaştığı yönünde bir bulgu elde edilmeyişinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının kardeş sayısı değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde bir kardeşe sahip olmayan bireylerin, bir kardeşi olan bireylere oranla daha fazla ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanlarına sahip oldukları, bununla birlikte 2 ve üzeri kardeşi olan bireylerin ise bir kardeşi olan bireylere oranla daha fazla ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanlarına ve ÇÇTÖ-toplam puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde Kourt

(2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada 3 ve üzeri kardeşi olanların 2 kardeş olan bireylere oranla daha fazla duygusal istismar yaşadıkları görölmüştür. Aynı çalışmada kardeş sayısı arttıka, çocukluk çağı travmatik yaşantılarında artış göröldüğü belirtilmektedir. Yapılan bir diğer araştırmada da kalabalık aile içerisinde büyüyen çocukların daha fazla istismara maruz kalabileceği ifade edilmektedir (şimşek ve ark., 2004). Gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise 4 ve daha çok kardeşi olan bireyler ve 3 kardeşe sahip olan bireylerin, 2 kardeşe sahip olan bireylere oranla daha fazla duygusal istismar bildirdikleri görölmüştür (İşmen, 1993). Duygusal istismarın kardeş sayısı değişkenine göre incelendiği bir diğer araştırmada ise 3 ve üzerinde kardeşe sahip olan bireylerin kardeşi olmayanlara oranla daha fazla duygusal istismar bildirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Uzun, 2002). Duygusal istismar kavramının içerisinde çocuğa üstlenebileceğinden daha fazla sorumluluk yüklenmesi, bir birey olarak saygı duyulmaması, aşırı korumacı tutum sergilenmesi (Theodore ve ark., 2005; Erginer, 2007) ve çocuğa bir yetişkinmiş gibi davranılması (Shull, 1998) gibi durumlar da yer almaktadır. Literatür incelendiğinde, yapılan araştırmalar, kardeş sayısı arttıka çocukluk çağı travmatik yaşantılarının arttığını ve özellikle duygusal istismarın kardeş sayısı daha fazla olan grupta daha yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda literatür ile uyumlu olarak fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanı 2 ve üzeri kardeşi olan grupta bir kardeşi olan gruba göre daha fazladır; ancak literatür bulgularından farklı olarak duygusal istismar puanları tek çocuk olan grupta daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonucunda somatizasyon belirtileri ile ÇÇTÖ-fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal alt boyut puanları ve ÇÇTÖ-toplam puanı arasında orta düzeyde, ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanları ile arasında ise düşük düzeyde pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda çocukluk çağı travmasına maruz kalma düzeyi yükseldikçe bireylerde somatize etme eğiliminin veya somatizasyon belirtilerinin arttığı söylenebilir. Araştırmamız kapsamında yapılan regresyon analizinde de ÇÇTÖ-toplam puanlarının somatizasyon belirtileri üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir yordayıcı olduğu görölmüştür. Travmatik yaşantılara maruz kalan çocukların hem sosyal hem psikolojik hem de biyolojik gelişimleri sekteye uğramaktadır. Çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik yaşantılar bireyin yetişkinlik döneminde de etkilerini göstermeye devam etmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik

döneminde görülen somatizasyon belirtileri ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Travmatik yaşantıların baş ağrısı, kronik ağrı, sindirim sistemi şikayetleri gibi somatik belirtilerle ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Somatizasyonun nedenleri incelendiğinde de erken dönemde maruz kalınan olumsuz yaşantıların yetişkin dönemde bedenselleştirmeye zemin hazırladığı görülmektedir (Aydın ve İşmen, 2013; Morrison, 1989; Smith ve Schroeder, 2013; Spitzer ve ark., 2008; Waldinger ve ark., 2006). Baylan (2019) tarafından yapılan araştırmada da çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ile somatizasyon arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Alan yazın incelendiğinde gerçekleştirilen araştırmaların büyük çoğunluğunun fiziksel ve cinsel istismarın somatizasyon ile ilişkisine yoğunlaştığı görülse de duygusal istismar ve duygusal ihmalin de somatizasyonla ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (Waldinger ve ark., 2006). Hunca (2015) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada da çocukluk çağında duygusal istismar yaşayan bireylerin somatizasyon gösterme eğilimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar somatizasyon eğilimi gösteren bireylerin karşılaştıkları sorunlar karşısında daha çabuk pes ettiklerini, mücadele etme noktasında daha dayanıksız olduklarını (Yavuz, 2012) ve yeni yaşam durumlarına ve yaşantılarına uyum sağlamakta daha fazla zorlandıklarını (Dülgerler, 2000) göstermektedir. Bu bilgiden yola çıkarak travmatik yaşantılara maruz kalmış bireylerin somatizasyona bir başa çıkma mekanizması olarak başvuruyor olabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre somatizasyon belirtileri ile YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi ve kopukluk şema alanı puanları arasında orta düzeyde; yüksek standartlar şema alanı puanları, zedelenmiş sınırlar ve diğeri yönelimlilik şema alanı puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular somatizasyon belirtilerinin tüm erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde benzer bulguların elde edildiği çalışmaların olduğu görülmektedir. Biçer (2019) tarafından yapılan araştırmada da somatizasyon belirleri ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmüştür. Kırpınar ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada ise somatizasyon bozukluğu tanısı olan hastaların Young Şema Ölçeği'nden aldıkları puanların sağlıklı bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamız kapsamında çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişki incelendiğinde YŞÖ-KF-zedelenmiş otonomi şema alanı ile ÇÇTÖ-duygusal istismar, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanları ile arasında düşük; ÇÇTÖ-duygusal ihmal puanları ile arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Zedelenmiş otonomi şeması görülen bireylerin ebeveynleri tarafından ya çok fazla şımartılan ya da yok sayılan bireyler oldukları bildirilmektedir (Young ve ark., 2003). Bu doğrultuda çocukluk çağı travmalarının zedelenmiş otonomi şema alanı ile bağlantısı olması beklenen bir durumdur. Bunun yanı sıra travmatik yaşantıların bireyin otonomi kazanmasını etkilemesi de travmanın olası sonuçlarındandır (Shipman ve ark., 2007; Şenkal ve Işıklı, 2015).

