

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SOMATİZASYON İLE
İLİŞKİSİNDE ALEKSİTİMİNİN ARACI ROLÜ

NESİBE BAYLAN

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2019

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SOMATİZASYON İLE
İLİŞKİNDE ALEKSİTİMİNİN ARACI ROLÜ

NESİBE BAYLAN

Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2017

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2019

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

Işık Üniversitesi

2019

İŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SOMATİZASYON İLE İLİŞKİSİNDE
ALEKSİTİMİNİN ARACI ROLÜ

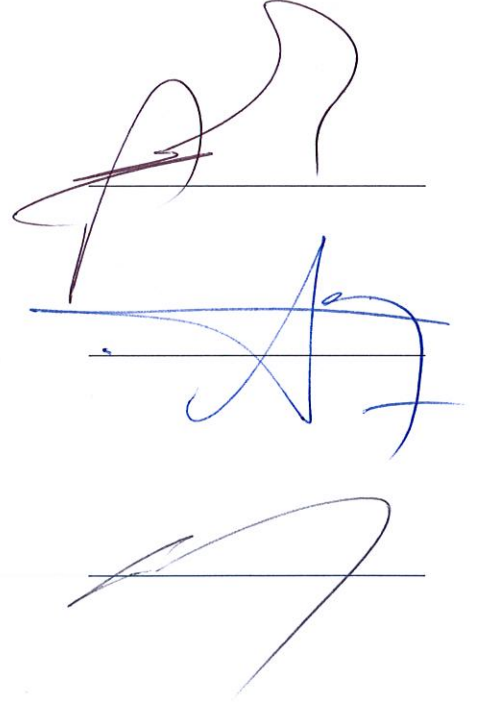
NESİBE BAYLAN

ONAYLAYANLAR:

Dr.Öğr.Üyesi Rukiye Hayran Işık Üniversitesi
(Tez Danışmanı)

Prof.Dr. Feryal Çam Çelikel Işık Üniversitesi

Prof.Dr. Duran Çakmak Arel Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 20.05.2019

THE MEDIATOR ROLE OF ALEXITHYMIA ON THE RELATIONSHIP OF CHILDHOOD TRAUMAS WITH SOMATIZATION

Abstract

Objective: The aim of this study is to investigate whether or not there is a mediator role of alexithymia on the relationship of childhood traumas and somatization symptoms.

Method: The study included 361 individuals aged from 20-49 years old living in the provinces of Istanbul and Bursa. The Sociodemographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Symptom CheckList -90 (SCL-90-R) were applied to the person who volunteered to participate in this study. The results were analyzed by the SPSS program and the data were obtained by independent sample t-test, one-way analysis of variance, correlation and mediator analysis.

Results: In the findings of the study, a weak positive correlation between somatization and childhood traumas were found. Similarly, a positive correlation was found between childhood trauma and alexithymia. It was concluded that there is a moderate positive relationship between somatization and alexithymia. We found that alexithymia has a partial mediation role in the relationship between childhood trauma and somatization and our hypothesis has been encouraged. When childhood traumas and sociodemographic variables are examined; it was determined that the income level of the participants, the marriage status of the parents and the educational status of the father had a significant relationship with childhood traumas. It was observed that childhood trauma levels were higher in parents whose divorced or separated parents, those with low-income levels and education. On the other hand, gender, age, marital status, educational status, loss of mother/father, education level of the mother, place of childhood and adulthood life were not found to be significant. When somatization and sociodemographic variables are examined; somatization has been found to have a significant relationship between gender and father's education level. It was concluded that the somatization values of the women and their fathers are lower than the others.

It was observed that there was no significant difference between somatization and other sociodemographic variables. Alexithymia and sociodemographic variables are examined; alexithymia has been found to have a meaningful relationship only with age. With increasing age, alexithymia level decreased.

Conclusion: In the study, it was seen that somatization level increased when childhood traumas increased. At the same time, alexithymia levels increase with increasing childhood trauma. In summary, alexithymia has a partial mediator role in the relationship between childhood trauma and somatization.

Key Words: Childhood traumas, Abuse, Neglect, Somatization, Alexithymia.

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SOMATİZASYON İLE İLİŞKİSİNDE ALEKSİTİMİNİN ARACI ROLÜ

Özet

Amaç: Bu araştırma çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün olup olmadığını incelemek için gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmaya İstanbul ve Bursa illerinde yaşayan 20-49 yaş grubundaki 361 birey katılmıştır. Araştırmada katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ulaşmak için “Kişisel Bilgi Formu”, çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıları ölçmek için “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)”, aleksitimi ölçmek için “Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)”, somatik belirti düzeylerini ölçmek için “Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R)” uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS programı ile analiz edilmiş ve veriler bağımsız t-test, tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve mediatör analizleriyle elde edilmiştir.

Bulgular: Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Somatizasyon ile aleksitimi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin kısmi aracılık rolü olduğu saptanmış ve hipotezimiz desteklenmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında; katılımcıların gelir seviyesinin, anne/baba evlilik durumunun ve babanın eğitim durumunun çocukluk çağı travmaları ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Anne babası boşanmış veya ayrı olanlarda, düşük gelir seviyesine sahip olanlarda ayrıca babasının eğitim seviyesi düşük olan katılımcılarda çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna karşılık cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne/baba kaybı, annenin eğitim durumu, çocuklukta büyüdüğü yer ve yetişkinlik yaşamının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Somatizasyon ile sosyodemografik değişkenlere bakıldığında ise somatizasyon ile cinsiyet ve babanın

eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Kadınların ve babasının eğitim seviyesi dūřuk olan katılımcıların diğerlerine göre somatizasyon değerlerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bakılmış olan diğer sosyodemografik değerrişkenler ile somatizasyon arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Aleksitimi ile sosyodemografik değerrişkenlere bakıldığında aleksitiminin sadece yař ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Artan yař ile birlikte aleksitimi seviyesinin dūřuř gösterdiği görülmüştür.

Sonuç: Çocukluk ağı travmaları arttıa somatizasyon düzeyinin arttığı görülmüştür. Aynı zamanda çocukluk ağı travmaları arttıa aleksitimi düzeyleri de artmaktadır. Özetle, ocukluk ağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin kısmi aracı rol oynadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk ağı Travmaları, İstismar, İhmal, Somatizasyon, Aleksitimi.

TEŞEKKÜR

Mesleki ve kişisel gelişimimin önemli bir parçası olan yüksek lisans eğitimim boyunca, kıymetli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarımdan başta Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel ve Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu olmak üzere tüm hocalarıma şükranlarımı sunarım. Tez danışmanlığımı yapan Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Hayran'a ayrıca teşekkür ederim.

Bu süreçte zaman zaman karşılaştığım zorluklarda hep yanımda olan, beraber gülip eğlendiğim ayrıca bir o kadar da kendilerinden yeni bilgiler edindiğim dönem arkadaşlarım Nalan Özgür'e, Büşra Gülsoy'a ve Revan Kafkaslı'ya teşekkür ederim. Araştırmamın analizlerini yapmamda bana yardımcı olan dönem arkadaşım Hülya İzgiş'e, harcadığı emek kadar motivasyonumun düştüğü her fırsatta bana destek olduğu ve inandığı için ayrıca teşekkür ederim. Neşe kaynağım olan, koşulsuz sevgisini her zaman hissettiğim çocukluk arkadaşım Şeyma İnan'a hayatımın her aşamasında olduğu gibi tez sürecinde de aynı ilgiyi ve desteği gösterdiği için minnettarım. Arkadaşım Begüm Efeoğlu'na ve daha nice arkadaşlarıma hayatımı güzelleştirdikleri için sonsuz teşekkürler. Ayrıca araştırmamda yer alan katılımcılara tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma vesilesiyle, en büyük teşekkürü, hayatıma anlam katan, ilgi ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme etmeyi bir borç bilirim. Sizin bir parçanız olmaktan onur ve mutluluk duyarım. Gösterdiğiniz sevginin ve verdiğiniz emeğin dengi olamasa da yaptığım bu çalışmayı size ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Abstract	ii
Özet	iv
Teşekkür.....	vi
İçindekiler.....	vii
Tablolar Listesi.....	xii
Şekil Listesi.....	xiv
Kısaltmalar Listesi.....	xv
GİRİŞ	1
Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
Araştırmanın Hipotezleri	3
Araştırmanın Alt Soruları	3
Sınırlılıklar	4
Sayıtlılar	4
Anahtar Terimlerin Tanımı	5
BÖLÜM 1	6
1. TRAVMA.....	6
1.1. Travmanın Tanımı.....	6
1.2. Travmanın Yaygınlığı ve Sıklığı.....	8
1.3. Travmanın Sonuçları	9
2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	10
2.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı ve Belirtileri	10
2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ve Sıklığı	11

2.3. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	11
2.3.1. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Aile ve Ebeveyn Özellikleri.....	13
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Çocuğa Ait Özellikler ...	14
2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları.....	15
2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Türleri	16
2.5.1. Çocukluk Çağı İstismarları	16
2.5.1.1. Fiziksel İstismar	16
2.5.1.1.1. Fiziksel İstismarın Tanımı ve Belirtileri.....	16
2.5.1.1.2. Fiziksel İstismarın Yaygınlığı ve Sıklığı	18
2.5.1.1.3. Fiziksel İstismara Neden Olabilecek Risk Faktörleri.....	19
2.5.1.1.4. Fiziksel İstismarın Sonuçları.....	20
2.5.1.2. Duygusal İstismar	21
2.5.1.2.1. Duygusal İstismarın Tanımı ve Belirtileri	21
2.5.1.2.2. Duygusal İstismarın Yaygınlığı ve Sıklığı.....	21
2.5.1.2.3. Duygusal İstismara Neden Olabilecek Risk Faktörleri	22
2.5.1.2.4. Duygusal İstismarın Sonuçları.....	22
2.5.1.3. Cinsel İstismar	23
2.5.1.3.1. Cinsel İstismarın Tanımı ve Belirtileri	23
2.5.1.3.2. Cinsel İstismarın Yaygınlığı ve Sıklığı.....	24
2.5.1.3.3. Cinsel İstismara Neden Olabilecek Risk Faktörleri	26
2.5.1.3.4. Cinsel İstismarın Sonuçları	27
2.5.2. Çocukluk Çağı İhmalleri	28
2.5.2.1. Fiziksel İhmal	29
2.5.2.1.1. Fiziksel İhmalin Tanımı ve Belirtileri	29
2.5.2.1.2. Fiziksel İhmalin Yaygınlığı ve Sıklığı.....	29
2.5.2.2. Duygusal İhmal.....	29

2.5.2.2.1. Duygusal İhmalin Tanımı ve Belirtileri.....	29
3. SOMATİZASYON	30
3.1. Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar	30
3.2. Somatizasyonun Tanımı ve Belirtileri.....	31
3.3. Somatizasyonun Epidemiyoloji	32
3.4. Somatizasyonun Etiyolojisi	35
3.5. Somatizasyona Eşlik Eden Durumlar	37
3.6. Somatizasyonun Kuramsal Çerçevesi	39
3.7. Çocukluk Çağı Travması ile Somatizasyon Arasındaki İlişki	40
4. ALEKSİTİMİ	41
4.1. Tanımı ve Belirtileri	41
4.2. Aleksitiminin Alt Türleri	43
4.3. Aleksitiminin Epidemiyolojisi	44
4.4. Aleksitiminin Etiyolojisi ve Kuramsal Çerçevesi	45
4.5. Aleksitimi ile Somatizasyon Arasındaki İlişki	48
4.6. Çocukluk Çağı Travmaları ile Aleksitimi Arasındaki İlişki.....	49
4.7. Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişki...51	
BÖLÜM 2	54
2. YÖNTEM.....	54
2.1. Örneklem	54
2.2. Veri Toplama Araçları.....	55
2.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	55
2.2.2. Kişisel Bilgi Formu	55
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	56
2.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ–20)	57
2.2.5. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	58
2.3. Veri Toplama Süreci	60

2.4. Araştırmanın Deseni.....	60
2.5. İstatiksel Analizi	60
BÖLÜM 3	62
3. BULGULAR	62
3.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler	62
3.2. Ölçeklerden Alınan Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	64
3.3. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Cinsiyet İle İlişkisine Yönelik Bulgular.....	65
3.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Yaş İle İlişkisine Yönelik Bulgular	66
3.5. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Medeni Durum İle İlişkisine Yönelik Bulgular	66
3.6. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular	67
3.7. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Çocuklukta Büyüdüğü Yer İle İlişkisine Yönelik Bulgular	67
3.8. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Yetişkinlik Yaşamının Büyük Çoğunluğunun Geçtiği Yer İle İlişkisine Yönelik Bulgular.....	68
3.9. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Anne ve Baba Kaybı İle İlişkisine Yönelik Bulgular.....	68
3.10. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Anne/Babanın Evlilik Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular	68
3.11. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Annenin Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular	69
3.12. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Babanın Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular	70
3.13. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Gelir İle İlişkisine Yönelik Bulgular	71
3. 14. Ölçeklerden ve Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları	71

3.15. Çocukluk Çağı Travmaları İle Somatizasyon Arasındaki İlişkide Aleksitiminin Aracı Rolü	74
BÖLÜM 4	76
4. TARTIŞMA	76
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler	85
KAYNAKLAR	
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Somatizasyon ile İlişkili Bozuklukların Etiyolojik Faktörleri.....	37
Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler.....	62
Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	64
Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Cinsiyet İle İlişkinine Yönelik Bulgular.....	65
Tablo 5. Katılımcıların Aleksitimi Düzeylerinin Yaş İle İlişkinine Yönelik ANOVA Analizi.....	66
Tablo 6. Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin Anne/Babanın Evlilik Durumu İle İlişkinine Yönelik ANOVA Analizi.....	69
Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Babanın Eğitim Durumu İle İlişkinine Yönelik ANOVA Analizi.....	70
Tablo 8. Somatizasyon Düzeylerinin Babanın Eğitim Durumu İle İlişkinine Yönelik ANOVA Analizi.....	70
Tablo 9. Çocuk Çağı Travmalarının Gelir İle İlişkinine Yönelik ANOVA Analizi.....	71
Tablo 10. Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	73
Tablo 11. Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişkileri İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları İle Somatizasyon Arasındaki İlişkide Aleksitiminin Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları.....	75
--	----

KISALTMALAR LİSTESİ

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

B'lı D: Bağımlı Değişken

B'sız D: Bağımsız Değişken

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire)

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

KT: Kareler Toplamı

p: Anlamlılık Düzeyi

M: Ortalama (Mean)

MD: Majör Depresyon Bozukluğu

N: Kişi Sayısı

OK: Ortalama Kare (Mean Square)

Ort: Ortalama (Mean)

SAMHSA: Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)

SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi

SH: Standart Hata (Standard Error)

SS: Standart Sapma (Standard Deviation)

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatiksel Program

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

TAÖ-1: Duyguları Tanımada Güçlük

TAÖ-2: Duyguları Söze Dökmede Güçlük

TAÖ-3: Dışa Dönük Düşünme

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi Türkiye'deki çocuklar da yaş, cinsiyet gibi birçok sosyal etkene bağlı olarak şiddet, sömürü, istismar ve ihmal başta olmak üzere birçok travmatik olaya maruz kalmaktadırlar. Dünyanın dört farklı bölgesini kapsayan uluslararası bir çalışma son bir yıl içinde çocukların; %66'sının duygusal istismara, %18'inin cinsel istismara, %55'inin fiziksel istismara, %37'sinin ihmale, %51'inin ise ev içi şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur (Zolotor ve ark., 2009). Çocuğa kötü muamelenin yerel ve uluslararası düzeydeki bu denli yaygınlığı çalışmaların artmasına yol açarak literatüre de yansımıştır.

Somatizasyon, psikolojik, psikiyatrik veya sosyal sorunların sembolleştirilerek, vücut fonksiyonları üzerinden yaşanması ve ifade edilmesidir (Lipowski, 1987). 14 ülkeyi kapsayan epidemiyolojik bir çalışmada somatizasyon bozukluğunun dünya genelindeki yaygınlığının %2,8 Ankara'daki yaygınlığının ise %1.9 olduğu saptanmıştır (Gureje, Simon, Ustun ve Goldberg, 1997). Toplumdaki önemi ve yaygınlığına rağmen literatürde somatizasyon konusunun klinik olmayan örnekleme çok fazla çalışma yapılmadığı dikkat çekmiştir.

Aleksitimi, duygusal deneyimleri bilişsel olarak işlemek ve bu deneyimleri başkalarına sözlü olarak iletmek için gerekli olan bilişsel kapasitedeki kısıtlılıktır. Birçok aleksitimik birey, duygusal ve fiziksel duyularını birbirinden ayırt etmekte zorlanır. Bu bireyler, duyguları yerine duygusal uyarılmaya eşlik eden somatik duyularına odaklanırlar. Ayırdı edilemeyen fiziksel ve duygusal duyular somatik şikâyetlerle karıştırılabilmektedir. Bu durum, somatizasyona sebep olabileceği gibi, var olan somatik yakınmaları daha da şiddetlendirebilir (Smith ve Schroeder, 2013; Taylor, Bagby ve Parker, 2004).

Aleksitiminin tanımlanmasında somatizasyonun önemli bir yeri bulunmasına rağmen bu iki kavram arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Literatürde somatik belirtiler ile

aleksitimi arasında ilişkinin olduğunu destekleyen çalışmalar olduğu kadar (Wise ve Mann, 1995; akt., Sayar ve Ak, 2001) somatizasyonun aleksitimiden ayrı ve bağımsız olduğunu savunan çalışmalar da vardır (Bach, Bach ve Zwaan, 1996; Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 1996). Birçok toplumda duyguların ifadesi hoş karşılanmaz ve duygular sembolik beden dili ile dışa vurulur. Araştırmalar aleksitiminin sağlıklı bireylerde de görülebileceği ortaya koymaktadır (Aslan ve Alparslan, 2001).

Çocuğa kötü muamele sonucunda çocuğun psikolojik ve biyolojik süreçlerinin olumsuz olarak etkilendiği ve/veya bozulduğu bilinmektedir. Birçok çalışma aleksitimi ile çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarının ilişkisini ortaya koymuştur. Bu anlamda, erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri yaşamış kişilerin yaşamayanlara göre daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiğini ortaya koyan bir dizi çalışma söz konusudur (Aust, Härtwig, Heuser ve Bajbouj, 2013; Smith ve Schroeder, 2013). Aynı şekilde, çocukluk çağı istismar ve ihmalin yetişkin dönemdeki somatizasyonla ilişki olabileceğini destekleyen çalışmalar da mevcuttur (Aydın ve İşmen, 2013; Spitzer, Barnow, Gau, Freyberger ve Grabe, 2008; Waldinger, Schulz, Barsky ve Ahern, 2006).

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün olup olmadığını incelemektir. Aleksitiminin genel nüfusta yaygınlığını öğrenmek, somatizasyon üzerindeki aracı rolünü keşfetmek araştırmanın bir diğer amacıdır.

Yapılan literatür incelemesinde çocukluk çağı travmaları ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok yerli ve yabancı araştırmanın olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, çocukluk çağı travmaları ile birçok farklı değişkenin birbiriyle ilişkisinin incelendiği çalışmalara da sıklıkla karşılaşılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün araştırıldığı çalışmaların ise çok kısıtlı kaldığı dikkat çekmiştir (Brown, Fite, Stone ve Bortolato, 2016; Gaher, Arens ve Shishido, 2013; Mazzeo ve Espelage, 2002; Paivio ve McCulloch, 2004; Şenkal, 2013). Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün incelendiği

çalışmalara literatür taramasında rastlanılmamıştır. Bu noktada yapılan araştırmanın ilk olması ile alana önemli katkılar sağlanılacağı düşünölmektedir.

İlgili değişkenlerle yapılmış çalışmalara bakıldığında genellikle üniversite öğrencileri (Demirkapı, 2014; Eyüpoğlu, 2018; Smith ve Schroeder, 2013; şenkal, 2013; Yücel, 2014) veya klinik örneklem (Anuk ve Bahadır, 2018; Çetin, 2018; Güleç ve ark., 2013; şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012) ile çalışılma yapılmış olduğu gözlemlenmiştir. Klinik olmayan, genel popölasyonu temsil eden bir örneklemle araştırma yapılmış olması bu çalışmayı önemli kılmaktadır. Aynı şekilde aleksitimi ile somatizasyonun klinik olmayan, normal popölasyon ile çalışılması araştırmamızı önemli kılmaktadır. Genç ve normal örneklemdeki çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi oranlarının ölçölmesi ile kıymetli bilgilerin elde edildiği varsayılmaktadır. Böylece edinilen bulgular ile literatüre ve gelecekteki araştırmalara önemli katkı sağlanılacağı düşünölmektedir.

Ayrıca araştırma sonucunda edinilen bulguların, risk faktörlerinin belirlenmesi, önleyici ve koruyucu sağlık ile psikolojik yardım hizmetlerine yönelik çözüm bulma konularında faydalı olacağı öngörölmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
2. Çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
3. Aleksitimi ile somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
4. Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitimi aracı rol oynamaktadır.

Araştırmanın Alt Soruları

1. Çocukluk çağı travmalarınının somatizasyon ile ilişkisi var mıdır?
2. Çocukluk çağı travmalarınının aleksitimi ile ilişkisi var mıdır?

3. Aleksitimi ile somatizasyon arasında ilişki var mıdır?
4. Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü var mıdır?
5. Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal) aleksitiminin alt boyutları (duyguları tanımda güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme) ve somatizasyon arasında bir ilişki var mıdır?
6. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu, anne/baba kaybı, anne/baba evlilik durumu, anne/baba eğitim durumu ve yaşam yeri) çocukluk çağı travmaları üzerinde farklılık göstermekte midir?
7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu, anne/baba kaybı, anne/baba evlilik durumu, anne/baba eğitim durumu ve yaşam yeri) aleksitimi üzerinde farklılık göstermekte midir?
8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu, anne/baba kaybı, anne/baba evlilik durumu, anne/baba eğitim durumu ve yaşam yeri) somatizasyon üzerinde farklılık göstermekte midir?

Sınırlılıklar

Araştırma, İstanbul ve Bursa İl Merkezlerinde yaşayan, 20 - 49 yaş aralığındaki 361 kişiyi kapsamaktadır. Araştırma, katılımcılara uygulanan: “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği”, “Belirti Tarama Listesi”, “Toronto Aleksitimi Ölçeği“ ve “Kişisel Bilgi Formu”ndan elde edilen bilgiler ile sınırlıdır.

Sayıtlar

Bu çalışmada, katılımcıların anket sorularını doğru ve içtenlikle doldurdukları varsayılmaktadır. Ölçeklerin çalışma konusuna uygun olduğu varsayılmıştır.

Anahtar Terimlerin Tanımı

Aleksitimi: Kelimenin tam anlamıyla ‘‘duygular için söz yokluğu’’ anlamına gelen aleksitimi, duygusal işlevsellikteki kısmi daralma, hayal kurmada yoksullaşma ve duyguları tanımlamada uygun kelimelerin bulunmamasıdır (Sifneos, 1973).

Çocukluk Çağı Travmaları: Bireylerin 18 yaş öncesinde maruz kaldıkları duygusal, cinsel ve fiziksel istismar ile ihmalin yanı sıra ebeveyn kaybı, ebeveyninden ayrı kalma, ebeveynlerin boşanması, şiddete tanık olma, göç etme, doğal afet yaşama ya da kaza geçirmedir (Herman, 2011).

İhmal: Çocuğun gereksinim duyduğu bakım ve korumadan mahrum bırakılmasıdır. Çocuğun beslenme, bakım, gözetim, eğitim gibi gereksinimlerinin karşılanmaması, eylemsizlik halidir (Kaplan ve Sadock, 2016).

İstismar: 18 yaş altındaki çocuklara karşı bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve onların zihinsel, bedensel, duygusal ve toplumsal gelişimlerini zedeleyen her türlü eylemdir. Literatürde duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar kavramları ile açıklanmaktadır (Zeytinoğlu, 1999).

Somatizasyon: Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerdir. Psikolojik, psikiyatrik veya sosyal sorunların vücut fonksiyonları üzerinden yaşanması ve yansıtılmasıdır (Lipowski, 1987).

BÖLÜM 1

Bu bölümde incelenen literatür çerçevesinde çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi kavramları hakkında bilgiler yer almaktadır.

1. TRAVMA

1.1. Travmanın Tanımı

APA (1994) travma kavramını, bireyin ağır yaralanma, ölüm, ölüm tehdidi ve beden bütünlüğüne yönelik tehdit oluşturan olaylara tanık olma ya da bu olaylarla karşı karşıya gelme olarak tanımlamaktadır. Kişinin bu olaylar sonucunda korku, çaresizlik ve dehşet duyguları geliştirmesi gerekir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5)'e göre travmanın tanımı: *“Aşağıdaki bir (veya daha çok) yoldan ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalmak: Travmatik olayı doğrudan yaşamak, olay diğerlerine olurken şahsen tanık olmak, yakın bir aile üyesi veya yakın bir arkadaşın travmatik olayı yaşadığını öğrenmek bir aile üyesinin veya arkadaşın ölümü veya ölüm tehlikesi yaşamaması durumunda olayın şiddet içermesi veya kaza sonucu olması gerekir. Travmatik olayların rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar veya aşırı ölçüde maruz kalmak (örneğin ilk müdahalede bulunan ve insanların kalıntılarını toplayanlar, çocuk istismarının ayrıntılarına tekrar tekrar maruz kalan polis memurları) (Not:A4 kriteri elektronik medya, televizyon, film ve resimler yoluyla maruz kalmayı, bu durum iş gereği olmadıkça içermez.)”* (APA, 2014).

Travma kavramına olan bakış açısının ve tanımlamanın zamanla farklılaşmış olduğu dikkat çekmektedir. Başka bir açıklamaya göre travma; bir bireyin fiziksel ya da ruhsal iyiliği üzerinde kalıcı etkileri olan bir olaydan ya da olay dizisinden kaynaklanır. Travmanın sonucunda bireyin işlevselliğinde, fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal iyilik halinde bozulmalar oluşur (SAMHSA, 2014).

Ruhsal sorunlara yol açtığı bilinen travma çok çeşitli şekillerde gerçekleşebilir. Travma, insan tarafından gerçekleşebileceği gibi doğal afetler, kazalar gibi insandıışı etkenlerden de kaynaklanabilir. Travmatik olaylar; trafik ve iş kazaları, deprem, yangın ve sel gibi doğal afetler, beklenmedik ölümler, ciddi/ölümcül hastalıklara yakalanmak, işkence görmek, şiddete uğramak, savaşta uzun süre bombardıman altında kalmak, terörist elinde rehin tutulmak, istismara ya da tecavüze uğramak gibi insan eylemlerinden kaynaklanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016, s. 380).

Travmatik anılar, doğası ve güvenilirliği gereği psikiyatri alanında yüzyıllardır tartışmalı bir konu olmuştur (Van der Kolk ve Fisler, 1995). Yaşanmış travmatik olayların incelendiği çalışmalarda geriye dönük yaşantıların sorgulanması, zaman ve hatırlanabilirlik etkenlerinden dolayı kısıtlılığa sebep olmaktadır. Travmatik olayların hatırlanması konusu bu anlamda dikkat çekmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar ikirciklidir. Bazı çalışmalar, olumsuz yaşam deneyimlerinin nötr yaşantılara göre daha az hatırlandığını ortaya koysa da bunun aksini iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Christianson ve Loftus, 1990). Brainerd, Stein, Silveira, Rohenkohl, ve Reyna (2008) olumsuz olayların, nötr olaylara göre daha fazla yanlış hatırlandığını savunmuşlardır. Yaptıkları çalışmada yanlış hatırlamanın en az pozitif olaylar için geçerli olduğunu en fazla ise negatif yaşam olayları için geçerli olduğunu bulmuşlardır. Bu durumun, duygusal uyarılmanın fazla olduğu travmatik yaşam olaylarında dikkatin azalmasına bağlı olarak hafızanın eskisi gibi iyi bir kodlama ve depolama yapmamasından kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Bu hipoteze karşı çıkan çalışmalar ise duygusal uyarılmanın artış gösterdiğinden dolayı yaşananların daha iyi hatırlandığı yönündedir (Burke, Heuer ve Reisberg, 1992). Bu kapsamda yapılmış başka bir çalışmada 8 ve 12 yaşlarındaki çocuklara olumlu, olumsuz ve nötr duygusal uyarım sağlayan kelime kartları gösterilmiş, kartların ne kadar hatırlandığı test edilmiştir. Araştırmanın sonucunda çocukların nötr içerikli kartları olumsuz içerikli kartlardan daha iyi hatırladıkları gözlemlenmiştir. Yanlış hatırlamanın yaş ile doğru orantılı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir. Özetle, olumsuz duygusal uyarımların hatırlanmasında sansür uygulandığı bu sebeple yaşananların yanlış hatırlandığı söylenebilir (Howe, 2007). Travmatik yaşam olaylarının uzun dönemdeki etkisi ve hatırlanabilirliğindeki yanlışlamalar yaygınlığı ve sıklığı ile ilgili oranlarda değişikliğe sebep olmaktadır.

1.2. Travmanın Yaygınlığı ve Sıklığı

Dünyanın hemen her yerinde insanlık, günlük hayatın getirmiş olduğu zorluklara ek olarak; doğal afetlere, savaşlara, göçlere, terör saldırılarına, ekonomik krize ve açlığa maruz kalmakta ve tanık olmaktadır. Bunun yanı sıra travmatik yaşam olaylarına çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşam olayları da eklendiğinde bu oranın ciddi boyutlara yükseldiği görölmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayanların büyük çoğunluğu (%80) bir ya da birden çok travmatik olaya maruz kalmaktadır. Kanada toplumunda da buna benzer yüksek rakamlı sonuçlar elde edilmiştir. Amerika'daki toplum için, bir yılda (2000 yılında) travmaya maruz kalma oranı %82,8'dir. Almanya için bu oranın %20, İsviçre için ise %28 olduğu rapor edilmiştir (Breslau, 2009). Breslau ve Kessler'in (2001) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 2181 katılımcı ile yaptıkları başka bir çalışmada katılımcıların yaşam boyu herhangi bir travmatik olaya maruz kalma oranı %89,6 olarak bulunmuştur. Travmanın cinsiyetler arasındaki yaygınlığı incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha fazla travmatik yaşam olayına maruz kaldığı saptanmıştır (Breslau ve Kessler, 2001; Breslau, 2009). Bu oran erkekler için %92,2 iken kadınlar için %87,1'dir. Travmaya maruziyet ve tanık olma ile eğitim düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Özetle eğitim seviyesi azaldıkça travmatik olayların deneyimlenme riski de beraberinde artış göstermektedir (Breslau ve Kessler, 2001). Yerel literatür incelendiğinde travmatik yaşam olaylarının yaşam boyu yaygınlığının ve sıklığının yeterince araştırılmadığı dikkat çekmiştir. Yapılan çalışmaların genellikle deprem, sel ya da terör saldırıları ile kısıtlı kaldığı gözlemlenmiştir.

Toplumda ekonomik, sosyolojik ve psikolojik hasar oluşturan olayların başında deprem gelir. Deprem, doğal afetler içinde en fazla yıkıcı etki bırakan olaylardandır. Deprem kuşağında yer alan ülkemiz için deprem, dikkat edilmesi gereken bir gerçekliktir. 17.000 kişinin ölümü, 24.000 kişinin yaralanması ve 130.000 yapının zarar görmesi ile sonuçlanan 1999 Marmara depremi ülke tarihinde yaşanan en büyük yıkımlardandır. Deprem sonrasında oluşan hasarlara bağlı olarak, afet ve ruhsal hizmetlerde, epidemiyolojik çalışmalarda ve psikolojik tedavi başvurularında artış görölmüştür. Yapılan çalışmalar, depremden sonra en fazla görölen psikiyatrik bozuklukların; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve majör depresyon bozukluğu

(MD) olduğunu ortaya koymuştur. Depremin ilk iki yılında TSSB'nin yaygınlığının %23 ile % 43 arasında değişkenlik gösterdiği, MD oranının ise % 16 ile % 31 olduğu saptanmıştır. İzmit ilini temsil eden 683 kişi ile yapılan bir diğer çalışmada TSSB'nin yaygınlığı % 11,7, MD'nin ise % 10,5 olarak bulunmuştur. 3 yıl sonra tekrarlanan çalışmada bu oranlar, TSSB için % 19,2 ve MD için % 18,7 olarak saptanmıştır (Aker, 2016).

1.3. Travmanın Sonuçları

Travmatik olayların fiziksel sonuçları olabileceği gibi anksiyete, depresyon, somatizasyon, alkol ve madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikolojik sonuçları da olabilir (Kılıç, 2003).

Her travmatik olayın, birey için örseleyici olduğunu veya olumsuz sonuçlar doğurduğunu söylemek yanlış olur. Yaşanan ya da şahit olunan olayın kişide travmatik etki bırakması göreceli bir durumdur. Travmaya uğrayan birinin travma öncesi kişiliği, daha önceki yaşam deneyimleri, baş etme becerileri, ailesel yükümlülüğün olması ya da olmaması gibi faktörler travma ile ilgili bilginin işleyiş biçimini etkiler. Travmanın olumsuz etkilerinin kolay atlatılıp atlatılmaması, bireyin yaşadığı çevrenin destekleyici olup olmamasına, bireyin yardım ve destek kaynaklarına ve bunlardan yararlanabilme kolaylığına bağlıdır (Sungur, 1992).

Yapılan araştırmalar insan eliyle gerçekleştirilmiş olayların bireyde daha fazla travmatik etki bıraktığı yönündedir. Shalev ve Freedman (2005) İsrail'de aynı topluluk üzerinde trafik kazaları ve terörist saldırıları sonucunda oluşan TSSB belirti oranlarını karşılaştırmışlardır. Travmatik olayın gerçekleşmesinden 1 hafta ve 4 ay sonra bireylerle görüşmeler düzenlenmiştir. 1. hafta sonunda yapılan görüşmeler sonucunda her iki grubun da bildirdiği belirtiler arasında herhangi bir farklılık görülmemesine karşın 4. ayda yapılan görüşmeler sonucunda terörist saldırısı yaşayanların, araba kazası geçirmiş olanlara göre TSSB belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Olumsuz yaşam olayları her zaman, her yerde gerçekleşebilir. Travmatik yaşam olayları yetişkinlikte yaşanabileceği gibi çocukluk ve ergenlik dönemlerinde de görülebilmektedir.

2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Tanımı ve Belirtileri

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaş öncesinde maruz kaldıkları duygusal, cinsel ve fiziksel istismar ile ihmalin yanı sıra ebeveyn kaybı, ebeveynlerden ayrı kalma, ebeveynlerin boşanması, şiddete tanıklık etme, göç etme, kaza ya da doğal afet geçirme olarak tanımlanabilir (Herman, 2011). Konunun önemi ve hassasiyeti çocuk kötüye kullanımını disiplinler arası bir olgu haline getirmiştir. İstismar ve ihmal kavramları, farklı alanlarda çalışan araştırmacılar ve uzmanlar tarafından, çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Zeytinoğlu (1999) çocuk istismarı kavramını 18 yaş altındaki çocuklara karşı bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve onların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyen her türlü psiko-sosyal eylemler olarak tanımlamıştır. Çocuk ihmali ise çocuğun ihtiyaç duyduğu bakım, korunma, beslenme ve eğitim gibi gereksinimlerinin karşılanmaması, eylemsizlik hali olarak belirtmiştir. Özetle, çocuğa uygulanan istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olması bu iki kavramı anlamsal olarak birbirinden ayıran en önemli noktadır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

Çocuğa kötü muamele, 18 yaş altındaki kişilerin kötüye kullanımı ve ihmali dir. Çocukla kurulmuş olan güven, sorumluluk ve güç ilişkisi çerçevesinde çocuğun gelişimine, sağlığına veya yaşamına zarar verme ya da zarar verme potansiyeliyle sonuçlanabilecek her türlü eylem ve eylemsizliği içerir. Genel olarak çocuğa kötü muamele; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal olarak kabul edilir (WHO, 2017).

Çocukluk çağı travmaları içinde çocuk için en örseleyici olanın istismar vakaları olduğu söylenebilir. Çocuğun güven duyduğu biri tarafından istismara maruz kalması çocukta güvensiz hissetme, ihanete ve hayal kırıklığına uğrama gibi tahribatlara yol açabilmektedir (Dönmez ve ark., 2014). İstismarın, genellikle çocuğa en yakın kişiler tarafından yapılıyor olması, yinelenmesi, hem istismarın ortaya çıkmasını hem de çocuğun tedavi edilmesini zorlaştırır. (Johnson, 2000; Yılmaz, 2003).

2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ve Sıklığı

Çocuğa kötü muamele herhangi bir kültür, sosyal sınıf, din ve ekonomik koşul ile ilişkili olmamakla birlikte; inanç, kültürel değer ve hukuksal düzenlemeler gibi bir dizi koşuldan etkilenir. Çocuğun olduğu her ortamda (evde, okulda, sokakta, oyun alanlarında) istismara uğrama riski vardır. Ülkemizde adalete yansımış olan istismar olguları, sosyokültürel nedenlerden dolayı gizli tutulan olgularla birlikte düşünüldüğünde çocuk istismarının ülkemiz için ne denli önemli bir sosyal sorun olduğu anlaşılmaktadır. Milyonlarca çocuk ve ergenin fiziksel, duygusal, cinsel istismara ve ihmale maruz kaldığı ayrıca birçoğunun da birkaç kötü muamele türünü bir arada yaşadığı literatürde geçmektedir. (Turan ve Traş, 2016). Buna karşın çocuğa karşı uygulanan istismar ve ihmalin, genellikle toplumlarda gizlenmesi ve mağdurların olayı yeterince dile getirememelerinden dolayı, yaygınlığın gerçek boyutu kesin olarak bilinmemektedir (Vatansever ve ark., 2004).

Yaş aralığının 15 - 67 olduğu, 183 psikiyatri hastanın oluşturduğu epidemiyolojik bir çalışmada kadınların %70.3'ü, erkeklerin ise %58.2'si çocukluğunda istismara uğradığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %65.7'si çocukluk çağında cinsel, duygusal ve fiziksel istismar yaşantılarından en az birine; %6.1'i ise üç tür istismar türüne birden maruz kalmışlardır. Çalışmada duygusal ihmal oranı %81.6, fiziksel ihmal oranı ise %72.1 olarak bulunmuştur (Örsel, Karadağ, Kahiloğulları ve Aktaş, 2011).

Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde istismar ve ihmal oranları yüksektir. Güney Afrika'da çocuk istismarı üzerine yapılmış bir çalışmada fiziksel istismarın %19, duygusal istismarın ise %26 gibi yüksek yaygınlık oranına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Meinck, Cluver, Boyes ve Ndhlovu, 2015). İzlanda, Rusya, Hindistan ve Kolombiya'da yapılan uluslararası bir çalışmada son bir yıl içinde çocukların %66'sının duygusal istismara, %55'inin fiziksel istismara, %18'in cinsel istismara, %37'sinin ihmale, %51'inin ise ev içi şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Zolotor ve ark., 2009).