Araştırmamız kapsamında çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişki incelendiğinde YŞÖ-KF-kopukluk şema alanı ile ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanları ile arasında orta; ÇÇTÖ-duygusal istismar puanları ile arasında düşük düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Araştırmamızda elde edilen bulgular ile paralel şekilde Young ve ark (2003), kopukluk şema alanına sahip olan bireylerin çocukluk dönemlerinde çoğunlukla, şiddet, taciz ve ihmal mağduru, reddedici ve soğuk ebeveyn tutumuyla karşılaşan bireyler olduklarını vurgulamaktadır. Şemaların çocuk istismarı/ihmal ile yakından ilişkili olduğu vurgulanan bir tez çalışması sonucunda da ÇÇTÖ-duygusal istismar ile YŞÖ-KF kopukluk/reddedilme alanlarının ve çocukluk çağı travma yaşantılarının yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Ünal, 2014).

Araştırmamız kapsamında çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişki incelendiğinde YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanı ile ÇÇTÖ-cinsel istismar ve ÇÇTÖ-fiziksel ihmal puanları arasında düşük düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bununla birlikte YŞÖ-KF-yüksek standartlar şema alanı ile ÇÇTÖ-duygusal istismar, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Yüksek standartlar şema alanı, kendini aşırı eleştirme, kendini feda etme ve yetersiz öz denetim davranışları ile ilişkilidir (Soygüt ve ark., 2009). Çocukluk çağında maruz kalınan travmaların bireyde değersizlik duygularına yol

açabileceği bilinmektedir (Çelik ve Hocoğlu, 2018; Pelendecioğlu ve Bulut, 2009; Topbaş, 2004). Bu açıdan çocukluk çağı travmaları ile yüksek standartlar şema alanı arasında ilişki bulunması beklenebilir bir sonuçtur; ancak araştırmamızda cinsel istismar ve fiziksel ihmal dışındaki diğer ihmal ve istismar durumları ile arasında ilişkim bulunmayışının örneklemin sınırlılığında kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamız kapsamında çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişki incelendiğinde YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı ile ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanları ile arasında düşük; ÇÇTÖ-fiziksel ihmal puanları ile arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bununla birlikte YŞÖ-KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı ile ÇÇTÖ-duygusal istismar ve ÇÇTÖ-fiziksel istismar puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Zedelenmiş sınırlar şema alanına sahip olan bireylerin ebeveynlerinin aşırı ihmalkâr ve aşırı izin verici tutum içerisinde oldukları belirtilmektedir (McGinn ve Young, 1996; Young ve ark., 2003). Bulgularımız sonucunda ÇÇTÖ-duygusal istismar ve ÇÇTÖ-fiziksel istismar puanları ile YŞÖ-KF zedelenmiş sınırlar arasında anlamlı bir ilişkinin olmamasının literatür ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Kaya-Tezel ve ark. (2015), kendi çalışmalarında ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-duygusal istismar ile YŞÖ- KF zedelenmiş sınırlar, YŞÖ-KF diğer yönelimlilik şema alanları arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Araştırmamızın sonuçları zedelenmiş sınırlar şema alanının öne çıktığı bireylerdeki ihmalkâr ebeveyn tutumunun bireyleri cinsel istismara da açık hale getiriyor olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamız kapsamında çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişki incelendiğinde YŞÖ-KF-diğer yönelimlilik şema alanı ile ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bununla birlikte YŞÖ-KF-diğeri yönelimlilik şema alanı ile ÇÇTÖ-duygusal istismar ve ÇÇTÖ-fiziksel istismar puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Diğeri yönelimlilik şema alanına sahip olan bireylerin kısıtlayıcı ebeveyn tutumu ile büyütüldükleri belirtilmektedir. Bireyler çocukluk dönemleri boyunca kendi fikirlerini, doğal yaşantılarını ve davranışlarını sergileme

noktasında özgür bırakılmamış ve sevgi ihtiyaçları büyük oranda karşılanmamıştır (Young ve ark., 2003). Bu açıdan araştırmamızda elde edilen bulguların yani diğeri yönelimlilik ve çocukluk çağı ihmal yaşantıları arasındaki ilişkinin literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Araştırmalar çocuklukta cinsel istismara maruz kalan bireylerin benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir (Ataoglu ve ark., 2019; Çobanoğlu, 2020; Eker ve Yılmaz, 2016; Güneri Yöyen, 2016). Bu da bu bireylerin ilişkilerde ötekini merkeze alan bir tutum sergilemelerine yol açabilir.

Çocukluk çağı travmalarının, olumsuz yaşam olaylarının ve bakım verenlerle yaşanan çatışmaların erken dönem uyumsuz şemaların oluşumu üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Ball, 2007). Gerçekleştirilen araştırmalarda da bu bilgiyi destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır. Yapılan araştırmalarda bilhassa duygusal istismar ve ihmalin uyum bozucu şemaların oluşumunda etkili olduğu vurgulanmaktadır (Carr ve Francis, 2010; McCarthy ve Lumley, 2012). Rezaei ve Ghazanfari (2016) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada çocukluk çağı travmalarının, erken dönem uyum bozucu şemalar üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu da belirtilmiştir. Shainheit ve Wright (2012) tarafından gerçekleştirilen bir diğeri araştırmada ise çocukluk döneminde yaşanan duygusal istismar ve ihmalin, erken dönem uyumsuz şema alanlarından kopukluk, yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve zedelenmiş otonomi ile ilişkili olduğu görülmüştür. İhmal ve istismar yaşantılarına maruz kalan çocukların hem duygusal hem de fiziksel ihtiyaçlarını gidermek adına çaresizlik hissettikleri bilinmektedir. Bu durumda çocuk, kendisini değersiz, güçsüz, sevilmeyen ve istenmeyen bir birey olarak hissedebilmektedir. Birey yetişkinlik dönemine geldiğinde de bu duyguları yeniden yaşamamak adına kendisine bilişsel setler kurabilmekte ve hayatına bu setler aracılığıyla yön verebilmektedir. Bireylerin oluşturmuş oldukları bu bilişsel setler aynı zamanda erken dönem uyum bozucu şemalar olarak işlev görmektedir (Johnston ve ark., 2009).