2.3. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi Türkiye'deki çocuklar da yaşlarına, cinsiyetlerine ve sosyal etkenlere bağlı olarak birçok şiddet, sömürü, istismar ve ihmal riski ile karşı

karşıya kalmaktadırlar. 2005 Çocuk Koruma Kanunu ile çocuğun korunmasına yönelik yasa geliştirilmiş olursa da kurumsal, finansal koordinasyon ve izleme alanlarında önemli eksiklikler hâlâ devam etmektedir (UNICEF, 2019). İhmal ve istismarın, çoğunlukla önleme ve tanılamaya yönelik çalışmalar boyutunda ele alındığı, müdahaleye ve ilişki belirlemeye yönelik çalışmaların ise sınırlı olduğu gözlemlenmiştir (Sarı, Ardahan ve Öztornacı, 2016).

Çocuğun istismar ve ihmal edilmesine neden olan faktörler biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan ele alınabilir. Yapılan gözlem ve çalışmalar sonucunda çocuğa kötü muamelemin genellikle, bazı risk faktörleri arasındaki etkileşimden kaynaklandığı saptanmıştır. İç ve dış faktörlerin ayrımını kesin olarak yapmak zor olsa da, istismarın ve ihmalin nedenlerini iç ve dış stres kaynakları olarak sınıflandırmak mümkündür (Dubowitz ve Bennett, 2007). Dış stres faktörleri temel olarak aile içindeki ekonomik yetersizlikten kaynaklanabileceği gibi yoksulluk, işsizlik, borçlanma gibi nedenlerden de kaynaklanabilir. Sosyal, çevresel ya da ekonomik bazı problemler aile içindeki sorunlara bağlı olarak çocuğun istismar ve ihmaline sebep olabilir. Oluşacak bu sorunlar beraberinde iyi beslenmeme, sağlıksız ve yetersiz ev koşullarını getirebilir. Aynı zamanda anne babanın kısıtlı sosyal çevreye sahip olması, sosyal çevreleriyle olan uyumsuzluklar, ailede yaşanan hastalık ve kazaların çocuğun istismar ve ihmali için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir. İç stres faktörleri ise anne-babanın kişilik yapısına, çocuğun kişisel özelliklerine ve çevreye bağlı olarak geliştiği söylenebilir (Bulut, 1996; Ünal, 2008).

Sofuoğlu ve arkadaşlarının (2014) üç farklı ilde yürüttükleri epidemiyolojik çalışmada olumsuz çocukluk çağı travma deneyimlerinin sıklığının, çocuğun yaşı ile doğru orantılı olarak artış gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca şehirde yaşayanların kırsala göre daha fazla psikolojik istismara maruz kaldığı, erkeklerin kızlara göre daha fazla fiziksel istismara maruz kaldığı sonucu elde edilmiştir. Eşinden dayak yeme ile ailedeki çocuk sayısının fazlalığı, annelerin çocuklarına kötü muamelede bulunmasına yol açan risk faktörlerindedir (Güler ve ark., 2002).

Özetle, çocuğa yönelik istismar ve ihmale neden olan risk faktörlerinin ebeveyn, çocuk ve aile özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir (Horton ve Cruise, 2001). Yapılan araştırmalar sonucunda, tümü için geçerli olmamakla birlikte, çocuğunu ihmal ya da istismar eden ebeveynlerin ve istismar edilen çocukların bazı ortak özelliklerinin

olduğu saptanmıştır. Hangi nedenlerle kaynaklanırsa kaynaklansın istismar ve ihmalin çocuğun kişilik gelişimini, psikososyal durumunu olumsuz etkilediği, dolayısıyla toplumların geleceğini tehdit ettiği göz önünde bulundurulmalıdır (Ünal, 2008). Bu sebeple, çocuğa yönelik istismar ve ihmale karşı politikalar geliştirilmelidir. Çocuğa yapılan her çeşit kötü muamelenin toplumda kabul edilemez olması sağlanmalıdır. İstismarın ve ihmalin tespit edilmesi ve tanımlanması yapılmalı, raporlama ve çocuk izleminde daha iyi bilgi paylaşımı ve koordine çalışmaları düzenlenmeli, çocuğun güçlendirilmesine ve mağdurlara yönelik hizmetler geliştirilmelidir (UNICEF, 2019; Sarı, Ardahan ve Öztornacı, 2016). Risk gruplarına ulaşılmasının, gruplara yönelik sosyal destek ve eğitimler verilmesinin çocuğa yönelik istismar ve ihmali önlemeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar çocuğa yönelik okul tabanlı eğitim programlarının ve ebeveynlere yönelik bilgilendirici eğitim programlarının istismar potansiyelini ve risk faktörlerini azalttığını ortaya koymaktadır (Bakır ve Kapucu, 2017).

2.3.1. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Aile ve Ebeveyn Özellikleri

Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma, çocuğun bakımını tek ebeveyn olarak sürdürme, çatışmalı aile ortamı, aile üyeleri arasındaki bağın zayıf olması gibi aile özellikleri çocuk istismarı ve ihmaline zemin hazırlayıcı etkenlerdir (Horton ve Cruise 2001, s.14). Çocuk istismarının ve ihmalinin yaşandığı ailelerde çocuk yetiştirme tutumlarının tutarsız olduğu, ebeveynlerin de kendi çocukluklarında istismara maruz kalmış olabilecekleri bilinmektedir. Bunlara ek olarak, ebeveynlerin kişilik bozukluğu, depresyon, şizofreni, kaygı bozukluğu ve alkol bağımlılığı gibi psikiyatrik bozukluklara sahip olması risk faktörleri arasında geçmektedir (Polat, 2007; Sarı, Ardahan ve Öztornacı, 2016). Ebeveynlik becerilerinde ve çocuk gelişiminde yetersiz olma, düşük benlik saygısına sahip olma, çocuğun gelişim düzeyine uygun olmayan beklentilere girme ve çocuğa karşı daha az empatik olma gibi faktörlerin çocuğunu istismar ve ihmal eden ebeveynlerin ortak özelliği olduğu söylenebilir (Horton ve Cruise 2001, s. 14). Aynı zamanda, genç anne olmanın çocuğa kötü muamelede bulunma ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır (Bulut, 1996; Ünsal, 1998). Ailesel risk faktörleri olarak, düşük eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarında duygusal ve fiziksel istismar, düşük eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarında ise ihmalin

ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak, ev içinde şiddetin olduğu ailelerde istismar oranının yüksek olduğu bulunmuştur.

İstismarı yapan kişinin kendi çocukluğunda istismara uğramış olması bilinen en önemli risk faktörlerinden olduğu söylenilebilir (Akt., Öztürk ve Uluşahin, 2016, sf:611). Ezen ve Açıkgöz (2017) çocukluk çağında travmatik yaşam olaylarına maruz kalan annelerin (n=100) kendi çocuklarını örselemelerine olan etkisine baktıkları bir çalışmada annelerin kendi çocukluk dönemlerinde en fazla duygusal istismara maruz kaldıkları, çocuklarına ise en fazla fiziksel istismarda buldukları sonucuna ulaşmışlardır. Olumsuz çocukluk yaşantısına sahip annelerin kendi çocuklarına daha fazla örselenme davranışları uyguladıkları gözlemlenmiştir. Başka bir ifade ile çocukluk döneminde travmaya maruz kalan kişiler, büyüyüp aile kurduklarında aynı olumsuz durumu kendi çocuklarına da yansıtmaktadırlar (Ezen ve Açıkgöz, 2017).

Çocukluk döneminde ebeveyn uzun süre ayrı kalmış olmanın, duygusal ve cinsel istismar için risk etkeni oluşturabileceği yönünde bulgular vardır. Bu anlamda anne-babanın eğitimi ve çocukları korumaya yönelik önlemlerin alınması önem taşımaktadır (Örsel, Karadağ, Kahiloğulları ve Aktaş, 2011). Yapılan araştırmalar alkol/madde kullanımı olan ebeveyne ya da bakıcıya sahip olmanın, tek eşli olan ebeveyn tarafından büyütülmenin ve yosul bir aile ortamında yetiştirilmenin başta fiziksel istismar olmak üzere çocuğun kötüye kullanımına yol açtığını ortaya koymaktadır. Tüm bu risk faktörlerine karşın istihdam ve sağlıklı ebeveynlere sahip olmanın çocuğu istismardan koruduğu görülmektedir (Meinck ve ark., 2015).

2.3.2. Çocukluk Çağı Travmalarına Neden Olabilecek Çocuğa Ait Özellikler

Yapılan araştırmalar istismara ve ihmale uğrayan çocukların bazı ortak özelliklere sahip olduklarını ortaya koymuştur. Çoğunlukla istenmeyen gebelikler sonucunda doğan, gayri meşru, anne babanın ümit ettiği cinsiyette doğmayan, aile içinde oluşan kriz dönemlerinde doğan, annesinin kısa aralıklarla gebe kaldığı bilinen çocuklarda istismar ve ihmale sıklıkla rastlanılır. Bu çocuklarda uyku ve beslenme düzensizlikleri, huysuzluk, aşırı ağlama ve öfkelenme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış bozuklukları, kronik hastalıklar, mental ve fiziksel birçok sorunun eşlik ettiği görülmektedir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları

Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal olaylarından sonra çocuğun biyo-psiko-sosyal gelişiminde olumsuzluklar meydana gelir. Travmatik olayın yaşanmasından sonra ortaya çıkan sorunlar kısa vadede görülebileceği gibi, olayın etkileri çok uzun zaman sonra da görülebilir. İstismara ve ihmale uğrayan çocuklarda çeşitli psikiyatrik belirtiler görülebilir. Buna karşın pek çok istismara uğramış çocukta (cinsel istismar dâhil) herhangi bir psikiyatrik belirti saptanmayabilir. Olayın hemen sonrasında herhangi bir psikiyatrik belirtinin görülmemesi, çocuğun ileriki yaşam evrelerinde buna bağlı olarak herhangi bir psikiyatrik bozukluk geliştirmeyeceği anlamı çıkartılmamalıdır. İstismarın bir kez bile yaşanıyor olması çocuğun gelişiminde etkilere sebep olacaktır. Bazen unutulduğu varsayılan erken dönem olumsuz çocukluk yaşantılarının sonraki dönemlerde tetikleyiciler ile ortaya çıktığı, sosyal ve psikolojik problemlere yol açtığı görülebilmektedir (Akt., Öztürk ve Uluşahin, 2016, sf: 612).

İçe yönelim sorunları, çocuğa kötü muamelenin en yaygın sonuçlarından biridir. Bu anlamda, istismar ve ihmale uğrayan çocukta gözlemlenen sorunları içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta incelemek konuya daha açıklık getirecektir. İçe yönelim sorunları; anksiyete, depresyon, tıbbi bir nedene bağlı olmayan somatik yakınmalar, sosyal ortamlardan geri çekilme gibi sorunlardır. Dışa yönelim sorunları ise; dışarıdan gözlemlenebilen, yıkıcı ve zarar verici davranışları içeren sorunlardır. Dışa yönelim sorunları yaşayan çocuklarda saldırganlık, kavgacılık ve dürtüsellik gözlemlenmektedir (Brown ve ark., 2016). Küçük yaşta istismar ve ihmale uğramış çocuklarda dışa yönelim sorunları sıklıkla görülürken, daha büyük yaştaki çocuklarda ya da ergenlerde içe yönelim sorunlarına daha sıklıkla rastlanılmaktadır (Zahn-Waxler, Shirtcliff, ve Marceau, 2008). Bu sebeple, çocukluk çağı travmaları ve yetişkinlikte ortaya çıkan içe yönelim sorunları arasındaki ilişkiyi incelemek önemlidir.

Çin'de polikliniğe başvuran 229 depresyon, 102 bipolar, 216 şizofreni hastası ve 216 sağlıklı kontrol grubu ile yapılmış bir çalışmada depresyon hastalarının %55'inde, bipolar hastalarının %61.8'inde, şizofreni hastalarının %47.2'sinde ve sağlıklı olan kişilerin %20.5'inde en az bir travma türü tespit edilmiştir. Hasta gruplarında çoğunlukla fiziksel ihmal ve duygusal ihmal rapor edilirken, en az cinsel istismar ve

fiziksel istismar rapor edilmiştir. Sağlıklı örneklemin en çok bildirdiği çocukluk çağı travmasının %11.4 ile fiziksel istismar olduğu gözlemlenmiştir (Xie ve ark., 2018).

Örsel ve arkadaşlarının (2011) psikiyatri hastaları ile yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağında duygusal istismara maruz kaldığını bildiren katılımcılarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarına sıklıkla rastlanıldığı tespit edilmiştir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğradığını bildiren grupta ise alkol-madde kullanımı/bağımlılığı ve intihar girişimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Adli değerlendirmelerinin yapılması için polikliniğine gönderilen cinsel istismar mağduru 215 çocuk ve ergen (157 kız, 58 erkek) üzerine yapılan bir çalışmaya göre, olguların %81,9'unda istismar sonrasında en az bir ruhsal bozukluğun geliştiği görülmüştür. Olguların %33'ünde travma sonrası stres bozukluğu, %25,6'sında akut stres bozukluğu, %25,1'inde major depresif bozukluğu, %2,8'inde ise davranım bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Bir olguda ise kekemelik ve enürezis nokturna gelişmiş olduğu bildirilmiştir (Dönmez ve ark., 2014).

2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Türleri

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; duygusal, cinsel ve fiziksel istismar olarak; çocuk ihmalini ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak türlerine ayırmıştır (WHO, 2017).

2.5.1. Çocukluk Çağı İstismarları

2.5.1.1. Fiziksel İstismar

2.5.1.1.1. Fiziksel İstismarın Tanımı ve Belirtileri

UNICEF fiziksel istismarı, kaza dışı gerçekleşmiş, yapılması yasaklanmış, şiddet gibi davranışlar sonucunda çocuğun gelişiminde ve yetilerinde zarara uğraması olarak tanımlarken; Dünya Sağlık Örgütü fiziksel istismarı, çocuğa karşı kasti olarak uygulanan, fiziksel güç kullanımıyla çocuğun gelişiminde, sağlığında ve onurunda hasar oluşması şeklinde tanımlamıştır (Yurdakök ve İnce, 2010). En geniş anlamda tanımlanacak olunursa, fiziksel istismar “çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır.” Fiziksel istismar ile ilgili pek çok tanımlama yapılmış olursa da hepsinin hemfikir olduğu nokta, çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen ve fiziksel bütünlüğüne zarar veren, kaza

sonucu oluşmayan tüm erişkin davranışlarının fiziksel istismar olduğudur (Pelcovitz ve ark. 2000).

Fiziksel istismar; bir erişkinin çocuğu cezalandırma, terbiye etme, otorite sağlama ya da öfke boşaltma amacıyla el ve/ veya aletle vurması sebebiyle çocuğun vücudunda iz bırakacak şekilde şiddet uygulaması ve ona zarar vermesidir (Çelik ve Hocoğlu, 2018). Olgularda en sık rastlanan durum çocuğun dövülmesi ya da fiziksel şiddete maruz kalması şeklindedir. Vücutta fiziksel hasara neden olan yanık, kırık vb. her türlü lezyonun oluşmasına sebep olan davranışlar fiziksel istismar kapsamındadır (Polat, 2001). Çocuğu dövmek, sarsmak, zehirlemek, yakmak, boğmak gibi çocuğa fiziksel olarak hasar veren her türlü davranış da fiziksel istismardır. Ayrıca çocuğun dövülmesine bağlı olarak ekimozların oluşması, çocuğu cezalandırmak için üzerine sıcak su dökülmesi ya da üstünde sigara söndürülmesi sonucunda oluşan yanıklar, genellikle çocuğun uzun ve durdurulamayan ağlamalarına öfkelenen ebeveyn ya da bakıcıları tarafından sarsılması ya da bir yere fırlatılması şeklinde görülen sarsılmış bebek sendromu, gerçekte hasta olmayan bir çocukta hastalık üretilmesi şeklinde görülen Munchausen by Proxy Sendromu şeklinde sınıflandırılabilir (Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Fiziksel istismar sonucunda çocuğun yaralanması ve örselenmesi muhtemeldir (Polat, 2001).

Fiziksel istismar tanınması ve fark edilmesi en kolay istismar türüdür. Çocuğun fiziksel olarak yaralanmasının yanında duygusal olarak da yıpranması söz konusudur (Yolcu, 2011). Buna karşın en dikkat çekici olan durum ise fiziksel istismara uğrayan çocukların büyük çoğunluğunun tıbbi yardıma başvuramadığıdır. Tıbbi yardıma başvuranların ise genellikle yaşam tehlikesinin olduğu düşünülen veya yaralanma düzeylerinin ciddi olduğu görülen olgulardır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Bu sebeple, diğer istismar türlerinde olduğu gibi fiziksel istismarın da yaygınlığı ve sıklığı tam olarak bilinmemektedir.

Çocuğun fiziksel olarak mağdur edildiği fiziksel istismar türü, yapan kişilere göre sınıflandırılabilir: (Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016).

- Ebeveyn tarafından uygulanan fiziksel istismar: Çocukların anne, baba ya da her ikisi tarafından kaza dışı yaralanması sonucunda ortaya çıkan istismardır.

- Kurumda istismar: Okul, kreş, yetiştirme yurtları, kurs veya kamp gibi kurumlarda yönetici, öğretmen veya bakıcıların çocuklara uyguladıkları istismardır.

Çocuğun fiziksel olarak mağdur edildiği fiziksel istismar uygulama şekline göre de sınıflandırılabilir: (Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016).

- Aletsiz saldırılar: Herhangi bir alet kullanmadan çocuğa yöneltilen tokat, tekme, sarsma, yumruk, itip kakma, ısırma, çimdikleme ve zehirleme içeren eylem ve davranışlardır.
- Alet kullanılarak yapılan saldırılar: Sopa, kemer, hortum, sigara, ütü, tava gibi ev eşyası kullanılarak yapılan saldırılardır.

2.5.1.1.2. Fiziksel İstismarın Yaygınlığı ve Sıklığı

Yapılan çalışmalara göre çocuklar en fazla duygusal ve fiziksel istismara maruz kalmaktadırlar. Anne ve babalar, çocuklarını cezalandırmak veya disipline etmek amacıyla sıklıkla fiziksel şiddete başvurmaktadırlar (Bakır ve Kapucu, 2017). Şiddet olguları içinde bireyde en fazla hasar yaratan, en çok gizlenen ve ortaya çıkmayan olgular çocuğa yönelik olan şiddet olgularıdır. Çocuğun gelişimini engellediği ve çocuğa zarar verdiği için çocuğa uygulanan şiddet çoğunlukla çocuk istismarı kapsamında ele alınmaktadır (Polat, 2016). UNİCEF tarafından (2017) bildirilen verilere göre, dünya genelinde 2- 4 yaş arası çocukların dörtte üçü (300 milyona yakın) düzenli olarak ebeveynleri ya da bakıcıları tarafından şiddete (fiziksel cezaya ve/veya psikolojik saldırıya) maruz kalmaktadır. Yaklaşık olarak on çocuktan altısı (250 milyon) fiziksel cezaya maruz kalmaktadır. Birçok çocuk evdeki şiddetten dolayı olarak da olsa etkilenmektedir: Dünya çapında 5 yaşın altındaki dört çocuktan biri (176 milyon), eş/partner şiddeti mağduru olan bir anne ile yaşamaktadır. 6 ila 17 yaşları arasındaki 732 milyon okul çağındaki çocuklar, okulda fiziksel cezanın tamamen yasaklanmadığı ülkelerde yaşamaktadır. TÜİK verilerine göre, gördüğü şiddet sebebiyle yaralanan ve güvenlik birimlerine getirilen mağdur çocukların sayısı; 2014 yılında 74,064 iken 2015 yılında 76,188, 2016 yılında ise 83,552'e kadar yükselmiştir (Polat, 2018). Annelerin çocuklarına karşı fiziksel istismar davranışlarının incelendiği bir çalışmada annelerin %53,8'inin (n=77) çocuklarına tokat attığı, %23,1'inin ise

(n=30) çocuklarını dövdüğü ve/veya çimdiklemediği saptanmıştır. (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002).