Araştırmamızda yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre ÇÇTÖ-toplam puanları ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkide zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar ve diğeri yönelimlilik şema alanlarının kısmi aracı rol

oynadığı ortaya konulmuştur. Yukarıda sözü geçtiği üzere araştırmalar çocukluk çağı travmalarının erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Ataoğlu ve ark., 2019; Ball, 2007; Carr ve Francis, 2010; Çelik ve Hoccoğlu, 2018; Çobanoğlu, 2020; Eker ve Yılmaz, 2016; Güneri Yöyen, 2016; McCarthy ve Lumley, 2012; Pelendecioğlu ve Bulut, 2009; Rezaei ve Ghazanfari, 2016; Shainheit ve Wright, 2012; Shipman ve ark., 2007; Şenkal ve Işıklı, 2015; Topbaş, 2004). Young (1990, 1999), şemaların, panik ve depresyon gibi psikolojik sorunlara, yalnızlığa veya yıkıcı nitelikler barındıran ilişkilere, işlevsellikte azalmaya, alkol ve madde kullanımına, yeme bozukluklarına veya uykusuzluk, ülser gibi psikosomatik problemlere doğrudan veya dolaylı bir şekilde neden olabileceğini ifade etmektedir. Karaosmanoğlu (2012) tarafından yapılan açıklamada da uyumsuz şemalardan kaçınmanın somatizasyon ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte erken dönem uyum bozucu şemalar ve bireylerin bu şemalarla baş etmeleri adına öğrenmiş oldukları davranış örüntülerinin somatizasyonu tetiklediği belirtilmektedir (Calvete, 2005). Literatürde yer alan bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmalarının erken dönem uyum bozucu şemalar üzerinden somatizasyon belirtilerinin oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları sınırlılıkları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Öncelikle araştırma İstanbul'da yaşayan ve 18-45 yaş aralığında 367 birey ile yürütülmüştür. Örneklem kısıtlılığı sonuçların genellenebilirliğini azaltmaktadır. Bunun yanı sıra araştırmada somatizasyon belirtilerinin değerlendirilmesi için ölçek kullanılmış ancak katılımcılarla klinik görüşme yapılmamıştır. Bu nedenle somatizasyon belirtileri ile Bedensel Belirti Bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) arasında doğrudan bir bağlantı kurulamamaktadır; araştırma sonuçlarının klinik izdüşümlerinin yorumlanmasında bunun dikkate alınması gerekmektedir.

SONUÇ

Bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ilişkisinde erken dönem uyum bozucu şema alanlarının aracılık rolü incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

1. Araştırma sonucunda araştırmaya katılan bireylerin ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puan ortalamasının 7.68; ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puan ortalamasının 9.89; ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puan ortalamasının 7.29; ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puan ortalamasının 8.37; ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puan ortalamasının 6.59; ÇÇTÖ-toplam puan ortalamasının ise 44.02 olduğu görölmüştür.

2. ÇÇTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-duygusal ihmal puanlarının cinsiyet değişkeni açasından anlamlı derecede farklılaştığı, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla fiziksel istismar ve duygusal ihmal puanına sahip oldukları görölmüştür. Bununla birlikte ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-duygusal istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının cinsiyet değişkeni açasından farklılaşmadığı görölmüştür.

3. ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-duygusal istismar, ÇÇTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇTÖ-duygusal istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının gelir düzeyi değişkeni açasından anlamlı derece farklılaşmadığı görölmüştür.

4. ÇÇTÖ-duygusal istismar, ÇÇTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının kardeş sayısı değişkeni açasından anlamlı derecede farklılaştığı görölmüştür. Tek çocuk olan bireylerin, 1 kardeşi olanlara oranla duygusal istismar puanlarının; 2 ve üzeri kardeşi olan bireylerin ise 1 kardeşi olanlara oranla fiziksel istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının daha yüksek olduğu görölmüştür. Bununla birlikte ÇÇTÖ-cinsel istismar, ÇÇTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇTÖ-fiziksel ihmal puanlarının kardeş sayısı değişkeni açasından farklılaşmadığı görölmüştür.

5. ÇÇTÖ-fiziksel istismar, ÇÇTÖ-duygusal istismar, ÇÇTÖ-cinsel istismar ve ÇÇTÖ-duygusal ihmal ile somatizasyon arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görölmüştür. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ-toplam

puanları ile somatizasyon arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

6. ÇÇTÖ-duygusal istismar ile YŞÖ-KF -kopukluk şema alanı ve YŞÖ -KF-zedelenmiş otonomi şema alanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

7. ÇÇTÖ-fiziksel istismar ile YŞÖ KF-kopukluk şema alanı arasında orta düzeyde; YŞÖ KF-zedelenmiş otonomi şema alanı arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

8. ÇÇTÖ-cinsel istismar ile YŞÖ KF-kopukluk şema alanı ve YŞÖ KF-zedelenmiş otonomi şema alanı arasında orta düzeyde; YŞÖ KF-diğeri yönelimlilik, YŞÖ KF-zedelenmiş sınırlar ve YŞÖ KF-yüksek standartlar şema alanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

9. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ile YŞÖ KF-zedelenmiş sınırlar şema alanı ve YŞÖ KF-kopukluk şema alanı arasında orta düzeyde; YŞÖ KF-zedelenmiş otonomi, YŞÖ-KF-yüksek standartlar ve YŞÖ KF-diğeri yönelimlilik şema alanları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

10. ÇÇTÖ-duygusal ihmal ile YŞÖ KF-kopukluk şema alanı ve YŞÖ KF-zedelenmiş otonomi şema alanı arasında orta düzeyde; YŞÖ KF-zedelenmiş sınırlar ve YŞÖ KF-diğeri yönelimlilik şema alanları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

11. ÇÇTÖ-toplam puanları ile YŞÖ KF-kopukluk şema alanı arasında orta düzeyde pozitif yönde; YŞÖ KF-zedelenmiş otonomi, YŞÖ KF-zedelenmiş sınırlar ve YŞÖ KF-diğeri yönelimlilik şema alanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

11. Somatizasyon ile YŞÖ kısa form-zedelenmiş otonomi ve YŞÖ KF-kopukluk şema alanı arasında orta düzeyde pozitif yönde; YŞÖ KF-yüksek standartlar, YŞÖ kısa form-zedelenmiş sınırlar ve YŞÖ kısa form-diğeri yönelimlilik şema alanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

12. ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ kısa form-zedelenmiş otonomi şema alanının kısmi aracı rolü olduğu görülmüştür.

13. ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ kısa form-kopukluk şema alanının kısmi aracı rolü olduğu görülmüştür.

14. ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ kısa form-yüksek standartlar şema alanının kısmi aracı rolü olduğu görülmüştür.

15. ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ kısa form-zedelenmiş sınırlar şema alanının aracılık rolünün olmadığı görülmüştür.

16. ÇÇTÖ-toplam puanları ve somatizasyon arasındaki ilişkide YŞÖ kısa form-diğeri yönelimliliği şema alanının kısmi aracı rolü olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın sonuçlarına çocukluk çağı travmaları ile bireylerin yetişkinlikte gösterebilecekleri somatizasyon belirtileri arasında bir ilişki olabileceğini ve bu ilişkide erken dönem uyum bozucu şema alanlarının kısmi olarak aracılık rolü olabileceğine işaret etmektedir. Bu bilgidен yola çıkarak somatizasyon belirtileri gösteren bireylerde çocukluk çağı travmalarının varlığının ve bunun yanı sıra erken dönem uyum bozucu şemaların değerlendirilmesinin yararlı olacağı ve erken dönem uyum bozucu şemaların düzenlenmesine yönelik psikoterapi çalışmalarının bu bireylerin iyi oluşlarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Çocuklukta travma yaşantılarının önlenmesi ve travma yaşantıları sonrasında erken ruhsal müdahaleler ile uyum bozucu şemaların oluşmasının önüne geçilmesinin ileride yaşanabilecek somatizasyon bozukluğu vb. ruhsal sorunların önlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada İstanbul'da yaşayan ve 18-45 yaş aralığında 367 birey ile yürütülmüştür. Araştırmanın daha geniş bir coğrafi bölgede ve daha fazla sayıda katılımcı ile yapılması sonuçların genellenebilirliğini artırabilecektir.

Bireylerin maruz kaldığı çocukluk çağı travmaları ile erken dönem uyum bozucu şemalar ve somatizasyon arasındaki ilişkilerin incelendiği boylamsal araştırmalar literatüre büyük katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Akşahin, H. (2017). Bağımlı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Alkol ve Madde Kullanımına Etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Akyıldız, K. (2011). Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar (Uzmanlık Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Akyıldız, K., Sercan, M., Yıldız, N., Cevik, A., & Kiyan, A. (2015). Is headache only headache? Comorbidity of headaches and mental disorders. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(1), 34.

Alfasfos, L. (2009). The early maladaptive schemas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuations for palestinian students (Unpublished doctoral dissertation). Hamburg University, Hamburg, Germany.

Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2), 194-201.

Alsancak, C. (2016). Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Özellikleri ile Obsesif İnanışlar ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerin İlişkisinde Dünyaya İlişkin Varsayımların Aracılık Rolü: Üniversite Öğrencilerinde Bir Değerlendirme (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Altıparmak, S., Yıldırım, G., Yardımcı, F. ve Ergin, D. (2013). Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 354-361.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*, Köroğlu E (Çev.), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*, Çev. Yay. Yön. Köroğlu E, Hekim Yayın Birliği, Ankara.

Ammerman, R. T. (1990). Etiological models of child maltreatment a behavioral perspective. *Behavior Modification*, 14(3), 230-254.

Anlı, İ., Can, Y., & Evren, C. (2017). Erkek alkol kullanım bozukluğu hastalarında patolojik narsisizmin erken dönem uyumsuz şemaların gelişimi üzerindeki etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(1), 63-74.

Aral, N., & Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151(5), 27-54.

Aslan, S.H. & Alparslan, Z.N. (1999). Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 275-85.

Aydın, O. ve İşmen E.A. (2003). 18-25 Yaş Grubu Erkeklerde Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantısının İncelenmesi. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18(18), 7-20.

Babacan, S. S, (2003). Hastalıkta Ruh ve Beden Etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 11(2), 519-524.

Bakır, E. & Kapucu, S. (2017). Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansıması: Bir Literatür İncelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13-24.

Balcı, N. (2018). Lise öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve yalnızlık düzeyi ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Ball, S.A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Personality Disorders*, 21(3), 305-321.

Barsky, A. J, (1990), *Somatoform Disorders*. S. E. Hyman, M. A. Jenike (Eds.), *Manual Of Clinical Problems in Psychiatry*, A Little Brown:177-179

Bartlett F.C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*, Cambridge, UK Cambridge University Press.

Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of psychosomatic research*, 39(4), 403-427.

Bayraktar, S. (2015). *İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı ve İhmali*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C., Budenz, D., 1985. Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives Of General Psychiatry*, 42(2), 142-148.

Bernet, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 423-442.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new Retro spective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132-1136.

Bethea, L. (1999). Primary prevention of child abuse. *American Family Physician*, 59(6), 1577-85.

Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N. B. ve Güneysu, S. (2001). 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, Gözde Repro Ofset, 45-53.

Blanchard, E. B., Greene, B., Scharff, L., & Schwarz-McMorris, S. P. (1993). Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 18(3), 125-132.

Bolat, T. (2010). Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Briere N.J., Scott C., (2016). Travma Terapisinin İlkeleri Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz. Betül Dilan Genç (ing.çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.