İsveç'te 13-15-17 yaşlarında 8024 çocuk ile yapılan kesitsel bir çalışmada çocukların 962'sinin (%12) ebeveynleri ya da bakımlarını üstlenen kişiler tarafından fiziksel istismara uğradıkları saptanmıştır. Çocukların %30'unun fiziksel istismara geçen yıl uğradıkları tespit edilmiştir. Çocuklara istismarda bulunanların %92,6'sı çocukların biyolojik anne/babaları iken % 7,4'sı üvey anne/babalarıdır. 962 çocuk (%8) okul personeli, sosyal hizmetler personeli, polis ve benzeri kurum çalışanı tarafından istismara uğradığını bildirmiştir (Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren ve Gustafsson, 2012).

2.5.1.1.3. Fiziksel İstismara Neden Olabilecek Risk Faktörleri

Fiziksel istismara yol açan risk etmenlerinin tanımlanması amacıyla, araştırmacılar istismarı yapanın, istismara uğrayanın ve istismarın gerçekleştiği ortamın özelliklerini sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırmaya göre, toplumun kültürel yapısı, ebeveyn özellikleri ve çocuk özellikleri risk etmeni oluşturabilmektedir (Evinç, 2018).

Araştırmalar ruh sağlığı bozukluklarına sahip olma ile fiziksel istismar sıklığının ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Düşük sosyoekonomik düzey ve fiziksel sağlık sorunlara sahip olma, çocuğun istismara uğramasına neden olabilecek risk faktörlerindedir (Annerbäck ve ark., 2012). Çocuğa karşı uygulanan fiziksel istismarın bir türü olan kafa travmaları incelendiğinde annelerin 18 yaşından küçük olması, annelerin eğitim seviyelerinin düşük olması, ailelerin sosyoekonomik durumlarının düşük olması gibi faktörlerin risk oluşturduğu belirlenmiştir. Kafa travmasına maruz kalan çocukların ortak özellikleri incelendiğinde çocukların erkek olması, 1 yaşından küçük olmaları, prematüre ya da istenmeyen çocuk şeklinde doğmaları risk oluşturduğu belirlenmiştir (Hennes, Kini ve Palusci, 2001).

Fiziksel istismarın tanınması ve tanımlanmasında kültürün önemli bir yeri vardır. Çocuğu disipline etme ya da çocuğa ceza verme amacıyla uygulanan bazı tutum ve davranışlar kültürden kültüre değişiklik gösterebilir. Bedensel cezalandırmanın disiplin yöntemi olarak kabul görüldüğü kültürlerde istismar riski de yüksektir (Evinç, 2018). Çocuğu disipline etmek ya da cezalandırmak amacıyla uygulanan dayak, ülkemizde de yaygındır. Tokat atarak cezalandırmanın ise en sık kullanılan fiziksel

istismar türü olduğu bilinmektedir (Beyazıt, 2015). Ebeveynler başta hafif fiziksel cezalar uyguladıkça da cezanın aile ve toplum kültüründe kabul görmesi ile cezanın şiddeti zamanla katlanır ve fiziksel istismara dönüşmesine yol açabilir. Yapılan araştırmalar duygusal ve fiziksel cezalandırmanın zamanla etkisinin azaldığını, bu sebeple çocuğa yönlendirilen şiddetin de katlanarak fiziksel eyleme dönüştüğünü göstermektedir. Şiddetin normal görüldüğü aile ve toplumlarda büyüyen bir çocuğun öğrendiği ebeveynlik stili ve sorun çözme yöntemi şiddet olacağı için bu durum nesiller arası aktarım ile istismarın sürdürülmesi şeklinde devam edebilir (Evinç, 2018).

2.5.1.1.4. Fiziksel İstismarın Sonuçları

Çocuğun fiziksel istismarı, dünya çapındaki yaygınlığı ve olumsuz etkilerinden dolayı önemli bir halk sağlığı ve sosyal refah problemidir (Annerbäck ve ark., 2012). Yapılan araştırmalar çocuğa uygulanan fiziksel istismarın, kısa dönemde ağır sağlık sorunları ve ölüm riski oluşturacağı gibi, yaşam boyu kişinin işlevselliğini olumsuz etkileyecek psikolojik problemlere de yol açabileceği yönündedir. Bu sebeple, çocuğa yönelik fiziksel istismar diğer istismar türlerinde olduğu gibi erken dönemde ele alınmalı ve müdahale edilmelidir (Evinç, 2018).

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda sadece fiziksel belirtiler görülmez. İstismarın sıklığı, şiddeti ve oluş şekline göre bulgular çeşitlilik gösterebilir. Bunlar; bilişsel yetilerin bozulması ve ders başarısında düşme, sosyal ilişkilerde yetersizlik ve yakın ilişkiler kurmada güçlük çekme, saldırgan ve öfke içeren davranışlarda bulunmadır. Fiziksel istismara uğrayan çocuklar genellikle canları çok yandığında bile ağlamayan ve yaralanmalardan korkmayan bir ruh hali içinde olurlar. Madde kötüye kullanımı, intihar düşüncesine sahip olma ya da girişimlerinde bulunma, büyük yaştaki çocuklar için tehlikeli cinsel deneyimlere yönelme vb. eylemler fiziksel istismarın sonuçlarındandır. Bunun yanı sıra, kişilik bozuklukları, bazı nörolojik ve psikolojik bozukluklar da ortaya çıkabilir (Bayraktar, 2015).

Fiziksel istismar sonucunda yaralanmalar olduğu kadar ölümler de meydana gelebilir. 2000 - 2002 yılları arasında adli tıp kurumuna yönlendirilmiş çocuk ölümlerine ilişkin 216 istismar ve ihmal olgusunda, çocukların 30'unun (%13,9) fiziksel istismar sonucunda öldüğü tespit edilmiştir (Saka, 2004). Çocuğa uygulanan istismar, hastalık

ve/veya kaza ile karıştırılabilir. Vakaların değerlendirilmesinde yer alan profesyonellerin klinik eğitimi doğru tanı için çok önemlidir. Önleme stratejileri vakaların erken ve doğru tanınmasının yanı sıra, çocuk gelişimi üzerine ebeveyn eğitimlerini de içermesi gereklidir (Lopes, Eisenstein ve Williams, 2013).

2.5.1.2. Duygusal İstismar

2.5.1.2.1. Duygusal İstismarın Tanımı ve Belirtileri

Duygusal istismar, çocuğun duygusal gelişimini zedeleyecek uygunsuz duygusal davranışlarda bulunma olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa sevilmediğini, değersiz ve yetersiz olduğunu hissettirmek, sevgi ve değeri anca kendi gereksinimlerini karşılarsa görebileceğini hissettirmek, öğrenmesine ve araştırmasına engel olmak, okula göndermemek, sosyal etkileşimini kısıtlamak ve başkasına yapılan kötü muameleyi izlettirmek gibi davranışlar duygusal istismara örnektir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Çocuğun nitelik ve kapasitesinin doğru değerlendirilmemesi, çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan beklentilerde bulunma, topluma uymayan çocuk yetiştirme yöntemleri ile çocuğu büyütme, çocuğu sosyal ilişki ve etkileşimden mahrum bırakma gibi durumlar duygusal istismar olarak kabul edilmektedir. Çocuğun küçümsenmesi, üstünde aşırı otorite ve baskı kurulması, istikrarsız davranışlara maruz bırakılması, çocukla alay edilmesi, çocuğa küfredilmesi ve kardeşlerinden farklı davranılması da duygusal istismar kapsamındadır (Acehan ve ark., 2013; Butchart, Harvey, Mian ve Furniss, 2006; Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016).

2.5.1.2.2. Duygusal İstismarın Yaygınlığı ve Sıklığı

Gündelik yaşamda diğer istismar türlerine göre daha sık rastlanılan istismar türü duygusal istismardır. Fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi fiziksel bir belirtinin bulunmayışı, duygusal istismarı diğer istismar türlerinden farklı kılmaktadır. Duygusal istismar tek başına görülebileceği gibi diğer istismar türlerine de eşlik edebilir. Cinsel ya da fiziksel istismar mağduru olan kişiler, bir uzantı olarak duygusal istismara da maruz kalabilmektedirler (Polat, 2001). Duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve ihmalin olmadığı durumlarda da gerçekleşebilir. Buna karşın fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'nı duygusal istismar ve ihmale de maruz kalmaktadır. Fiziksel ve cinsel istismara göre tespit edilmesinin zor olması ve daha az zarar verici olduğunun düşünülmesinden dolayı duygusal istismar konusu üzerinde uzun süre akademik

çalışma yapılmamıştır (Gökler ve Taner, 2004). Bu sebeple, duygusal istismarın yaygınlığı ve sıklığı konusunda net bir oran söylenemese de yapılan çalışmalar duygusal istismarın ne derecede yaygın olduğunu gözler önüne sermektedir.

Güler ve arkadaşlarının (2002) 143 anne ile yaptıkları yüz yüze görüşme sonrasında, annelerin %93'ünün çocuklarını duygusal olarak istismar ve ihmal ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Annelerin çocuklarına uyguladıkları duygusal istismar davranışları incelendiğinde annelerin %81,1'inin çocuklarına sevgilerini belli etmedikleri, %77,6'sının çocuklarına bağırdığı-azarladığı, %33,6'sının çocuklarını korkuttuğu, %8,4'ünün ise çocuklarını odaya kapattığı rapor edilmiştir.

2.5.1.2.3. Duygusal İstismara Neden Olabilecek Risk Faktörleri

Duygusal istismar, başta anne-baba olmak üzere çevreden kaynaklanan birçok etkenden kaynaklanmaktadır. Duygusal istismarı gerçekleştiren kişiler büyük çoğunlukla çocuğun birinci derece yakınında olan, bağlanma nesnesi konumunda olup, bakımını üstlenen kişilerdir. Annenin duygudurum bozukluğu başta olmak üzere psikolojik rahatsızlıklara sahip olması, ebeveynlerin ya da bakım verenin madde kullanım öyküsünün olması, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesine sahip olması, çocuğa karşı sözel öfkenin artmış olması, buna karşılık azalmış duygusal beslemenin olması duygusal istismar için risk oluşturmaktadır (Taner ve Gökler, 2004).

2.5.1.2.4. Duygusal İstismarın Sonuçları

Norman ve arkadaşları (2012) çocuğun fiziksel istismarı, duygusal istismarı ve ihmali sonrasında oluşan uzun vadeli zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları arasındaki olası ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında, çarpıcı sonuçlara ulaşmışlardır. Duygusal istismarın; depresyon başta olmak üzere çeşitli zihinsel bozukluklar, uyuşturucu kullanımı, intihar girişimleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve riskli cinsel davranışlarda bulunma ile nedensel bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Duygusal olarak istismara uğrayan bireyler, istismara uğramamış bireylere göre üç kat daha fazla depresif bir bozukluk geliştirme riski taşımaktadırlar (Norman ve ark., 2012).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda: (Bartholdson, 2001).

- Aileden uzaklaşma, okula gitmeyi istememe ya da evden/okuldan kaçma
- Değersizlik duyguları geliştirme

- Uyumsuz ve saldırgan davranışlar geliştirme
- Göz teması kurmaktan kaçınma
- Organik bir nedene bağlı olmayan gelişimsel gerilik geliştirme
- Konuşma bozukluğu geliştirme
- Fiziksel ve sosyal gelişim açısından yaşitlarının gerisinde olma
- Depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve davranım bozuklukları gibi psikolojik sorun ve bulgulara sıklıkla rastlanılır.

Çocuklara kötü muamelede bulunmanın uzun vadede ciddi sonuçlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalı, risk altında bulunan çocukları belirlemek ve korumak için etkili müdahaleler geliştirilmelidir.

2.5.1.3.Cinsel İstismar

2.5.1.3.1. Cinsel İstismarın Tanımı ve Belirtileri

18 yaşından küçük bir çocuğun bir başkasının cinsel ihtiyaçlarını ya da arzularını gidermek için cinsel bir nesne olarak kullanılmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Başka bir tanımlamaya göre, cinsel istismar, cinsel gelişimini tamamlamamış çocuk veya ergenin, kendisinden büyük biri tarafından cinsel doyum amacıyla zorlanılarak, kandırılarak ya da ikna edilerek cinsel etkileşimde bulunması ya da pornografiye yönlendirilmesidir (Bayraktar, 2015).

Cinsel istismar çocuğa dokunarak gerçekleşebileceği gibi elektronik medya aracılığı ile dokunma olmaksızın da gerçekleşebilir. Çocuğun özel bölgelerine bakmak, bir başkasının özel bölgelerini göstermek, dokunmak, dokundurmak, öpmek, çocuğun vücuduna organ ya da cisim sokmak, cinsel içerikli video, resim vb. izlemeye zorlamak cinsel istismar kapsamına girmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Cinsel istismar, eylemlerin meydana geliş şekillerine göre gruplara ayrılır. Bunlar: (Bayraktar, 2015; Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016; Polat, 2006).

1. Fiziksel temasın olmadığı: İstismarcının, çocuk ile cinsel içerikli konuşmalar yapması; istismarcının, çocuğa vücudunun özel bölgelerini gösterdiği ya da çocuğun önünde mastürbasyon yaptığı teşhircilik eylemi; istismarcının,

çocuğun çıplak olduğu anlarda gizlice ya da açıkça çocuğu izlemesi şeklinde gerçekleşen röntgencilik eylemleridir.

2. Fiziksel temasın olduğu: İstismarcının, cinsel amaçla çocuğun özel bölgelerine dokunması, özel bölgelerini okşaması ya da bu eylemleri kendisine yapması için çocuğu zorlaması ya da ikna etmesidir. Ayrıca cinsel penetrasyon, sürtünme, fuhuş ya da çocuk pornografisini ile çocuk bedeni üzerinden maddi kazanç elde etmekle kendini gösteren cinsel sömürü gibi eylemler de cinsel istismar kapsamındadır.

Ulusal ve uluslararası literatürde, cinsel istismar mağduru kişiler üzerine birçok araştırma yapılmış olmasına karşın istismarcının klinik ve demografik özelliklerine yönelik çalışmaların yeterli olmadığı dikkat çekmektedir. Erdoğan ve arkadaşları (2011) cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özelliklerini inceledikleri geniş çaplı araştırmalarında, cinsel istismarda bulunanların %78'inin mağdur olan çocuk ve ergenin aile üyesinden olduğu ya da yakın çevresinden tanıdık biri olduğunu saptamışlardır. Cinsel istismarda bulunan sanıkların %60,7'sinin bekâr, boşanmış veya dul oldukları tespit edilmiştir. İstismarcının, %59,8'inin eğitim düzeyinin ilkökul ve altında olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Cinsel istismarda bulunanların çoğunlukla düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, işsiz oldukları, alkol-madde kullanımlarının yaygın olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, istismarcının özelliklerinin belirlenmesi ve tanınması, istismara uğrama riski olan çocukların tespit edilmesinde önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak risk faktörlerinin bilinmesi ve durumu kontrol etmeye yönelik çalışmalar yapılması cinsel istismar için koruyucu faktörlerdendir (Erdoğan ve ark., 2011).

2.5.1.3.2. Cinsel İstismarın Yaygınlığı ve Sıklığı

Türkiye Cumhuriyeti, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesini 2 Eylül 1990 tarihinde imzalamış, 2 Ekim 1995'te uygulamaya başlamıştır. TÜİK verilerine göre cinsel istismar mağduru çocuk sayısı 2014'te 74.064 iken bu sayı 2016'da 83.552'ye yükselmiştir. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğüne göre; 2006'da cinsel istismar hükümlüsü olan çocuk sayısı %42,5 iken bu sayı 2016 yılında %58,8'e yükselmiştir. Buna karşın cinsel suç mağduru çocukların sayısı 2014 yılından 2016 yılına %33 artış göstermiştir. İstismar ve ihmal edilen çocuk sayısının bu denli artış gösteriyor olması

sözleşme prensiplerinin çocukların yaşamında yer alamadığını, imzacı taraf devletin çocukların hakkını yeterince korumadığını gözler önüne sermektedir (Polat, 2018).

Son yıllarda çocuk cinsel istismarı konusunda endişelerin ve araştırmaların artmış olduğu dikkat çekmektedir. Konunun hassasiyetine bağlı olarak, istismarın bildirilme ve raporlanması ile cinsel etkileşimin tanımına bağlı olarak cinsel istismarın yaygınlığıyla ilgili verilerin gerçeği tam olarak yansıtmadığı düşünülmektedir. Bazı araştırmalarda olayın istismar sayılabilmesi için fiziksel temasın gerçekleşmesi esas alınırken, bazılarında ise çocukla olan her türlü cinsel etkileşimin istismar olarak kabul edilmesi esas alınmıştır. Literatürdeki bu farklılık cinsel istismarın yaygınlığı ile ilgili çeşitliliğe sebep olsa da en düşük olası bir oran bile endişelerin varlığını doğrulamaktadır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

UNİCEF'in (2017) verilerine göre, 15 -19 yaş aralığındaki kız çocuklarının bir yıl içinde dokunmanın olmadığı cinsel şiddete maruz kalma oranları 2005'te %14 iken 2010'da %30, 2017'de ise %42'dir. 18-29 yaşlarındaki kadınlar ile yapılan çalışmaya göre, kadınların çocukluklarında cinsel istismara maruz kalma oranları 2005 yılında %13, 2010 yılında %26, 2017'de ise %40'dır. Aynı çalışmanın erkekler için olan yüzdeler oranları ise 2010 yılında %3, 2017 yılında ise %7 olarak rapor edilmiştir. 18-24 yaş grubundaki kadınların, çocukluk dönemlerinde en fazla maruz kaldıkları cinsel istismar türünün ise istenmeden yapılan cinsel dokunma olduğu rapor edilmiştir.

Soylu, Pılan, Ayaz ve Sönmez (2012) cinsel istismara uğramış 3-18 yaş grubundaki 234 (181 kız, 53 erkek) çocuk ve ergenin değerlendirilmesini yaptıkları çalışmada en fazla bildirilen cinsel istismar tipi bedene dokunmadır (%31,2). Olguların %55,1'i bir defa cinsel istismara maruz kalmışken, %44,9'u birden fazla kez cinsel istismara maruz kalmıştır. İstismarcıların %97,9'unun erkek, %14,5'nin aile içinden olduğu (baba, üvey baba ya da abi), %73,6'sının tanıdık biri olduğu bildirilmiştir. Olguların %20,1'inde birden çok istismarcının olduğu rapor edilmiştir. Olguların %54,3'ü cinsel şiddet ile birlikte fiziksel şiddete de maruz kaldığını belirtmiştir. Olguların %67,1'i en az bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. En sık rastlanılan ruhsal bozuklukların %32.4 ile travma sonrası stres bozukluğu, %19.8 ile depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Birden fazla kişi tarafından cinsel istismara uğrayan, istismarcının aileden birinin olması, istismarın birden fazla kez tekrarlanmış olması, istismar sırasında

penetrasyona ve fiziksel şiddete maruz kalan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorun gelişme riski daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Soylu ve ark., 2012).