Büyükcebeci, A. (2019). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Yaratıcı Kişilik Özellikleri ve Aleksitimi ile İlişkisi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8 (4), 3187-3213.

Büyüköztürk, S., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, S. ve Demirel, F. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (18. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 38(4), 735-746.

Candansayar, S. (1994). Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluğu Olan Bir Grup Kadın Hastada Tanı Sınırları ve Psikosoyal Özelliklerin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(4), 321-342.

Carlson, E. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, violence, & abuse*, 1(1), 4-28.

Carr, S.N., Francis, A.J., 2010. Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: an examination in a non- clinical sample. *Psychological Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 333-349.

Carr, S.N., Francis, A.J., 2010. Early maladaptives chemas and personality disorder symptoms: an examination in a non- clinical sample. *Psychological Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 333-349.

Cecero, J. J., Nelson, J. D. ve Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 344-357.

Chasan, N. (2010). Alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Ciğercioğlu, B. (2015), *Vücut Tiyatrosu- Joyce McDougall*. Yasemin Cengiz (Ed.), *Acıyan Beden Psikosomatige Psikanalitik Bakışlar*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları: 22-32.

Cimilli, C. (1999). Somatizasyonun Toplumsal Evrimi. *T Klin Psikiyatri*, 1, 34-43

Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating the trauma of childhood abuse: Therapy for the interrupted life*. Guilford Press.

Cullum, J. L. (2009). Maladaptive schemas as a predictor of residential treatment outcomes in females with eating disorders (Unpublished Doctora Thesis). Utah State University, United States.

Çavuşoğlu, F. (2020). Cinsiyet Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(73).

Çelik, C. (2009). Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Dissosiyatif Yaşantılar ve Bilişsel Süreçler (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.

Çelik, F. G. H., & Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.

De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.

Demir, E. (2010). Otistik Çocuk Annelerinde Benlik Saygısı ve Somatizasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Deniz, M. E. (2006). Ergenlerde Bağlanma Stilleri İle Çocukluk İstismarları ve Suçluluk-Utanç Arasındaki İlişki. *Eurasian Journal of Educational Research*, 22, 89-99.

Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., Şafak Öztürk, C. (2018). Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(4), 269-278.

Dozois, D.J.A., Martin, R.A., & Bieling, P.J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 33, 585-596.

Dubowitz, H. (2002). Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*, 23(6), 191-196.

Dülgerler, Ş. (2000). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.

Ehsan, H. B., & Bahramizadeh, H. (2011). Early maladaptive schemas and agreeableness in personality five factor model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 547-551.

Elliott, K., & Urquiza, A. (2006). Ethnicity, culture, and child maltreatment. *Journal of Social Issues*, 62, 787-809.

Erginer F. (2007). Ankara İli İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Öğrencilerin Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmaline İlişkin Görüşleri. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Eroğlu, A. R. Ç. & Türk, S. B. (2013). Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve öfke ifade tarzları ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 1422-1439.

Erol, E. (2018), Beden Sorunsalları- I. In T.L. İkiz, T. (edt.), Bir Mesafe İhtiyacı Olarak Somatizasyon., Bağlam Yayıncılık, İstanbul.

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, 5(1), 1-4.

Fidanoğlu, O. (2007). Evlilik Uyumu İle Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Flink, N., Honkalampi, K., Lehto, S. M., Viinamäki, H., Koivumaa-Honkanen, H., Valkonen-Korhonen, M., & Lindeman, S. (2019). Early maladaptive schemas in chronically depressed patients: A preliminary investigation. *Clinical Psychologist*, 23(1), 15-25.

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

Gör, N., Yiğit, İ., Kömürcü, B., ve Ertürk, İ. Ş. (2017). Geçmişin Mirası ve Geleceğin Haritası: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5(10), 197-217.

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

Gürgeç, A. (2017). Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Araştırılması: Kesitsel Kontrollü Çalışma (Uzmanlık Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.

Güz, H., Doğanay, Z., Çolak, E., Tomaç, A., Sarısoy, G., Özkan, A. (2003). Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? *Klinik Psikiyatri*, 6, 80-85.

Haanen, H. C., Hoenderdos, H. T., van Romunde, L. K., Hop, W. C., Mallee, C., Terwiel, J. P., & Hekster, G. B. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 18(1), 72-75.

Hancı, İ. H. (2002). *Adli Tıp ve Ali Bilimler*, 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 263-284.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). The Minnesota multiphasic personality inventory, Rev. ed., 2nd printing.

Haugh, J. A., Miceli, M., & DeLorme, J. (2017). Maladaptive parenting, temperament, early maladaptive schemas, and depression: a moderated mediation analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 103-116.

Henningsen, P., Zipfel, S. & Herzog, W. (2007). *Management of functional somatic syndromes*. Lancet, 369: pp. 946-955.

Herman, J. L. ve Tosun, T. (2011). *Travma ve iyileşme*. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442.

İşmen, A. E. (1993). Duygusal istismarın liseli ergenlerin kendini kabul seviyelerine etkisi.

Jan, A. M. (1999). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency medicine clinics of North America*, 17(3), 575-593.

Ji, S., & Wang, H. (2018). A study of the relationship between adverse childhood experiences, life events, and executive function among college students in China. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0107-y>

Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O'Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 248-255.

Kalkan, M. & Özbek, S.K. (2011). Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ergenlerdeki flört kaygısını yordar mı?. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 18(1), 35-44.

Kandemir, G., Ak, İ., (2013). Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 479-506.

Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.

Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.

Karaer-Karapıçak, E. Ö. (2010). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Karasar, N. (2018). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık

Kaya, B. (1996). Sivas İl Merkezinde Somatizasyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi (Uzmanlık Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Kellerman, H. (2009). Dictionary of psychopathology. Columbia University Press.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17- 24.

Keser, İ. (2016). *Çocuklarda Cinsel İstismar*. Adana: Karahan Kitapevi.

Keskin, A., Ünlüoğlu, I., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi/The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 50(4), 344.

Kırdök, C. (2017). Evlilik Uyumu Somatizasyon Düzeyleri (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86.

Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., Dao, M. D. (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Canad J. Psychiatry*, 49, 663-669.