2.5.1.3.3. Cinsel İstismara Neden Olabilecek Risk Faktörleri

Cinsel istismarın yineleyen olması, istismar öncesinde olgunun herhangi bir psikiyatrik tanı almış olması ve cinsel istismara fiziksel istismarın da eşlik etmesi gibi etkenlerin birlikte görüldüğü vakalarda cinsel istismar sonrasında herhangi bir psikopatoloji gelişme riskinin 175 kat attığı saptanmıştır (Taner, Çetin, Işık ve İşeri, 2015). Cinsel istismarın kaç kere tekrarlandığına ve eylemsel olarak ne derecede ileri gidildiğine bakılmaksızın, bireyin rızası dışında olduğu ve güç dengesinin eşit olmadığı tüm durumlar cinsel taciz olarak değerlendirilmelidir. Aksi takdirde, olayın sadece bir kere gerçekleştirilmiş olması, çocuğun yaşadıklarını önemsizleştirilmesine yol açabileceği unutulmamalıdır (Bradshaw, 1988; Akt., Bulut, 1996).

Cinsel istismara uğrama açısından risk faktörleri incelendiğinde bir takım ortak etmenlerin benzer olduğu dikkat çekmiştir.

Aile özelliklerine bakıldığında: (Bayraktar, 2015; Doğan, 2009; Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016).

- Boşanmış, ebeveynlerden birinin veya ikisinin vefatı, üvey anne veya babanın varlığı
- Anne ve babanın çocuk ile aynı yatağı paylaşması
- Eşler arasında özellikle de babada alkol/madde bağımlılığının olması
- İşsizlik ve düşük sosyoekonomik seviye
- Annenin eğitim seviyesinin düşük olması
- Aile içi şiddet ve anlaşmazlık
- Aile içinde rol ve sınırların belli olmadığı, dağınık, düzensiz ya da kalabalık aile yapısı
- Aile üyelerine otonominin tanınmadığı, daha çok ataerkil, otoriter yapıdaki ailelerde çocuğun cinsel istismara uğrama riski yüksektir.

Cinsel istismara uğrayan çocukların özellikleri: (Bayraktar, 2015; Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016; Doğan, 2009).

- Aile ilgisi ve sevgisi görmemiş olma

- Anne ya da babadan ayrı olma, anne / baba korumasından uzak kalmış olma
- Zihinsel engele sahip olma ya da zekâ seviyesi düşük olma
- Duygusal ve fiziksel anlamda istismara ve ihmale uğrama
- Sosyal olarak yalıtılmış, arkadaşlık ilişkileri zayıf, sosyal açıdan yalnız olma
- Okula gitmeme
- Savunmasız olma ve istismardan sonra yeterli sosyal desteği bulamama
- Başkalarını memnun etmeye eğilimli olma, kolay yönlendirilebilir ve etkisi altına alınabilir bir kişilik yapısında olma gibi etkenlerin çocuğun istismarına sebep olan risk faktörlerinden olduğu öngörülmektedir.

2.5.1.3.4. Cinsel İstismarın Sonuçları

Yapılan araştırmalar ve klinik gözlemler cinsel istismarın yıkıcı etkisinin istismarın süregelen ve yinelenir olmasına ayrıca istismarcının çocuğa yakınlık derecesine bağlı olarak artabileceği yönündedir (Yudkin, 1992; akt., Bulut, 1996). Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismarın hem kısa dönemde hem de uzun dönemde etkilerinin olduğu bilinmektedir. Kısa vadede çocukta yoğun korku, çökkünlük, öfke, kaygı, suçluluk gibi belirtiler görülebilir. Bunlara ek olarak, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, cinsel uygunsuzluklar (cinsel ilgi, bilgi ve eylemde artış), düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon ve okul başarısında düşme gibi sonuçlar ortaya çıkabilir. Buna karşın istismardan hemen sonraki kısa dönemde hiçbir ruhsal belirtinin görülme ihtimalinin olabileceği de unutulmamalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Cinsel istismarın, sonradan oluşan depresyon, madde bağımlılığı ve kendine zarar verme davranışları, travma sonrası fenomenler ve özellikle küçük çocuklarda ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilecek uygun olmayan cinsel davranışlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Glaser, 2008). Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış yetişkinler ile yapılan çalışmalar sonucunda kişilik bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklukları, yeme bozukluğu, cinsel uyum ve kimlik sorunları, alkol/madde kötüye kullanımı ve öfke kontrolünde güçlük yaşama gibi sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Türkmen, Sevinç, Kırılı, Erkul ve Kandemir (2017) cinsel istismara uğramış 9-17 yaş grubundaki kız çocuklarının profillerini araştırdıkları çalışmada olguların %42,5'inin 13-15 yaş arasında olduğunu tespit etmişlerdir. Olguların %37,6'sında ağır stres

bozukluğu, %27,1'inde depresyon, %22,4'ünde davranış bozukluğu, %12,9'unda travma sonrası stres bozukluğu tanısı saptanmıştır (Türkmen ve ark., 2017). İmren, Ayaz, Yusufoglu ve Arman (2013) yaptıkları araştırmaya göre, olguların %87,9'unda istismar sonrasında en az bir ruhsal bozukluk tespit edilmiştir. 157 cinsel istismar mağduru çocuk ve ergende en sık görülen ruhsal bozukluğun %36,9 oranıyla travma sonrası stres bozukluğu olduğu görülmüştür. Olguların 22'sinde (%14) istismar sonrasında intihar girişimi olmuştur. Yapılan psikolojik değerlendirmede istismar sonrasında 19 olgunun (%12,1) herhangi bir ruhsal bozukluk geliştirmediği, 19 olgudan 14'ünün erkek arkadaşı ile kendi rızası ile cinsel ilişkiye girdiği, birinin ise sözel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir. Buna karşın istismar sonrasında belirti göstermeyen çocukların / ergenlerin bireysel özellikleri, toplumsal ve ailesel etkenlere bağlı olarak sonradan ruhsal bozukluk geliştirebilecekleri düşünülmektedir. Bu sebeple çocukların uzun dönem takibi multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalı, takip ve bilgilendirilmeye önem verilmelidir (İmren ve ark., 2013).

2.5.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel, eğitim ve kültürel ihtiyaçlarını karşılamaması, çocuğu sevgi ve ilgiden mahrum bırakması ihmal olarak tanımlanmaktadır (Acehan ve ark., 2013; Özgentürk, 2014). Çocuğun ihtiyaç ve sorumlulukları, çocuğun ebeveynleri ya da bakımverenleri tarafından bilerek ve isteyerek yapılmıyorsa aktif ihmal; imkânsızlık, bilgisizlik veya yetersizlik gibi sebeplerden dolayı yapılmıyorsa pasif ihmal söz konusudur (Altuntaş, Han ve Karipta, 2013).

Çocuğun sağlığına, fiziksel ve duygusal gelişimine zarar veren ya da engel olan ihmal, dört farklı alt grupta tanımlanmaktadır. Bunlar; fiziksel ihmal, duygusal ihmal, eğitim ihmali ve gözetim eksikliği olarak isimlendirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bazı kaynaklarda ekonomik, sosyal ve tıbbi ihmalin de geçtiği görülmektedir (Bayraktar, 2015; Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016). Bu çalışmada ihmal konusu fiziksel ve duygusal ihmal başlıkları altında incelenecektir.

2.5.2.1. Fiziksel İhmal

2.5.2.1.1. Fiziksel İhmalin Tanımı ve Belirtileri

Fiziksel ihmal, çocuğun yeterli ve dengeli beslenilmemesi, temiz ve uygun giyecek sağlanılmaması, ev içinde ve ev dışında oluşabilecek muhtemel kazalara karşı korunulmamasıdır (Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016; Şenkal, 2013). Bunlara ek olarak, çocuğun evde yalnız bırakılması, evden kovulması, dışlanması, çocuğun sağlık ihtiyaçlarının önemsenmemesi ya da geciktirilmesini de fiziksel ihmal kapsamına girmektedir (Akt., Şenkal, 2013).

Fiziksel ihmale uğrayan çocuklar, gelişim dönemlerine uygun olmayan boy ve kiloda olabilirler. İhmal edilen çocukların kıyafetlerinin mevsime uygun olmadığı, gelişim çağına göre büyük ya da küçük kıyafetler giydirildikleri, yırtık ve eski kıyafetler giydirildiği gözlemlenmiştir (Güner, Güner ve Şahin, 2010). Büyüme geriliği olan, eğitim ve tıbbi ihtiyaçları karşılanmayan, psikososyal uyum zorlukları yaşayan çocuk ve ergenlerde ihmal akla gelmelidir (Polat, 2016).

2.5.2.1.2. Fiziksel İhmalin Yaygınlığı ve Sıklığı

Başbakanlık sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu ile UNICEF'in 7- 18 yaş grubundaki 2216 çocuk ile beraber yürüttükleri çalışmaya göre, çocukların %25'inin ihmale uğradığı rapor edilmiştir. Çocukların en fazla maruz kaldıkları ihmal türünün yalnız bırakılma şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Çocuklar, ihmal edilme sebepleri olarak ekonomik / parasal sebepleri kaynak göstermişlerdir. İhmal edilen çocuklar, ihmalin kendileri hakkındaki duygulara zarar verdiğini bildirmişlerdir (2010).

2.5.2.2. Duygusal İhmal

2.5.2.2.1. Duygusal İhmalin Tanımı ve Belirtileri

Duygusal İhmal, çocuğun duygusal, bilişsel ve psikolojik ihtiyaçlarının çocuğun yaşına uygun olarak karşılanmamasıdır. Çocuğa sarılmama, çocuğa karşı ilgisiz davranma, çocuğun psikososyal gelişimine katkıda bulunmama, rehberlik etmeme duygusal ihmal kapsamına girmektedir (Çoban, 2013). Güler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre (2002) annelerin %28,7'sinin (n=41) çocuklarının isteklerini göz ardı ettiği, %32,2'sinin (n=46) çocukları hasta olduğunda doktora başvurmadığı

ancak durumu çok kötüleştğinde doktora başvurduğu, %14,7'sinin (n=21) çocuğunun eğitimi ile ilgili okul görüşmeleri yapmadığı saptanmıştır.

Duygusal ihmal, çocuğu duygusal olarak ihmal etme, çocuğa sevgi, şefkat ve ilgi göstermeme, özellikle de ergenlik döneminde duygusal gelişimine katkı sağlamayıp destek ve denetimden mahrum bırakma şeklinde kendini gösterir. Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar, denetim ve rehberlikten yoksun bırakıldıkları için tehlikeli iş veya kişilere yönlenebilirler. Duyusal ihmalin, duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile beraber görüldüğü literatürde sıklıkla geçmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

3. SOMATİZASYON

3.1. Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar

Soma kelimesi, akıl ya da ruhun aksine "bedene" gönderme yapar. Somatizasyon, üstesinden gelinemeyen gerginliğin veya nevroitik çatışmanın psikosomatik ya da psikofizyolojik belirtilere dönüştürülerek bedende duyulanmasıdır (Kellerman, 2009, sf:235-236).

Psikosomatik hastalıklar, hastalığın başlangıcında, seyrinde ve alevlenmesinde etkili olan faktörlerin ruhsal etmenlerden kaynaklandığı bilinen bedensel hastalıklardır (Özcan, 2001).

Somatoform bozukluklar, bireyde fiziksel belirtilerin bulunmasına karşın fiziksel nedenlerin olmadığı bir grup hastalık için kullanılan genel bir terimdir. Bu hastalık grubunda belirtilerin tıbbi bir temeli yoktur (Hamilton, 2007; Kellerman, 2009). Tıbbi bir rahatsızlığın varlığını düşündürtecek fiziksel yakınmalar bulunmasına rağmen yapılan tetkik, muayene ve araştırmalar sonucunda bedensel yakınmaları açıklayacak nitelikte herhangi bir fiziksel ya da tıbbi bir hastalığın aslında olmadığı görülen bir çeşit psikiyatrik bozukluktur. Yakınmalar vücudun belirli bölgeleri ile ilişkili olduğundan birey, rahatsızlığının organik bir nedene bağlı olduğunu düşünür ve yakınmalarının ilgili olduğu branşlara sıklıkla başvurur (Tunçer, 2005). Bu branşların başında iç hastalıklar, nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Latince ve eski Yunanca kelime kökeninden gelen somatoform bozuklukları terimi 1980 yılında yayınlanan DSM-3 ile literatüre girmiş yapma bir terimdir. Terimin

sıklıkla somatizasyon (bedenselleştirme) ile karıştırılıyor olmasından ve terimin başka dillere çevrildiğinde anlam bütünlüğünün sağlanılmamasından dolayı başlık değişimi uygun görülmüştür. DSM-5'te somatoform bozuklukları başlığı kaldırılmış yerine bedensel (somatik) belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar başlığı kullanılmaya başlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016, sf:408-409).

DSM-5'e göre bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların sınıflandırılması: (DSM-5, 2014, sf:163-169).

- Bedensel belirti bozukluğu
- Hastalık kaygısı bozukluğu
- Dönüştürme (konversiyon) bozukluğu
- Diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler
- Yapay bozukluk
- Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk
- Tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk

Bedensel belirti bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan ya da açıklanabilse bile söz konusu olan belirtilerin tıbbi önemiyle kişinin atfettiği önemin orantısız olmasıdır. Kişi, belirtileri konusunda sürekli kaygı duyar. Belirtileri ve sağlık kaygılarına yönelik aşırı zaman, maddi ve içsel güç harcar (Çetin, 2018; DSM-5, 2014). Buna karşın somatizasyon (bedenselleştirme) ise bir tanısız kategoriden ziyade, psikolojik rahatsızlıkların beden üzerinden yaşantılanması ve ifade edilmesi üzerine oluşan ortak bir terimdir (Lipowski, 1987a). Bu çalışmada somatizasyon değişkeni tanısız açıdan değil, kavramsal olarak ele alınmıştır.

3.2. Somatizasyonun Tanımı ve Belirtileri

Somatizasyon terimi ilk olarak Stekel tarafından 1943 yılında ortaya atılmıştır. Somatizasyon teriminin, 1980'li ve 1990'lı yıllarda literatüre hâkim olduğu görülmektedir. 1970'li yıllarda "histeri"ye selef olarak kullanılmasından dolayı günümüzde çokça eleştirilmektedir. Literatürdeki güncel kullanımı ise "tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler" ya da "işlevsel somatik belirtiler" şeklindedir (Brown, 2004, sf: 34-35). Kavramla ilgili tanımlar çeşitli yazarlar tarafından farklı şekilde yorumlanmış olsa da en kabul görülen tanımlama Lipowski tarafından yapılmıştır

(Çermik, Çevik, Soykan ve Aksakal, 1999). Lipowski somatizasyonu "tıbbın çözülmemiş problemi" olarak açıklamıştır. Somatizasyonun (bedenseleştirme) psikolojik, psikiyatrik veya sosyal sorunların vücut fonksiyonları üzerinden yaşanması ve yansıtılması olduğunu ileri sürmüştür (Lipowski, 1987).

Somatizasyon, psikik ya da psikososyal sorunların sembolleştirilerek beden üzerinden ifade edilmesidir. Kişi, yaşamış olduğu çeşitli kişisel, toplumsal ya da ekonomik sorunları ağrı şeklinde tarifler. Ağrı temelde bilinçsizce ortaya çıkar. Benliğe yabancıdır, anksiyeteye bağlı çatışmaları kapsamamakta ve buna bağlı olarak gerginliği iletmemektedir. Bilinçsizce ortaya çıkan ağrılar sonucunda kişi belli kazanımlar elde edebilir. Ağrı; sevgi elde etme yöntemi, ilgi bekleme isteği, suç affettirmenin yolu ya da olumsuz duyguların kefareti gibi durumlara aracılık edebilir. Kişi, bedenselleştirme yaparak birincil ve ikincil kazançlar elde eder (Işık ve Işık, 2010, sf: 502).

Somatizasyonda bireyin tıbbi yardım arama eğilimi yüksektir. Bu durum önemli tıbbi, sosyal ve ekonomik problemi de beraberinde getirir (Lipowski, 1988). Hastalıkla beraber hastanın sosyal işlevselliğinde de bozulmalar meydana gelebileceği için, psikosomatik ağrıyla beraber birtakım psikolojik belirtilerin de takip edilmesi gerekir (Işık ve Işık, 2010, sf: 502). Tıbbi olarak açıklanamayan semptomlara sahip hastalarda genellikle anksiyete ve depresyon belirtileri beraber görülür (Brown, 2004, sf: 34-35). Somatizasyonu olan hastanın eşzamanlı fiziksel bir hastalığı olmayacağı anlamı çıkartılmamalıdır. Tam aksine, bazı durumlarda hastalık bulunabilir ve somatizasyon tarafından maskelenebilir (Lipowski, 1988). Ancak, somatik belirtileri olan hastaların hepsinde maskeli depresyon veya anksiyete olmayabileceği de unutulmamalıdır (Brown, 2004, sf: 34-35).

3.3. Somatizasyonun Epidemiyoloji

Literatürde somatizasyon ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların yetersiz olduğu dikkat çekmiştir. Kavramla ilgili tanımlamaların sürekli değişmesi, somatizasyonun epidemiyolojisiyle ilgili karmaşıklığa sebep olmuştur.

Bedensel belirti bozukluğunun genel tıbbi popülasyonda 6 aylık prevalansının %4-6 olduğu bu oranın %15'e kadar çıkabileceği düşünülmektedir. Kadın ve erkeklerin bu hastalıktan eşit oranda etkilendiği tespit edilmiştir. Belirtiler herhangi bir yaşta başlasa

bile sıklıkla 20 ila 30 yaşlarında görülür. Sosyal statünün, eğitim durumunun ve medeni halin bu durumu etkilemediği düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2016). Bu çalışmaların tam aksini iddia eden, farklılıklar olduğunu ortaya koyan çalışmalar da yok değildir. Somatizasyon bozukluğunun genellikle ergenlikte başladığı, kadınların erkeklere göre daha fazla belirti gösterdiği, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyine sahip kişilerin daha fazla somatik belirti gösterdiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Yurt dışında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, somatizasyonun yaşam boyu prevalansının %0,2 ile %2,0 değiştiği görülmektedir. Cinsiyet farklılığının sebepleri yeterince açık olmamakla beraber, erkeklerde prevalansın %0.2'den düşük olduğu tahmin edilmektedir (Escobar ve ark., 1987; akt., Mai, 2004).

Bedenselleştirme ile ilişkili bozukluklarda yaş değişkeniyle ilgili çelişkili bulgular bulunmaktadır. Bu karmaşıklığın, hastalığın kesinleşmemiş olan etiolojisinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Somatizasyon bozukluğunun %90'ı 25 yaşından önce başladığı ve ilk belirtilerin yüksek ihtimalle ergenlikte ortaya çıktığı düşünülmektedir (Creed ve Barsky, 2004). Genç yaş ile somatizasyonun ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bolca bulunmaktadır (Peveler, Kilkenny ve Kinmonth 1997). Ülkemizde genç yaş ile somatizasyonun ilişkili bulunduğu bir çalışmada 804 üniversite öğrencisi ile yapılmış epidemiyolojik bir çalışmada öğrencilerin %7.7'sinde (n=62) somatizasyon bozukluğu tespit edilmiştir (Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez, 2009). Buna karşın somatizasyon bozukluğunun ya da belirti sıklığının ileri yaş ile doğru orantılı olduğunu savunan çalışmalar da vardır (Gureje ve ark., 1997; Noyes, Happel ve Yagla, 1999; Swartz, Blazer, Woodbury, George ve Landerman, 1986). Özer (2010) yaşlılık döneminde somatizasyonun sanılan aksine artan yaş ile ilişkili olmayabileceğini ya da zayıf ilişkide olabileceğini ortaya koymuştur. Looper ve Kirmayer (2001) ile Ladwig, Mittag, Erazo ve Gündel (2001) yapmış oldukları çalışmalarda, somatizasyonun yaş ile ilişkili olmadığını ortaya koymuşlardır.