Koh, K. B. (2013). *Somatization and psychosomatic symptoms*. New York: Springer-Verlag. doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7119-6_9.

Koptagel-İlal, G. (1999). Hekimlik açısından somatizasyon ve somatoform bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 1, 50-54.

Korbin, J. E. (1991). Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse and Neglect*, 15(1), 67-77.

Korkmaz, E. (2019). Çocukluk çağı ruhsal travmaları ve affetmenin kişilerin savunma mekanizmalarıyla ilişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Korkmazlar-Oral, Ü., Engin, P. & Büyükyazıcı, Z. (2010). *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması: Özet Raporu*. Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.

Kömürcü, B., & Gör, N. (2016). Erken dönem uyumsuz şemalar ve kaygı üzerine bir derleme. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4(8), 183-203.

Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi*. 4. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Lansford, J. E., Kenneth, A. D., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavior and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 824-830.

Li, X., Wang, Z., Hou, Y., Wang, Y., Liu, J., & Wang, C. (2014). Effects of childhood trauma on personality in a sample of Chinese adolescents. *Child abuse & neglect*, 38(4), 788-796.

Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3-4), 160-167.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The Concept And Its Clinical Application. *American Journal of Psychiatry* (145), 1358-1368.doi:10.11.1.469.4798&rep=rep1&type=pdf.

Mai, F. (2004). Somatization Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 652-662.

Makas, S., & Çelik, E. (2018). Erken Dönem Uyumsuz Şemalar İle Sosyal Görünüş Kaygısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(67), 926-937.

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (1991). Methodological issues in research on physical child abuse. *Criminal justice and behavior*, 18(1), 8-29.

McCarthy, M.C., & Lumley, M.N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behavioral Therapy*, 41(4), 288-297.

McGinn, L. K. ve Young, J. E. (1996). Schema Focused Therapy. Salkovskis P.M. (Ed), *Frontiers of Cognitive Therapy*, 182-207. New York: Guilford Press.

Montazeri, M. S., Neshatdoost, H., Abedi, M. R., & Abedi, A. (2014). Effectiveness Of Schema Therapy On Symptoms Intensity Reduction And Anxiety In A Special Case With Obsessive Compulsive Personality Disorder (Case Report).

Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC public health*, 18(1), 1-15.

Mullen, P., E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E. ve Herbison, G.P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.

Mwakanyamale A., Yizhen Y. (2019). Psychological maltreatment and its relationship with self-esteem and psychological stress among adolescents in Tanzania: a community based, cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19, 176. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2139-y>

Oyuncakçı, S. (2020). 25-40 Yaş Arası Yetişkinlerde İntihar Olasılığı, Çocukluk Çağı Travmaları, Psikolojik Sağlık, Affetme Ve Olumlu- Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.

Ozoner, A. (2011). Kronik Bel Ağrısı İle Başvuran Hastalarda Beden Duyumlarını Abartma ve Korku Kaçınma İnançları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

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

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).

Özen Şahin, E. M. (2007). Şizofreni hastalarında somatizasyon. (Uzmanlık Tezi), Bakırköy ord. prof. mazhar osman ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi, İstanbul.

Özen, Ş., Antar, S. & Özkan, M. (2004). Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk ve depresif duygu durum üzerine etkisinin son sınıf üniversite öğrencilerinde incelenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi, *Türk Psikiyatri Derneği Yayınları*, 316-9.

Özen, Y. (2019). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 3(5), 362-375.

Özer, S. (2010). Yaşlılık Döneminde Somatizasyonun Klinik Görünümü, *Akademik Geriatri*, 168-172.

Özmen, E. ve Sağduyu, A. (1997). Somatizasyon Bozukluğu: Güleç C, Köroğlu E., Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.

Özmen, M. (2009). Bedenselleştiren hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim Dergisi Psikiyatri Özel Sayısı, 4*, 34-38.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (14. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara, 380.

Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (2000). Adolescent physical abuse: Age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *Journal of family violence, 15*(4), 375-389.

Perley, M. J., & Guze, S. B. (1962). Hysteria-the stability and usefulness of clinical criteria. *The New England Journal of Medicine, 266*, 421-426.

Polat, O. (1998). Çocuk istismarı nedir? *Çocuk Forumu, 1*(ek), 1-31.

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

Polat, O. (2004). **Klinik adli tıp**. Ankara: Seçkin Yayınevi, 133-44.

Polat, O. (2008). Türkiye’de Çocuk Haklarının Durumu. *Toplum ve Demokrasi, 2*(2), 149-157.

Prasad, K. M., Desai, G., & Chaturvedi, S. K. (2017). Somatization in the dermatology patient: Some sociocultural perspectives. *Clinics in dermatology, 35*(3), 252-259.

Pruessner, M., King, S., Vracotas, N., Abadi, S., Iyer, S., Malla, A. K., ... & Joobar, R. (2019). Gender differences in childhood trauma in first episode psychosis: Association with symptom severity over two years. *Schizophrenia research, 205*, 30-37.

Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, 246, 407-414.

Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ve Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529.

Roche, A.J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J. & Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl*, 29(4), 325-334.

Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. Geneva Switzerland World Health Organization.

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2004). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences / Clinical psychiatry* (10. basım). USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sakarya, Ö. (2013). Ergenlerin Ruhsal Belirtileri İle Ruhsal Özyeterlik Düzeylerinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Sar, V., Öztürk, E., & İkikardes, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054-1063.

Savi-Çakar, F., İkiz F.E. ve Asıcı, E. (2018). Çocukluk çağı travmaları ve umutsuzluğun psikolojik belirtileri yordama düzeyi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, 5(14), 85-100.

Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child abuse & neglect*, 28(2), 167-180.

Sevinçok, L. (1999). Somatizasyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-10.

Shah, R. ve Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 19-25.

Shainheit, C. R., & O'Dougherty Wright, M. (2012). Parental alcoholism and gender as moderators of maladaptive schema endorsement following childhood emotional maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(4), 403-421.

Smith, G. R. (1991). *Somatization disorder in the medical setting*. American Psychiatric Pub.

Soygüt, G., Karaosmanoğlu A., Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 74-85.

Soylu N., Pılan B. S., Ayaz M., & Sönmez S. (2012). Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(4), 292-298.

Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H. J. ve Grabe, H. J. (2008). Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 335-341.

Steinberg, H., Herrmann Lingen, C. & Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic Medicine Eighty Years Before Freud. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 11-16.

Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2, 105-108.

Syed, S. A., Cranshaw, M., & Nemeroff, C. B. (2020). Child abuse and neglect: stress responsivity and resilience. In *Stress Resilience*, ss. 181-196. Academic Press. 10.1016 / B978-0-12-813983-7.00013-6

Şahin, E. M. Ö. (2007). Şizofreni Hastalarında Somatizasyon (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, İstanbul.

Şahin, F. ve Taşar, M. A. (2012). Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 47, 152-158.

Şahin-Demirkapı, E. (2013). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme Ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Şar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1583-1590.

Şar, V., Taycan, O., Bolat, N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E. ve Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43, 33-40.

Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.

Şimşek, Ş., Fettahoğlu, E. Ç., & Özatalay, E. (2011). Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(3), 318-324.

Talee-Baktash, S., Yaghoubi, H., & Yousefi, R. (2013). Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 17(5).

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.

Tansel B. (2017). *Çocuk Cinsel İstismarı Tanımlar Temel Kavramlar ve Psikososyal Yaklaşımlar*. Adana: Karahan Kitapevi.

Tercier, A. (1998). Child abuse. *Emergency Medicine*, 4, 1108–1118.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 10-21.

Theodore, A. D., Runyan, D. K. (1999). A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 104(1), 168-177.

Thimm, J. C. (2010a). Personality and early maladaptive schemas: a five factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 1-8.

Tıp Terimleri Sözlüğü. (2021). Somatizasyon nedir?, 15 Şubat 2021 tarihinde www.tipterimlerisozlugu.com/somatization.html adresinden alınmıştır.

Tok, M. (2017). Romantik ilişki yaşantılarının ve ilişkilerde başa çıkma tarzlarının erken dönem uyumsuz şemalar açısından incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Topçu, S. (2009). *Silinmeyen İzler, Çocuk, Genç ve Ergenlerin İstismar ve İhmali*. Ankara: Phoenix Yayınevi.

Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., & Mancini, F. (2014). Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas. *The scientific world journal*, 2014.

TÜİK (2019). Türkiye nüfusu. 15 Şubat 2021 tarihinde <https://www.tuik.gov.tr/tr/> adresinden alınmıştır.

Tunaboşlu-İkiz, T. (2008). ruh ve beden arasında sınır kavramı; dürtüler ve psikosomatik kuramda akıbetleri. *Psk. Yaz.*, 16, 49-53.

Tunçer, Ö. (2005). Stres, Psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar. *Medikal Açıldan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 153-162.

Turhan E, Sangün Ö ve İnandı T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 153-157.

Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6(2), 113-118.

Türkkan, T., & Odacı, H. (2018). Liseli Ergenlerde Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Cinsiyet, Gelir Düzeyi Ve Ebeveyn Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi. *Journal of Society & Social Work*, 29(1).

Türksoy, N. (2003). *Psikolojik travma ve tanım sorunları*. Psikolojik Travma ve Sonuçları, (T. Aker, ME. Önder Eds), 5US Yayıncılık, 9-21.

U.S. Department Of Health And Human Services. (2009). Administration on Children, Youth and Families Child Maltreatment. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Uğur, M. (2015). Evli ve Bekar Kadınlarda Somatizasyon ve İlişkili Faktörler. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Uzun, Ş. (2002). Ergenlerde algılanan duygusal istismar ile kendilik imgesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Ünal, S. (2002). Bir Anlatım Tarzı Olarak Bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 52-55.

Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and research*, 34(4), 316-332.

Veltman, Marijche W & Browne Kevin. D. (2001). Three Decades Of Child Maltreatment Research: Implications For The School Years. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(3), 215-239.

Viola, T. W., Salum, G. A., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., & Grassi-Oliveira, R. (2016). The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child abuse & neglect*, 51, 1-11.

Vural, I., (2007), Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon ve Tiroid Hormonlarıyla İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman

Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Birimi, İstanbul.

Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. ve Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomaticmedicine*, 68(1), 129-135.

Wolfe DA, Scott K, Wekerle C ve Pittman AL. (2001), Child Maltreatment: Risk of Adjustment Problems and Dating Violence in Adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40(3), 282–289.

Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Tiu, J. E. (2007). New directions in the treatment of somatization. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 621-644.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Erişim adresi: <https://www.who.int>

World Health Organization. (2014). Global status report on violence prevention.

World Health Organization. (September, 2016). Child maltreatment. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68.

Yakut, H. İ. & Korkmaz, E. (2013). Çocuklarda cinsel istismar. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(39), 1630-1632.

Yargıç, İ., Ersoy, E. ve Batmaz Oflaz, S. (2012). Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 13, 277-284.

Yavuz, F.K. (2012). Fibromyalji ve Somatoform Bozukluk Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yiğit, İ., Kılıç, H., Yiğit, M. G., & Çelik, C. (2018). Emotional and physical maltreatment, early maladaptive schemas, and internalizing disorders in adolescents: A multi-group path model of clinical and non-clinical samples. *Current Psychology*, 1-11.

Young, J. & Lindemann, M. (2002). An integrative schema-focused model for personality disorders. R. L. Leahy ve E. T. Dowd (Eds.), *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application* (93-109). New York: Springer Publishing Company.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(1), 11.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Şema terapi* (Çev.: Soylu, T.V.). İstanbul: Litera Yayıncılık.

Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Arık, A. ve Arslan, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(4), 536- 541.

Zeytinoğlu, S. (1991). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ankara: Gözde Repro Ofset.

Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Péturs, H. R., Ramirez, C., ... & Isaeva, O. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version

(ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child abuse & neglect*, 33(11), 833-841.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.