Somatizasyonun yaygınlığı toplumdaki topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalar somatizasyonun bütün etnokültürel grup ve toplumlarda yaygın olduğu yönündedir (Kirmayer ve Young, 1998). Buna karşın literatürde somatizasyon oranının kültürlerarası belirgin bir farklılık oluşturmadığına ilişkin çalışmalar da mevcuttur. 14 ülkeyi kapsayan uluslararası epidemiyolojik bir çalışmada (n=25916), ICD-10 somatizasyon bozukluğu sıklığı ve somatik semptom

endeksi kullanılarak, somatizasyonun kültürlerarası karşılaştırılmasının yapıldığı geniş çaplı bir çalışma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda Latin Amerika'daki iki merkez dışında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yani, ülkelerarasındaki kültür farklılığının somatizasyon için belirleyici olmadığı sonucu elde edilmiştir. Bunlara ek olarak, somatizasyon belirtileri ile artan yaş arasındaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır. ICD-10 ile ölçülen somatizasyon bozukluğunun dünya genelindeki yaygınlığı %2.8 olarak bulunmuştur. Ankara'daki katılımcıların %1.9'unda somatizasyon bozukluğunun olduğu, bu oranın erkeklerde %1,3 iken kadınlarda %2.2 olduğu belirlenmiştir. Somatik belirti endeksi ile olan ölçümde, dünya genelindeki somatizasyon oranının %19.7, Ankara'daki oranın ise %25.2 olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışındaki popülasyonla kıyaslandığında dünya genelindeki somatizasyon hastalarının %16'sı eğitimsizken, Ankara'daki somatizasyon hastalarının %32'sinin eğitimsiz olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadın cinsiyeti ve düşük eğitim düzeyinin somatizasyon için risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (Gureje ve ark., 1997). Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez (2013) 1475 kişi ile yaptıkları çalışmada literatürle uyumlu olarak somatizasyonun kadınlarda anlamlı düzeyde yaygın olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Somatizasyonun, daha geleneksel, pre-modern, tarım toplumlarında daha sık görüldüğü düşünülmektedir (Özenli ve ark., 2009). Aile yapısının ve ebeveyn tutumlarının somatizasyon ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Ailedeki duygusal ortamın göstergesi olan duygu dışı vurumu ile bedensel belirtilerin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada kızların (n=303, %60,6) erkeklere kıyasla (n=197, %39,4) daha yüksek psikosomatik belirtilere sahip oldukları tespit edilmiştir. Kronik ve ruhsal bir hastalığı olan katılımcıların, olmayanlara kıyasla daha fazla psikosomatik belirtilere sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca duygu dışı vurumu ile psikosomatik belirtiler arasında güçlü ilişki olduğu da saptanmıştır. Yapılan araştırmada sinirliliğin ve müdahaleciliğin fazla olduğu ailelerde, gençlerin psikosomatik belirtilerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, ailedeki duygusal ortamın ve gençlerin algıladığı duygu dışı vurumunun (sinirlilik, müdahalecilik ve duygusal destek yokluğu) psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (Eray ve Çetinkaya, 2015).

3.4. Somatizasyonun Etiyolojisi

Somatizasyonu tek bir etiyolojik etkene bağlı kılmak hata olacaktır. Etiyolojik etkenler; Psikanalitik, Psikofizyolojik, Sosyokültürel ve Sistemler Kuramına bağlı birçok kuramcı tarafından çeşitli şekillerde açıklanmıştır. Esasında, somatizasyonun oluşmasında psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerin etkili olduğu düşünölmektedir.

Somatizasyon bozukluklarının etiyolojisinde yatkınlık oluşturan, başlatan ve süregelenleştiren faktörlerin iyi kavranılması önemlidir. Bu faktörler hastalığın iyileştirilme planında ele alınmalıdır (Brown, 2004, sf: 34-35; Richardson ve Engel, 2004). Somatize eden bir hastaya müdahale ederken, hasta bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hastanın erken dönem çocukluk yaşantıları üzerinde durulmalı, kişilik özellikleri, kişilerarası ilişkileri, yakın çevresi, ailesi ve kültürü bir bütün halinde ele alınmalıdır. Kültürel farklılık göz önünde bulundurulmalıdır. Bu anlamda göçmen ve azınlıkların somatizasyon belirtileri daha dikkatli değerlendirilmelidir (Doğan, 1999).

Etnik yapı, eğitim ve cinsiyet somatizasyonun oluşmasıyla ilişkili olan sosyal faktörlerdir (Mai, 2004). Swartz ve arkadaşları (1986) 3793 kişi ile yapmış oldukları toplum bazlı bir çalışmada kadın cinsiyetinin, bekâr olmanın, yaşlı olmanın ve siyahi olmanın somatik belirtilere sahip olma için risk oluşturduğunu bulmuşlardır. Ayrıca kırsalda yaşayanların ve düşük eğitime sahip olanların daha yüksek somatik belirtilere sahip oldukları saptanmıştır. Aynı şekilde, kültürün de somatizasyon üzerinde önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Kültürel değer yargıları, çocuk yetiştirme tutumları, aile içi ilişkiler ve dinamikler, sözel anlatım kapasitesi, beden dilinin kullanımı, çocukluk çağı tavmaları ve göçün somatizasyon üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Doğan, 1999).

Somatizasyon bozukluğunun aileden aktarıldığına dair çalışmalar da mevcuttur. Somatizasyon bozukluğu tanısı almış kadınların babalarında antisosyal kişilik bozukluğu olma ihtimali yüksek bulunmuştur (Cloninger, Reich ve Guze, 1975). Buna benzer olarak somatizasyon bozukluğunun aileden aktarıldığı, erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğu, kadınlar ise somatizasyon bozukluğu arasında ailesel faktörlerden kaynaklanan bir ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle, genetik aktarımla erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğu, kadınlarda ise somatizasyon bozukluğuna yatkınlık oluşuyor olabilir (akt.,Butcher, Mineka ve

Hooley, 2013). Bu etkiye genetik ya da psikososyal etkenlerin aracılık edip etmediği veya her ikisinin de kombinasyonunun olup olmadığı kesin olarak bilinmemektedir (Mai, 2004).

Çocukluk çağında bir yakınının geçirdiği hastalık deneyiminin somatizasyon için yatkınlık yaratan bir etken olduğu bilinmektedir. Çocuk, ev içindeki hasta bir ebeveyni ya da kardeşini gözlemleyerek hastalık davranışını öğrenebilir. Somatizasyonun patogeneğinde önceki hastalık deneyiminin etkisi büyüktür. Çocuk, kimlik gelişimi sürecinde kronik bir hastalığa sahip ebeveynini gözlemlediğinde ileride somatoform bozukluğu geliştirme ihtimali de yükselir (Cloninger ve ark., 1975).

Literatürde somatizasyonun belirleyicisi ya da somatizasyonla ilişkili olduğu düşünülen etkenlerle ilgili çeşitli araştırmalar mevcuttur. Temel olarak duyguları tanıma ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan aleksitimi kavramının bu etkenlerden biri olduğu kabul edilmektedir. Beden duyuları ile aşırı uğraş ve bu duyuların abartılı algılanması bir diğer etkindir. Kişi, beden duyularına aşırı dikkat eder, yoğun endişe duyar ve duyularını hastalığın bir habercisi olduğunu düşünür. Bunlara ek olarak depresyonun, anksiyetenin, travma sonrası stres bozukluğunun ve hipokondriak ilginin somatizasyon için belirleyici olan diğer etkenlerden olduğu düşünülmektedir (Kandemir ve Ak, 2013; Sayar ve Ak, 2001).

Somatizasyon ile ilişkili bozuklukların etiyolojik faktörleri Tablo 1'de sunulmuştur (Brown, 2004, sf: 34-35; Richardson ve Engel, 2004);

Tablo 1: Somatizasyon ile İlişkili Bozuklukların Etiyolojik Faktörleri

Yatkınlık Yaratan Etkenler	Başlatan Etkenler	Süreğenleştiren Etkenler
Kalıtım	Biyolojik stresörler	Psikiyatrik bozukluklar
Kronik hastalıklar	Psikolojik stresörler	Bilişsel faktörler (örneğin; hastalık korkuları)
Ruhsal bozukluklar	Psikiyatrik bozukluklar	Başkalarının tepkisi ve bireye yaklaşımı (aile, doktorlar)
Kronik distres	Epidemik sağlık sorunları	Hukuksal, finansal kazanç
Ciddi bir fiziksel hastalığın veya yaralanmanın varlığı	Sosyal destek eksikliği	Fizyolojik mekanizmalar
Kişilik özellikleri (örn., sağlık kaygısına sahip olma)	Fiziksel hastalık veya yaralanma	Yanlış bilgilendirme
Çocukluk çağında geçirilen hastalık deneyimi (kendisinin ya da yakınının)	Stresli yaşam olayları	Sosyal destek faktörleri
		Kronik hastalıklar
		Olumsuz sağlık koşulları ve alışkanlıkları

3.5. Somatizasyona Eşlik Eden Durumlar

Tıbben açıklanamayan belirtilerin etiyolojik düzeneklerini anlayabilmek için depresyon ve anksiyetenin ayırdını iyi yapmak gerekir. Araştırmalar somatizasyonun depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Depresyonda olan hastalar, sağlıklı bireylere göre daha fazla somatik semptomlara sahip olma eğilimindedirler. Ayrıca somatizasyon bozukluğu olan bireyler, fiziksel hastalığa sahip bireylerden daha fazla depresyona yatkındırlar (Jackson, 2016). Depresyondaki fizyopatolojik düzeneklerin, somatizasyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olduğu söylenebilir. Bunlara ek olarak, anksiyete bozukluklarında da somatik belirtiler sıklıkla görülür.

Depresif bozukluğu olan hastalar, somatoform bozukluğu olan hastalardan daha yüksek düzeyde hastalık kaygısı, depresyon ve somatik belirtilere sahiptirler. Benzer şekilde, anksiyete bozukluğu olan hastalar, somatoform bozukluğu olan hastalardan daha yüksek düzeyde hastalık kaygısına sahiptirler. Ancak anksiyete bozukluğu olan

hastalar ile somatoform bozukluğu olan hastalar arasında depresyon ve somatik semptomların derecesinde ciddi bir fark yoktur (Glaser ve ark., 1991; akt., Koh, 2013, sf: 5-6). Başka bir çalışmada ise depresif bozukluğu olan hastaların, somatoform bozukluğu veya kaygı bozukluğu olan hastalardan daha yüksek düzeyde depresyona sahip olduğu bulunmuş fakat üç bozukluk arasında somatik semptom ve kaygı düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Kang ve ark., 1996; akt., Koh, 2013, sf: 5-6).

Somatizasyon uzun bir süre maskeli depresyon olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte bazı yazarlar, somatik duyuları kaygının bedendeki tezahürü olarak tariflemişlerdir. Nörotik hastalarla yapılan bir çalışmada somatik belirtiler anksiyete hastalarında depresyon hastalarına göre daha kuvvetli bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Buna karşın somatik semptomlar ile duygular arasında tutarlı bir ilişkinin olduğuna dair araştırmalar da bulunmaktadır (Jackson, 2016, sf: 436). Depresyonun seyirinde çoğunlukla somatik yakınmaların ortaya çıktığı bilinmekte, depresyonun tedavisi ile somatik yakınmaların ortadan kalktığı görülmektedir (akt., Kandemir ve Ak, 2013). Çok sayıda ilaç çalışması, altta yatan anksiyete ve depresyon bozuklukları düzeldiğinde somatik semptomların da ciddi derecede azaldığını kanıtlamıştır. Bu durum, somatik semptomların yer değiştirmeden ziyade emosyonel duruma bağlı bir durum olduğunu düşündürmektedir (Jackson, 2016, sf: 436).

Somatizasyona eşlik eden psikopatolojilere bakıldığında yalnızca depresyon ve anksiyete bozukluklarının değil aynı zamanda kişilik bozukluklarının ve dissosiyasyon bozukluklarının da somatizasyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır. DSM-4 kriterlerine göre borderline kişilik bozukluğu tanısı almış 75 hastanın 34'ünde (N=%45) somatizasyon bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir (Hudziak, Boffeli, Kriesman ve Battaglia, 1996). 94 kadın hasta ile yapılan başka bir çalışmada somatizasyon bozukluğuna sahip kadınların %23.4'ünde en az bir kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. %37.2'sinde ise iki veya daha fazla kişilik bozukluğu olduğu rapor edilmiştir (Rost, Akins, Brown ve Smith, 1992).

Aynı zamanda somatizasyon bozukluğunun dissosiyasyon ile ilişkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar da bulunmaktadır. Konversiyon bozukluğu olan 38 hastanın 29'unda (%76.3) en az bir somatoform bozukluğunun olduğu, bu hastaların 5'inde

(%13.2) somatizasyon bozukluğu olduğu saptanmıştır (Şar, Akyüz, Kundakçı, Kızıltan ve Doğan, 2004).

Özetle, klinik değerlendirme süresince somatizasyona etken oluşturan ve eşlik eden patolojilerin varlığının göz ardı edilmemesi hastalığın seyiri ve müdahale planları açısından önem arz ettiği unutulmamalıdır.

3.6. Somatizasyonun Kuramsal Çerçevesi

Somatizasyon, psikolojik ve duygusal sıkıntıların somatik semptomlar yoluyla yaşama ve ifade edilmesidir. Breuer ve Freud (1893) histerik semptomları genellikle travmatik deneyimler ve kabul edilemez bilinçdışı fantezilerin ve dürtülerin beden üzerinden sembolik ifadesi olarak tanımlamışlardır. Geleneksel psikanalitik görüşe göre, somatizasyon bir hastalık değil, bireyin kabul edilemez dürtü ve isteklerinin bilinçalanına çıkmasını engelleyen bir savunma mekanizmasıdır. Birey, duygusal rahatsızlığını beden üzerinde belirler, algılar ve yaşar. Biriken psişik enerji, beden aracılığıyla boşaltım sağlama imkânı bulur. Beden, bireyin otogenetik gelişiminin bir parçası olarak, çevresiyle etkileşim kurması için birincil role sahiptir (Busch, 2014).

Sözel anlatım, sembolleştirilen bedenden çok sonra gelişen bir iletişim yeteneğidir. Kişi, bilişsel olarak baş edemediği sorunlarını, otogenetik gelişim sürecinden tanıdık olduğu bedene sığınarak ifadede bulunur. Yani, kişi duygusal sıkıntılarını sözel olarak ifade etmek yerine beden diliyle anlatmaya başvurur (İlal, 1999). Bu anlamda da aleksitimi kavramı ortaya çıkar (Sifneos ve Nemiah, 1973). Hastanın yaşantılarını bedensel olarak anlatımı yerleşik olur ve bundan ek kazançlar elde ederse savunma mekanizması olan somatizasyon, hastalık haline dönüşebilir (İlal, 1999). Somatik sıkıntıların psikososyal kökenlerinin tanımlanması zor olmuştur. Bu nedenle, çağdaş teoriler somatizasyonu, psikolojik rahatsızlığın fiziksel belirtiler şeklinde deneyimlenmesi ve bu fiziksel belirtiler için tıbbi yardım arama eğiliminde olma olarak değerlendirirler. Psikosomatik teoriler somatizasyonun bastırma, inkâr ve yer değiştirme savunma mekanizmalarına sıkça başvurulmasından kaynaklandığını savunurlar. Somatize eden hastaların, dayanılmaz psişik bir çatışma ile uğraşmak yerine kendilerini fiziksel durumlarıyla meşgul ettikleri düşünülmektedir. Ancak bu teorileri deneysel olarak test etmek zor olduğu için kesin bir nedene bağlamak mümkün değildir (Jackson, 2016, sf: 435-437).

Öğrenme teorisi, davranışın deneyim yoluyla öğrenildiğini varsayar. Böylece ödüllendirilen davranış pekiştirilir ve güçlendirilir, ödüllendirilmeyen davranış ise sönümlenir ve yasaklanır. Bu nedenle somatizasyonun toplumsal ihtiyaçları elde etmek için yapılan uyumsuz davranışlardan kaynaklandığı kabul edilir (Mai, 2004).

Sistemler kuramı, hastayı biyopsikososyal açıdan ele alır. Hastalığın oluşumunu; temel beyin yolaklarının genlerle belirlendiğini, diğer detayların ise dünyadaki sosyal deneyimlerle şekillenerek, yansıtıldığını ileri sürer. Sistemler kuramını benimseyen çalışmacılar, hastaya bütüncül açıdan yaklaşılması gerektiğini savunurlar. Görüşme ve tedavi sürecinde hastanın geçmiş ve şimdiki öyküsü gibi eksternal, internal, genetik, bedensel ve yapısal etkenlerin üzerinde durulması gerektiğini belirtirler (Kaplan ve Sadock, 2016).

3.7. Çocukluk Çağı Travması ile Somatizasyon Arasındaki İlişki

İstismar ve ihmale uğrayan çocuğun biyo-psiko-sosyal bütünlük ve gelişiminde bozulmalar meydana gelir. Travmatik yaşam olayının etkileri kısa vadede hemen görülebileceği gibi, uzun vadede de ortaya çıkabilir. Bu anlamda, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki yansımaları araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar, çocukluk çağı istismarının ve ihmalinin yetişkinlik dönemindeki somatizasyonla ilişki olabileceğini destekler niteliktedir. Yetişkinlik döneminde görülen kronik ağrı, baş ağrısı, jinekolojik şikâyetler ve sindirim sistemleri ile ilgili şikâyetleri kapsayan tıbben açıklaması mümkün olmayan belirtilerin erken dönem olumsuz yaşantılar ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. Literatürde çoğu çalışmanın cinsel ve fiziksel istismar ile yapılmış olduğu görülse de son zamanlarda yapılan çalışmalar duygusal istismar ve ihmalin de somatizasyonla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Waldinger ve ark., 2006).

Morrison (1989) somatizasyon bozukluğu tanısı almış 60 kadın hastayı ve duygudurum bozukluğu tanısı almış 31 kadın hastayı karşılaştırdığı çalışmasında iki gruptaki kadınlar benzer yaşlarda benzer şekilde cinsel istismara maruz kalmışlardır. Buna karşın somatizasyon bozukluğu olan hastaların duygudurum bozukluğu olan hastalara göre daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kaldıkları ve etkilendikleri tespit edilmiştir (Morrison, 1989). Spitzer ve arkadaşları (2008), Morrison'un araştırmasına benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Yaptıkları çalışmada somatizasyon

bozukluğu olan hastaların majör depresyon hastalarına göre çocukluk döneminde daha fazla cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Somatizasyon bozukluğu tanısı almış hastaların çocukluk çağı travması ölçeği (CTQ-28) toplam puanı 55.0 ± 6.1 iken aynı puanın majör depresyon hastaları için 42.5 ± 16.8 olduğu bulunmuştur (Spitzer ve ark., 2008).

Çocukluğunda duygusal istismara uğramış bireyler, psikosomatik belirtiler göstermeye daha yatkın olmaktadır. Kişi, çocukluğunda istismara ya da ihmale maruz kaldıysa benlik saygısının da aynı şekilde düşük olması beklenmektedir. Çocukluk çağı travması ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen somatizasyon bozukluğu ile çocukluk çağı travması ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bulan araştırmalar da mevcuttur (Hunca, 2015).