EKLER LİSTESİ

EK-A KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR
FORMU

Sizi, **İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan** 03.12.2020 tarih ve 2020-29 sayı ile izin alınan* ve BÜŞRA NUR CEYLAN tarafından yürütülen “ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE SOMATİZASYON İLİŞKİSİNDE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN ARACI ROLÜ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanız yahut araştırmadan çıkmanız sizin için herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı : Araştırmanın amacı çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünü incelemektir.

Araştırmanın Yöntemi : Bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünün belirlenmesi amacıyla araştırma grubunun 18-45 yaş aralığında İstanbul’da ikamet eden ve kronik hastalığı bulunmayan 384 bireyden oluşturulması amaçlanmaktadır. Araştırmacılarca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu’nu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Young Şema Ölçeği-Kısa Form ve Somatizasyon Ölçeği isimli anketleri internet ortamında doldurmaları istenecektir.

Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi) : 07.09.2020-01.01.2021

Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı : 384

Araştırmanın Yapılacağı Yerler : Online Platform

Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı ? : Hayır

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı Tarih ve İmza

Adres ve telefonu

EK-B KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar,

Bu araştırma Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yapılmaktadır. Araştırmanın doğru sonuç vermesi vereceğiniz gerçekçi ve içten cevaplara bağlıdır. Formda kimlik belirtmenize gerek yoktur, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili daha fazla bilgi edinmek isterseniz vermiş olduğum mail adresi ile benimle iletişime geçebilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Büşra Nur Ceylan

İstanbul Gelişim Üniversitesi

- 1. Cinsiyetiniz:** K () E ()
- 2. Ekonomik Düzey:** 2500 TL ve altı () 2500-5000 TL () 5000 TL ve üzeri ()
- 3. Medeni Durum:** Evli () Bekar () Boşanmış () Eşini kaybetmiş ()
- 4. Eğitim Düzeyi:** İlköğretim () Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü ()
- 5. Kaç kardeşiniz:** Tek çocuk () İki kardeş () Üç ve daha fazla kardeş ()

EK-C YŞÖ

Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.	Benim için tamamıyla yanlış	Benim için büyük ölçüde yanlış	Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla	Benim için orta derecede doğru	Benim için çoğunlukla doğru	Beni mükemmel şekilde tanımlıyor
1.Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.						
2.Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.						
3.İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.						
4.Uyumsuzum.						
5.Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.						
6.İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum						
7.Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.						
8.Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.						
9.Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar başaramadım						
10.Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.						
11.Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.						
12.Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek vb.)						
13.Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.						

EK-C

14.Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.						
15.Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.						
16.Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.						
17.Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.						
18.Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.						
19.Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.						
20.Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.						
21.İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.						
22.Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.						
23.Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.						
24.İşleri halletmede son derece yetersizim.						
25.Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.						
26.Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.						
27.Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.						
28.Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.						
29.Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.						
30.Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.						
31.En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.						

EK-C

32.Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.						
33.Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.						
34.Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.						
35.İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.						
36.Eğer yanlış yaparsam, bunun özrü yoktur.						
37.Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.						
38.Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım.						
39.Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.						
40.Bir yere ait değilim, yalnızım.						
41.Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.						
42.İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.						
43.Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.						
44.Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.						
45.Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız.						
46.İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.						
47.Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.						
48.İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.						
49.Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.						
50.İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.						
51.Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.						

EK-C

52.Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.						
53.Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.						
54.Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.						
55.Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.						
56.Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.						
57.Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.						
58.Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.						
59.Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.						
60.İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.						
61.Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.						
62.Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.						
63.Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.						
64.Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.						
65.Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.						
66. Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.						
67. Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.						
68. Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.						
69. Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.						
70. Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanmayı ve takdir görmeyi isterim.						

EK-C

71. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.						
72. Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.						
73. Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.						
74. İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.						
75. Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.						
76. Kendimi hep grupların dışında hissedirim.						
77. Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.						
78. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.						
79. Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.						
80. Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.						
81. Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.						
82. Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.						
83. Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.						
84. Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.						
85. Kendimi sorumluluktan kolayca sıyırıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.						
86. Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.						
87. Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.						

EK-C

88.Bir dolu övgüler ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.						
89.Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.						
90.Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.						



EK-Ç ÇÇTÖ

<p>Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.</p> <p>Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...</p>	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çoksıkolarak
1. Yeterli yemek bulamazdım.					
2. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmemeye yardımcı olan birisi vardı.					
5. Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
6. Sevdiğimi hissediyordum.					
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
10. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					

EK-Ç

12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
13. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.					
16. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
21. Çocukluğım mükemmeldi.					
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.					

EK-D SÖ

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplamaya çalışın.	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.		
2. İştahım iyidir.		
3. Başım pek az ağrır.		
4. Ayda bir iki defa ishal olurum.		
5. Midemden oldukça rahatsızım.		
6. Çoğu kez midem ekşir.		
7. Bazen utanınca çok terlerim.		
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.		
9. Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.		
10. Bazen başımda sızı hissederim.		
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.		
12. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir.		
13. Pek seyrek kabız olurum.		
14. Ensemde nadiren ağrı hissederim.		
15. Vücutumda pek az seyirme ve kasilma olur.		
16. Çabucak yorulmam.		
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.		
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.		

EK-D

19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.		
20. Çoğu zaman yorgunluk hissedirim.		
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.		
22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.		
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.		
24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.		
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.		
26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.		
27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi gelir.		
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.		
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.		
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.		
31. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.		
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.		
33. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim.		

ÖZGEÇMİŞ

BÜŞRA NUR CEYLAN

İSTANBUL/ TÜRKİYE

EĞİTİM YERİ

2015/2019 : İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ, LİSANS

2019/2021 : İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ, KLİNİK PSİKOLOJİ

YABANCI DİL : İNGİLİZCE

STAJLAR

2016 - Beykent Okyanus Koleji, İSTANBUL

2018 - İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

2019- Luna Eğitim ve Danışmanlık Merkezi, İSTANBUL

2020 –Sefaköy Anadolu Lisesi (Pedagojik Formasyon Stajı), İSTANBUL

2021- Mizmer Danışmanlık Merkezi, İSTANBUL

İŞ DENEYİMLERİ

2019-2020 – DENİZ KUMU ANAOKULU