18-25 yaş grubundaki 308 erkek ile yapılan bir çalışmada katılımcıların cinsel, duygusal ve fiziksel istismar düzeyleri ile eğitim ve gelir düzeyinin ters orantılı olduğu tespit edilmiştir. Yetişkinliklerinde önemli bir bedensel hastalık geçirmiş erkeklerin, diğerlerine göre, çocukluklarında daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Ayrıca duygusal istismar, duygusal ihmal ve genel örselenme yaşantılarının köyde yaşayanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma duygusal istismar puanı ve genel puanı yüksek olan erkeklerin askerliğe uyum sağlamakta zorlandıklarını da ortaya koymaktadır (Aydın ve İşmen, 2003).

Çocukluk çağı travması ile yetişkinlik dönemindeki somatizasyonun ilişkisinde bağlanmanın aracı rolününün araştırıldığı bir çalışmada çocukluk çağı travmasının somatizasyon ile ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmada güvensiz bağlanmanın somatizasyon ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde başkalarıyla ilişki kurma biçimlerini şekillendirdiği ve bu biçimlerin somatizasyon sürecini etkilediğini de ortaya koymuştur (Waldinger ve ark., 2006).

4. ALEKSİTİMİ

4.1. Tanımı ve Belirtileri

Aleksitimi, Yunancada a; yok, lexis; söz, thymos; duygu, anlamına gelen kelimelerin birleşiminden türemiş olup, duygulardan yoksun olma anlamına gelmektedir (Sifneos,

1973). Kelimenin tam anlamıyla “duygular için söz yokluğu” anlamına gelen aleksitimi, çeşitli psikosomatik hastalıklardan muzdarip olan hastalarda ve tıbbi olarak hasta olmayan bazı bireylerde görülen bazı psikolojik özellikleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Shipko, 1982).

Terim ilk olarak Nemiah, Freyberger ve Sifneos tarafından tanımlanmıştır (Taylor, 2000; Taylor, 2004). Sifneos aleksitimi kavramını, duygusal işlevsellikteki kısmi daralma, hayal kurmada yoksullaşma ve duyguları tanımlamada uygun kelimelerin bulunmaması şeklinde yorumlamıştır. Aleksitiminin en dikkat çekici özelliği ise duyguları tanımlamak için uygun kelimelerin bulunmamasıdır (Sifneos, 1973).

Aleksitimi, duyguların ifadesi ve fantezilerin geliştirilmesi kapasitesindeki psişik işleyişte bozuklukla karakterize olan bir tür rahatsızlığa işaret eder (Taylor, 1984). Aleksitimik bireylerin özellikleri incelendiğinde bu bireylerin sıklıkla somatik yakınmalar yaşadıkları, anlatımlarında duygudan yoksun, detaylarla bezeli içerikten bahsettikleri, empati kurmada kısıtlı oldukları, sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları, kişilerarası ilişkilerde sık ve yüzeysel oldukları dikkat çekmiştir. Ayrıca aleksitimik bireylerin hayal kurma kapasitelerinin kısıtlı olduğu, nadiren rüya gördükleri de bilinmektedir (Sifneos, 1973).

Aleksitimi kavramının neleri kapsadığı, kişilik özelliğinden mi yoksa patolojik bir özellikten mi kaynaklandığı, aleksitiminin mi bozukluklara sebep olduğu yoksa patolojilerin mi aleksitimiye neden olduğu, doğuştan mı getirildiği yoksa sonradan mı edinildiği, geçici mi yoksa kalıcı bir durum mu olduğu üzerine farklı görüşler hâkimdir (Şasioğlu, Gülo1 ve Tosun, 2013). Aleksitiminin açıklamasına yönelik en önemli nokt, aleksitiminin kalıcı ya da geçici bir durum olduğuna yöneliktir. Literatürdeki bu fikir ayrılığı birincil ve ikincil aleksitimi kavramlarını ortaya çıkarmıştır. Birincil aleksitimi, psikosomatik hastalıklara temel oluşturan değişmez bir kişilik örüntüsü iken; ikincil aleksitimi ise stres yaratan yaşam olaylarına eşlik eden veya sonradan gelişen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Birincil aleksitiminin nörofizyolojik bir eksiklikten kaynaklanabileceği düşünülürken ikincil aleksitimeye sebep olan nedenler ise sosyokültürel veya gelişimsel nedenlerden kaynaklanabileceği yönündedir (Epözdemir, 2012; Şenkal ve Palabıyıkoglu, 2015). Aleksitiminin etiyolojik etkenler ve stres yaratan olaylar sonucunda ortaya çıktığı iddia edilirken; yapılmış olan

prospektif çalışmalar, aleksitiminin süreğen olduğunu yani kişilik özelliğinden kaynaklandığını öne sürmektedir (Taylor, 1997).

Başlangıçta aleksitiminin psikosomatik hastalarda, sonrasında ise madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda yaygın olduğu düşünülmüştür (Krystal, 1979; Taylor, 2000). Günümüzde ise aleksitimik özelliklerin çok çeşitli tıbbi ve psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda hatta sağlıklı popülasyonda dahi görülebileceği savunulmaktadır (Şasioğlu, Gülol ve Tosun, 2013; Taylor, 1984). Bu anlamda klinik olmayan örnekleme epidemiyolojik çalışmaların yapılması önem taşımaktadır.

4.2. Aleksitiminin Alt Türleri

Aleksitimi konusunda yapılan farklı yorum ve tanımlamalara rağmen uzmanlar aleksitimik bireylerin temel bazı ortak özelliklere sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Belirlenmiş olan bu özellikler ile aleksitimik kişilik özelliklerinin dört alt başlık altında ayrılması uygun görülmüştür. Bu özellikler: (Sifneos, 1996).

1. Duyguları tanımlama, söze dökme ve ayırt etme güçlüğü
2. Hayal kurma, düşlem yaşantıda kısıtlılık
3. İşlemsel düşünme
4. Dış merkezli bilişsel yapı

Duyguları tanımlama ve ifade etme güçlüğü aleksitimik bireylerin en temel özelliklerinden biridir. Bu bireyler, duyguları ile düşünceleri arasında ayırım yapmakta zorluk yaşarlar. Aynı şekilde, duygularını tanımlayamazlar, bedensel yakınmalarından ayırmakta zorlanırlar ve söze dökmede güçlük yaşarlar. Duygularını, "rahatlama, rahatsız olma" gibi genel ve basit kelimelerle ifade ederler. Yine aynı zorlantıya duygu ve beden ayırımını yaparken de karşılaşılabilmektedirler. Duyguları sorulduğunda, bunu sözel olarak ifade etmek yerine "gevşeme ya da gergin olma" gibi bedensel tepkiler şeklinde göstermektedirler (Lesser, 1981).

Aleksitimik bireylerin, hayal ve düşlem kurma kapasitelerinde kısıtlılık olduğu sıklıkla görülmektedir. Aleksitimik özellik gösteren bireylerin zayıf hayal gücüne sahip oldukları, düşlemlerinin renksiz ve gerçeklik sınırları dâhilinde olduğu bilinmektedir (Lesser, 1981). Bu bireyler rüya görmediklerini iddia ederler,

hatırladıkları rüyaların ise günlük olaylara ilişkin, somut nitelikler barındırdığı görülmektedir. Bu özelliklere sahip bireyler çevreleri tarafından duygusuz, donuk ve kaba olarak tanımlanmaktadır (Krystal, 1979).

İşlemsel düşünme özelliğine sahip aleksitimik bireyler, sorunların ana kaynağına inip çözümlenmek yerine olayları yüzeysel değerlendirip somut yolları bulmaya çalışarak kısa yoldan çözmeye çalışırlar. Pragmatik ve mekanik tarzda düşünme eğiliminde olmalarından dolayı, çevreleriyle uyum içinde yaşadıkları görülür (Koçak, 2002).

Dış merkezli bilişsel yapı, aleksitimik bireylerin özelliklerinden sonuncusudur. Aleksitimik bireyler çevreleriyle uyum sağlamaya yönelik pratik ve mekanik düşünme eğilimindedirler. Bu yapı da onları dışarıdan gelen uyaranlara karşı açık ve kolay yönlendirilebilir bir hale getirmektedir. Bu bireyler, içsel etkenli duygularına yönelmektense dışsal uyaranlara daha açıktırlar. Kendi duygularını tanımlama ve ifade etmekte zorluk yaşayan bu bireyler, başkalarının duygularını anlamakta da aynı şekilde sıkıntı yaşarlar. Empati kurma becerileri gelişmemiştir (Krystal, 1979).

4.3. Aleksitiminin Epidemiyolojisi

Son yıllarda aleksitimi kavramına olan ilginin ve çalışmaların artmış olduğu görülse de bu alanda yapılmış olan epidemiyolojik çalışmaların kısıtlı olduğu gözlemlenmiştir. Finlandiya'da, 30-97 yaş grubundaki 8028 katılımcıya TAÖ-20 uygulanarak epidemiyolojik bir çalışma yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda, aleksitiminin prevalansının %9,9 olduğu bulunmuştur. Bu oran erkeklerde (%11,9) iken kadınlarda (%8,1) olarak saptanmıştır. Ayrıca aleksitiminin erkek cinsiyeti, artan yaş oranı, düşük eğitim seviyesi, depresyon ve olumsuz sağlık algısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Mattila, Salminen, Nummi ve Joukamaa, 2006).

Joukamaa ve arkadaşları (2007) Finlandiya'da 15-16 yaş grubundaki 9432 katılımcıya TAÖ-20 uygulayarak yaptıkları başka bir epidemiyolojik çalışmada kızların %10'unun, erkeklerin ise %7'sinin aleksitimik olduğu sonucuna varılmıştır. Buna karşın aleksitimi (TAS-20) skoru sürekli değişken olarak değerlendirildiğinde erkeklerin kızlardan daha yüksek ortalama değerlerine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Annenin düşük eğitim seviyesinde olması, parçalanmış aile ve kırsal alanda yetişmenin yüksek aleksitimi seviyesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak 15-16 yaş grubundaki gençlerin aleksitimi oranlarının erişkinlere benzer olduğu

ancak erişkin popülasyona göre daha az cinsiyet farkına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin gelecekte yaşanan zayıf ve işlevsiz sosyal durumlarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

20-85 yaş grubundaki 1859 Alman katılımcıyı kapsayan bir çalışmada ise erkeklerdeki aleksitimi oranı %49,5 bulunmuş iken kadınlarda bu oranın %48,2 olduğu saptanmıştır. Boşanma, bekâr olma, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma gibi etkenlerin artan aleksitimi puanı ile ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir (Franz ve ark., 2008).

2,718 Japon katılımcıya TAÖ-20 uygulayarak yapılmış geniş çaplı bir araştırmaya göre, aleksitimi seviyesinin ergenlerde daha yüksek olduğu, aleksitimi düzeyinin artan yaş ile beraber azaldığı, otuzlu yaşlarda ise aleksitimide önemli bir değişme olmadığı gözlemlenmiştir. Kadınların duyguları tanımada güçlük, erkeklerin ise dışa dönük düşünme puanları istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, kadınların erkeklere göre içsel duygularını tanımlamakta daha fazla zorlandıkları, erkeklerin ise düşüncelerinde daha dışa dönük olma eğiliminde oldukları sonucu elde edilmiştir (Moriguchi ve ark., 2007).

4.4. Aleksitiminin Etiyolojisi ve Kuramsal Çerçevesi

Aleksitiminin etiyojisine dair farklı görüşler bulunmasına karşın aleksitiminin neyden kaynaklanabileceği yeterince iyi bilinmemektedir (Joukamaa ve ark., 2003). Aleksitimi tanımlamaya ve oluş nedenlerini açıklamaya yönelik birçok kuramsal bakış açısı vardır. Bu kuramlar genel olarak, nörofizyolojik, psikanalitik, bilişsel, bilişsel-davranışçı, gelişimsel ve sosyo-kültürel yaklaşımlar altında incelenebilir. Araştırmacılara göre aleksitimi; genetik faktörlerden, sosyal ve kültürel etkenlerden, çocukluk döneminde yaşanan örseleyici yaşantılardan, bilinçdışı çatışmalardan, patolojik savunma mekanizmalarından, gelişim dönemlerindeki saplanmalardan ve bilişsel çarpıtmalardan kaynaklanır (Kojima, 2012; Nemiah, 2000). Ayrıca yapılan çalışmalar aleksitiminin erken yaşam travmatik deneyimler, yetiştirilme ve sosyal çevre farklılığından da kaynaklanabileceğini ortaya koymuştur. Bunlara ek olarak, uygun olmayan ebeveyn tutum ve yetiştirme stilleri ile güvensiz bağlanma ilişkisinin aleksitimiye sebep olabileceği düşünülmektedir (Mattila, Salminen, Nummi ve Joukamaa, 2006).

Nemiah (1977) aleksitimiye gelişimsel açıdan ele almış ve aleksitiminin psikolojik ve nörofizyolojik bir dizi etkenden kaynaklandığını öne sürmüştür. Aleksitimiye 1) inkâr/çatışma; 2) eksiklik; 3) yapısal model ile açıklanması gerektiğini öne sürmüştür. İlk modele göre, aleksitimik bireylerin inkâr başta olmak üzere savunma mekanizmalarına bolca başvurdukları, bunun sonucunda da fantezi ve hayal kurma yetilerinde eksiklikler oluştuğu savunulur. Eksiklik modeliyle, aleksitiminin hayal ve fantezi kurma gibi bilişsel yetilerindeki eksikliğin kalıcı bir yapı olduğu belirtilir. Yapısal modelde, aleksitimik özelliklerin, beyinin yolaklarında bulunan eksiklik ya da sorundan kaynaklanan nöroanatmik bir durum olduğu iddia edilir (Epözdemir, 2012; Nemiah, 1977). Nörofizyolojik yaklaşıma göre, aleksitimi beyin yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Aleksitimi, beynin duygudan sorumlu limbik sistemi ile neokorteks arasındaki bağlantının kurulamaması sonucunda duyuşsal uyarıların bilinçli duyuşsal yaşantılara dönüştürülmemesinden dolayı oluşur (Koçak, 2002). Sifneos (1996) bu durumu “duyuşsal afazi” olarak tanımlamıştır. Bazı çalışmacılar, sağ hemisferin duyuşları işlemede sol hemisferden daha önemli rol oynadığı hipotezine dayanarak, aleksitiminin sağ hemisferdeki eksiklikten kaynaklanabileceğini vurgulamışlardır (Moriguchi ve Komaki, 2013). Aleksitimi üzerine yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında aleksitimiklerin, dış ortamdan gelen duyuşsal uyarılara karşı azalmış nöral tepki verdikleri ayrıca görüntüleme sırasında beynin limbik ve paralimbik alanlarındaki (yani, amigdala, insula, anterior / posterior singulat korteks) aktivitelerde azalma olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın aleksitiminin, insula dâhil somatosensör ve sensorimotor bölgelerinde artmış sinirsel aktivite ile ilişkili olduğu da bilinmektedir. Aleksitimik olan bireyler sosyal etkileşimde bulduklarında beyinlerinin medial, prefrontal ve insula kortekslerindeki sinirsel aktivitenin azaldığına dair bulgular mevcuttur (Moriguchi ve Komaki, 2013).

Psikanalitik yaklaşımın aleksitimiye bakışı psikosomatik hastalıklara olan yaklaşımı ile benzerlik göstermektedir. Psikanalitik yaklaşım, aleksitiminin sağlıklı ego savunma mekanizmalarından ve/veya duyuşsal travmalardan kaynaklanabileceğini iddia etmiştir. Freud'a göre bir uyarının sözel olarak ifade edilebilmesi için bilinçdışından bilinç düzeyine getirilmesi gereklidir. Bastırılmış libido, hayal ya da fantezi şeklinde gerçekleşim imkânı bulamazsa ego çatışmaya girer (Koçak, 2002). Birey, sözel olarak ifadesi mümkün olmayan bilinçdışındaki duyuşlarını inkâr, bastırma, yer değıştirme ve karşıt tepki oluşturma başta olmak üzere birçok ilkel

savunma mekanizmasına başvurarak belirtir (Taylor ve Bagby, 2013). Bilinçdışındaki bu duygu ve çatışmalar, somatizasyondakine benzer olarak, sözel olarak ifade edilme yerine beden üzerinden dışa vurulur (Koçak, 2002). Erken çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin ve sağlıklı şekilde kurulamayan anne-çocuk ilişkisindeki eksiklik nedeniyle çocuk, içsel temsillerini tam oluşturamaz. Böylece, yetişkin yaşamındaki fantezi üretme ve hayaller kurma yeteneği de sınırlı kalır (McDougall, 1974). Literatürde aleksitiminin erken dönem olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklanabileceğine dair çalışmalar da mevcuttur. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar sebebiyle çocuğun psikososyal gelişimini tam olarak tamamlayamadığı ya da gelişim döneminde saplanma ve gerileme meydana geldiği düşünülmektedir (Krystal, 1979). Buna benzer olarak, aleksitimik olan psikosomatik hastaların sembolik düşünme konusunda eksiklikleri olduğu, sembol oluşturma kapasitelerinin azalmasında kritik bir gelişim döneminde yaşanan ihmalin sebep olabileceği düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, aleksitimik olan psikosomatik hastaların erken dönem arkaik deneyimleri ile temaslarını kaybettikleri ve dolayısıyla bu deneyimlerini bilinçöncesi ve bilinç düzeyine getirmekte zorlandıkları ileri sürülmektedir (McDougall, 1980; akt., Rickles, 1986).

Bilişsel kuramı benimseyen çalışmacılara göre bilişler, duygu ve davranışları şekillendirir. Lazarus'a göre, duyguların altında bilişsel değerlendirmeler yatar. Haliyle, kişideki olumsuz şemalar ve bilişsel çarpıtmalar bireyin duygularını da şekillendirir (Koçak, 2002). Çocuğun içinde bulunduğu aile, sosyal çevre ve deneyimlediği sarsıcı olaylar çocuğun gelişimini engeller ya da yavaşlatır (Şener, 2018). Buna bağlı olarak, aleksitiminin bilişsel gelişim dönemindeki bazı eksikliklerden, bilişsel çarpıtmalardan ya da olumsuz otomatik düşüncelerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Koçak, 2002). Bilişsel çarpıtmaların yer aldığı bilişsel şemalar yaşam boyu yeni öğretiler ile beraber pekiştirilir. Bireyin, "duygularımı gizlemeliyim, erkekler ağlamaz, duyguların açığa çıkması zayıflıktır" tarzındaki mantık dışı sayıltıları ve düşünceleri kişinin duygularını perdelemesine yol açar (Şener, 2018). Bilişsel sürecin işleyişindeki yetersizlikten dolayı birey duygudurumunun farkına varamaz ve duygusal uyarımlarını beden üzerinden ifade eder. Bu durum, aleksitimiklerin duygularının farkında olmamaları ve duygularını fizyolojik yakınmalar ile göstermeleri ile uyumlu görünmektedir (Koçak, 2002).

4.5. Aleksitimi ile Somatizasyon Arasındaki İlişki

Taylor, Bagby ve Parker'e göre (2004) aleksitimi, duygusal deneyimleri bilişsel olarak işlemek ve bu deneyimleri başkalarına sözlü olarak iletme için gerekli olan bilişsel kapasitedeki kısıtlılıktır. Birçok aleksitimik birey, duygusal ve fiziksel duyularını birbirinden ayırt etmekte zorlanır. Bu bireyler, duyguları yerine duygusal uyarılmaya eşlik eden somatik duyularına odaklanırlar. Ayırt edilemeyen fiziksel ve duygusal duyular somatik şikâyetlerle karıştırılabilmektedir (örneğin, üzüntü ile ilgili olan boğazdaki yumruyu bir hastalık belirtisi olarak ilişkilendirmek gibi). Bu durum, somatizasyona sebep olabileceği gibi, var olan somatik yakınmaları daha da şiddetlendirebilir (Smith ve Schroeder, 2013; Taylor, Bagby ve Parker, 2004).

Aleksitimi ile somatizasyon arasındaki ilişki ise tartışmalı bir konudur. Aleksitiminin tanımlanmasında somatizasyonun önemli bir yeri bulunmasına rağmen bu konuda yapılan çalışmalar çelişkilidir (Koçak, 2002). Literatürde, somatik belirtiler ile aleksitimi arasındaki ilişkinin kuvvetli olduğunu destekleyen çalışmalar olduğu kadar (Wise ve Mann, 1995; akt., Sayar ve Ak, 2001) somatizasyonun aleksitimi için öngörücü olmadığını yani bağımsız olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (Bach ve ark., 1996; Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 1996).

Birçok toplumda duyguların ifadesi hoş karşılanmaz ve duygular sembolik beden dili ile dışa vurulur. Bu da somatizasyonu doğurur (Özenli ve ark., 2009). Somatizasyonun psikolojik stresin farkındalığına ve ifadesine karşı bilinçdışı bir savunma olduğu kabul edilir. Benzer şekilde somatizasyonun aleksitimi ile baş etme mekanizması olarak geliştirildiği de düşünülmektedir (Epözdemir, 2012; Eyüpoğlu 2018). Psikosomatik yakınmaları olan aleksitimik hastaların duygusal uyarılmalarını fiziksel hastalık belirtileri olarak yanlış yorumladıklarına inanılmaktadır (Sayar ve Ak, 2001). Aleksitiminin nihai açıklaması ne olursa olsun, aleksitimik hastalarda somatik semptom oluşum mekanizmalarının konversiyon semptomlarının oluşumundan oldukça farklı olduğu, davranışsal belirtilerinden açıkça anlaşılmaktadır. Aleksitimik kişide, stres kaynaklı uyarılma psişik bir işlemde geçmeden doğrudan bedensel bir bozukluğa dönüşür (Nemiah, 2000).

Psikolojik sıkıntıların duygusal ifadeden ziyade bedensel olarak belirtilmesi eğilimi, aleksitimi kavramının somatizasyon ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür (Lundh ve

Simonsson-Sarnecki,2001). Aleksitiminin, organik patolojisi olmayan somatizatörlerde, sağlıklı bireylerden anlamlı derecede daha yaygın olduğu bulunmuştur (Lumley, 2004). Kronik ağrısı olan hastalarda aleksitimi oldukça yaygındır. Süreğen somatoform ağrı bozukluğu şikâyetleri olan ergenlerin, sağlıklı ergen kontrol grubuna göre daha yüksek aleksitimi seviyesine sahip olduğu sonucu bu kanıyı desteklemektedir (Koh, 2013, sf: 6-7). DSM-IV'e göre, kronik ağrı tanısı almış 30 kadın hasta ve 37 sağlıklı kadın katılımcı ile yapılmış bir çalışmada kronik ağrısı olan hasta grubunda aleksitimik özelliklerin sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aleksitimik belirtileri ölçen, 26 maddelik TAÖ toplam puanı ile ağrı süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Araştırma bulguları, aleksitiminin bir kişilik özelliği olmasının yanı sıra, hastalığa ya da stresli olaylara tepki verme yolu olan olgunlaşmamış savunmaların kullanımıyla ilişkili olan ikincil aleksitimiye de vurgu yapmıştır (Çelikel ve Saatçioğlu, 2006).

Somatizasyon ve aleksitimi üzerine yapılmış bir derleme çalışmasına göre, genel aleksitimi düzeyi ile somatizasyon belirtileri arasında orta derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Somatizasyonun en fazla duyguları tanımada güçlük alt boyutu ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Buna karşın dışa dönük düşünme ile somatizasyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Somatoform bozukluğuna sahip katılımcılar ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında hasta grubundaki katılımcıların aleksitimi seviyelerinin orta ve yüksek derecede diğer gruba göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (De Gucht ve Heiser, 2003).

4.6. Çocukluk Çağı Travmaları ile Aleksitimi Arasındaki İlişki

Birçok çalışma aleksitimi ile çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarının ilişkisini ortaya koymuştur. Çocuğa kötü muamele sonucunda çocuğun psikolojik ve biyolojik süreçlerinin olumsuz olarak etkilendiği ve/veya bozulduğu bilinmektedir. Bu anlamda, erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri yaşamış kişilerin yaşamayanlara göre daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiğini ortaya koyan bir dizi çalışma söz konusudur (Smith ve Schroeder, 2013). Buna karşın psikolojik ve somatik belirtilerin yokluğunda aleksitiminin varlığını ölçen yeterince araştırmanın yapılmadığı dikkat çekmiştir. Aust ve arkadaşları yürütmüş oldukları çalışmada (2013) aleksitimi seviyesi yüksek sağlıklı grup (n=46) ile aleksitimi seviyesi düşük sağlıklı grubu (n=44) karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda aleksitimi ile

çocuklukta maruz kalınan duygusal ihmal arasında anlamlı, pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = .37$; $p < .001$). Buna karşın fiziksel ve cinsel istismarın yüksek değerli aleksitimik özellikler ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Duygusal ihmalin, aleksitiminin toplam puanını da yordadığı öngörülmüştür.

Hastalığa müdahale aşamasına geçmeden önce, etiyolojik faktörler ve muhtemel risk faktörleri belirlenmelidir. AMATEM’de tedavi gören, 115 alkol ve 44 uyuşturucu madde bağımlısı hasta ile yapılan bir çalışmaya göre, hastaların %57’sinin çocukluklarında en az bir istismar ve ihmal yaşantısı deneyimledikleri, %45,3’ünün ise aleksitimik özelliklere sahip oldukları tespit edilmiştir. Aleksitimi düzeyinin, madde bağımlılığı olan hastalarda alkol bağımlılarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kısacası, madde bağımlılığı sebebiyle hastane yatışı olan bireylerde çocukluk çağı duygusal istismar öyküsü, aleksitimi için risk faktörü oluşturabileceği unutulmamalıdır (Evren, Evren, Dalbudak, Özçelik ve Öncü, 2009).

Literatürde çocukluk çağı travmaları ve sonrasında meydana gelen olumsuz sonuçlarla ilgili birçok araştırma yapılmış olmasına rağmen aleksitiminin çocukluk çağı travması üzerinde aracı rolünün araştırıldığı çalışmaların yeterince yapılmadığı dikkat çekmiştir.

Çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün incelendiği bir çalışmada 100 kadın katılımcının 41’inde kendine zarar verme davranışları (saç çekme, vurma, tırmalama, kesme, delme ve yakma) olduğu tespit edilmiştir. Aracı rolün cinsel istismar dışında diğer çocukluk çağı travmaları alt boyutları için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Özetle, genç yaşta üniversite öğrencisi kadınlar arasında çocukluk çağı travmaları ile kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı olduğu hipotezi desteklenmiştir (Paivio ve McCulloch, 2004).

Gaher, Arens ve Shishido (2013) yaptıkları çalışmada çocukluk çağı travmaları ile dürtüsellik arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolü olduğunu kanıtlamışlardır. Cezalandırıcı aile ortamında büyüyen ve fiziksel istismara maruz kalan çocukların, duygularını tanımadı ve rahatlıkla ifade etmekte zorlandıkları, böylece dolaylı olarak dürtüsel ve aleksitimik özelliklere sahip oldukları düşünülmektedir. Aynı şekilde

çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkide aleksitiminin aracılık ettiğine ilişkin çalışmalar da mevcuttur (Mazzeo ve Espelage, 2002).

Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal olayı çocuğun biyo-psiko-sosyal gelişimini zedeler ve belirli belirtilere sebep olur. Bu anlamda, istismar ve ihmale uğrayan çocukta gözlemlenen sorunları içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta incelemek mümkündür. Çocuğa kötü muamele ile içe yönelim sorunları arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün incelendiği bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının beş alt boyutu ile (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) depresyon, anksiyete ve yalnızlık belirtilerinin pozitif anlamda ilişkisi olduğu bulunmuştur. Duygusal ihmal ile depresyon, anksiyete ve yalnızlık düzeyleri arasında aleksitimi aracı rol üstlenirken, aleksitiminin diğer çocukluk çağı travmaları alt boyutları ve içe yönelim sorunlarıyla anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (Brown ve ark., 2016).

Çocuk ile onun bakımını üstlenenlerle kurulan ilişkide bozulmalara neden olan erken dönem olumsuz deneyimlerin, aleksitiminin etiyojisinde kritik bir etkisi bulunmaktadır. Bu anlamda literatürde bağlanma ve çocukluk çağı travmalarıyla ilgili birçok çalışma yer almaktadır (Şenkal ve Palabıyıkoglu, 2015). Çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasındaki ilişkide, bağlanmanın kısmen etkisi olduğu düşünülmektedir. Nitekim yapılan araştırmalar ihmalkâr ve istismarcı ebeveyne sahip çocukların bağlanma sorunları yaşadıklarını (Montebarocci, Codispoti, Baldaro ve Rossi, 2004; Troisi, D'Argenio, Peracchio ve Petti, 2001) dolayısıyla bu çocukların duygusal ifadenin paylaşılması konusunda daha az modelleme yapmalarına, duygusal farkındalık ve ifadede eksiklikler geliştirmelerine sebep olmaktadır (Brown ve ark., 2016).

4.7. Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişki

Çocukluk çağı travmalarının sonradan oluşan psikopatolojiler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı duygusal kötü muamele ile somatik şikâyetler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün araştırıldığı bir çalışmada 270 lisans öğrencisi ile çalışılmıştır (Smith ve Schroeder, 2013). Araştırma sonucunda, duygusal istismar ile somatik şikâyetler arasındaki ilişkide aleksitiminin kısmi aracılık rolü olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan araştırmaya göre, katılımcıların %24'ü çocukluk çağında

duyusal istismara uğradıklarını, %20,7'si ise duyusal ihmale uğradıklarını bildirmişlerdir. 28 katılımcının (%10,4) aleksitimik özellikleri olduğu saptanmış, 50 katılımcının ise (%18,5) aleksitiminin sınırında olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete bağlı değişkenler incelendiğinde erkek katılımcıların (0.15 ± 0.94), kadın katılımcılardan (-0.12 ± 1.05) daha fazla duyusal istismar ve ihmale uğradıkları sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma, duygusal istismar ve ihmal ile aleksitimi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yani, çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmal düzeyi arttıkça aleksitimi düzeyi de artış göstermektedir. Duygusal istismar ve ihmal ile somatik şikâyetler arasında istatistiksel anlamda orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Duygusal istismar ve ihmaldeki yükseliş, somatik belirti düzeyindeki yükselişe sebep olmaktadır. Bunlara ek olarak, aleksitimi ile somatizasyon arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca bu çalışma, duyuşsal eğitimin önemini vurgulayan müdahalelerin somatik şikâyetleri azaltabileceğini de öne sürmektedir (Smith ve Schroeder, 2013).

Güleç ve arkadaşları (2013) çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ve aleksitiminin ilişkisini inceledikleri çalışmada 100 major depresyon tanısı almış hasta grubu ile 50 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Yapılan çalışma, çocukluk çağı travmalarının major depresyon hastalarında yaygın olduğunu; travmanın ise aleksitimik bireylerde aleksitimik olmayan bireylere göre daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Çocukluk çağı travmalarının (fiziksel ihmal hariç) hasta grubunda anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı travma türlerinin aleksitimi ve devam eden somatik belirtiler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aleksitiminin, somatizasyon ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye, bunlara ek olarak da somatik şikâyetlere katkıda bulunduğu kanıtlanmıştır. Major depresyon bozukluğu olan hastalarda, aleksitiminin çocukluk çağı travmaları ardından somatik belirtilerin ortaya çıkmasından rol oynadığı tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak somatizasyonun da aleksitimiye katkıda bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada ilginç olan bulgu ise duygusal ihmal ve fiziksel istismarın aleksitimi ile ilişkisinin somatizasyondan bağımsız olduğudur. Tüm bilgiler beraber ele alındığında duygusal istismarın ve duygusal ihmalin sonradan oluşan aleksitimi ve somatizasyon üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Kısacası duygusal istismar ve duygusal ihmalin aleksitimi ve somatizasyonu yordadığı söylenebilir (Güleç ve ark., 2013).

Tıbbi açıdan açıklanamayan semptomlar sağlığı etkileyen belirtilerin bulunmasına rağmen tıbbi değerlendirmede belirtilerinin herhangi bir fiziksel temele dayandırılmaması ve açıklanamamasıdır (Taylor, 2000). Somatizasyon, aleksitimi, depresyon ve tıbbi açıklaması olmayan belirtilerin çocukluk ve yetişkinlik döneminde deneyimlenen şiddet ile olan ilişkisinin 180 kadın klinik örneklem üzerinden araştırıldığı bir çalışmada yetişkinliklerinde fiziksel ve duygusal istismara uğrayan kadınların, uğramayanlara göre somatizasyon ve depresyon belirtileri daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalan, tıbben açıklaması olmayan belirtilere sahip hastaların, diğerlerine göre somatizasyon, depresyon ve aleksitimi düzeyleri yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, çocukluklarında fiziksel istismara maruz kalmış hasta grubunun, kontrol grubuna göre somatizasyon ve aleksitimi belirtileri daha yüksek bulunmuştur. Hem çocukluklarında hem de yetişkinliklerinde şiddete maruz kalan hasta grubunda somatizasyon ve depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Anuk ve Bahadır, 2018).

Hastalıkla ilgili bilgiler ile duygu arasında önemli bir rol oynayan dikkat yanlılığı, ruhsal rahatsızlıklar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu etkinin ölçülebilmesi amacıyla, 82 psikosomatik hastaya ve 39 sağlıklı kontrol grubuna Stroop testi uygulanmıştır. Depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluğu tanısı almış hastaların, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi, dissosiyasyon ve duygusal bastırma düzeyleri değerlendirilmiştir. Stroop testiyle, katılımcıların temel problemleri ile ilgili olarak sırasıyla tarafsız ve olumsuz kelimeler, depresyonla, kaygı ve somatizasyon ile ilgili kelimeler, sonrasında da bireysel olarak seçilen kelimeler verilmiştir. Araştırmanın sonucunda, kelimelere verilen reaksiyon sürelerinin çocukluk çağı travması deneyimi olan katılımcılarda en fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışma, çocukluk çağı travma deneyimi olan yetişkinlerin nöropsikolojik performansının etkilendiği fikrini desteklemektedir. Ayrıca Stroop testinin erken dönem travma deneyimleri ile bağlantılı bir ölçüm aracı olduğu yapılmış olan bu çalışma ile desteklenmiştir (Wingenfeld ve ark., 2011).

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Bursa ve İstanbul illerinde yaşayan 20-49 yaş grubundaki 361 katılımcıdan oluşmaktadır. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $27,37 \pm 7,51$ olarak bulunmuş, bu oran kadınlar için $27,93 \pm 8,14$ olup, erkekler için ise $26,70 \pm 6,63$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılara, uygun örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Araştırma gönüllük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın örneklemini 385 olarak belirlenmiş, araştırmaya katılmak istemeyen, katıldıktan sonra çekilmek isteyen ve ölçekleri tamamlamayan katılımcıların yanıtları dâhil edilmeyerek geçerli 361 örneklem sayısı elde edilmiştir.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1. Okuryazar olmak,
2. 20 yaşından büyük olmak,
3. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak ve çalışmaya katılma konusunda işbirliğinde bulunmak.

Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:

1. Okuryazar olmamak,
2. 20 yaşından küçük olmak,
3. Anket formlarında cevaplanmamış soru bırakmak,
4. Çalışmaya katılma konusunda isteksiz olmak ve/veya katıldıktan sonra araştırmadan çekilmeyi istemek.

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ulaşmak, çocukluk çağı travmalarına ve psikosomatik yakınmalarına ilişkin bilgiler edinmek için Kişisel Bilgi Formu; çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarını ölçmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; somatik belirti düzeylerini tespit etmek için SCL-90-R; aleksitimiyi ölçmek için Toronto Aleksitimi Ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçeklerin yanı sıra, araştırmanın başında katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, detaylı olarak ilerleyen bölümlerde anlatılmaktadır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmada katılımcılara anket formları sunulmadan önce ilk olarak bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Gönüllü onam formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcılara yazılı ve sözel olarak açıklanmıştır. Bu formda, araştırmanın ismi, araştırmanın amacı, anketin tamamlanma süresi, katılımın gizlilik esasına dayandığı, bilgilerin gizliliği, ölçekleri tamamlamak istememe halinde araştırmadan çekilme haklarının olduğu bilgisi verilmiştir. Veri toplama araçlarından olan çocukluk çağı travması ölçeğindeki soruların hassasiyetine bağlı olarak katılımcılardan isim bilgisi alınmamış, yerine araştırmacı tarafından her anketin üstüne katılımcı kodu yazılmıştır. Araştırmaya katılım sonrasında, konu ile ilgili soru ya da öznel sonuç bilgisi alınmak istenilmesi halinde geri dönüş yapılabilmesi adına, eğer dilerlerse isim ve iletişim bilgilerini paylaşabilecekleri söylenildi. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırma ile ilgili bir sorunun olması halinde, araştırmacı ile iletişim kurulabilecek e-posta adresi bilgisi de bildirilmiştir. Formun bir örneği EK-A'da örnek sunulmuştur.

2.2.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların bazı sosyodemografik bilgilerini elde etmek amacıyla katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu sunulmuştur. Bu form oluşturulmadan önce, çocukluk çağı travması ve somatizasyon ile ilgili yapılmış araştırmalardan elde edilen bulgular ve önerilerden yararlanılmıştır. Ölçekler ile saptanması mümkün olmayan ve önemli görülen konuların maddeleştirilerek kişisel bilgi formunda sorulması uygun görülmüştür. Araştırma kapsamındaki değişkenler ile ilişkili olduğu düşünülen bazı alanlar hakkında çeşitli

sorular sorulmuştur. Bu araştırmada, katılımcının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, aylık gelir düzeyi, eğitim durumu, anne babasının sağ ve öz olup olmadığı, anne/babanın evlilik durumu, anne/babanın eğitim durumu, katılımcının yaşamının çoğunun geçtiği yer, çocukluğunun çoğunun geçtiği yer, hâlihazırda ve önceden psikiyatrik tanı alıp almadığı, ailedeki psikiyatrik tanı ve tedavi, bedensel yakınmalar sebebi ile doktora başvurma sıklığı, çocukluk dönemindeki bedensel yakınmalar sebebiyle doktora başvurma sıklığı, herhangi bir travma türüne çocuklukta maruz kalma, tanık olma ve ev içi şiddet konularını içeren sorular sorulmuştur. Travmaya maruziyet ya da tanık olma sorularına olumlu cevap verilmesi takdirde, sıklık, süre ve şiddeti ölçen opsiyonel sorular da sunulmuştur. Formun bir örneği EK-B’de örnek olarak verilmiştir.

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk çağı ruhsal travmalarından istismar ve ihmal türlerini tespit etmek amacıyla örnekleme uygulanmıştır. ÇÇTÖ orijinal adıyla “Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)” Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 53 madde halinde oluşturulan ölçek, sonradan özgün yazarı tarafından kısaltılarak 20 madde haline getirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, çocukluk dönemindeki cinsel, duygusal, fiziksel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmali ölçen 5 faktörden meydana gelmektedir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

5’li likert tipte olan ÇÇTÖ’de yanıtlar 1-5 arasında puanlandırılmaktadır (hiçbir zaman=1, nadiren=2, zaman zaman=3, sıklıkla=4, çok sık olarak=5). ÇÇTÖ puan hesaplaması yapılmadan önce, olumlu ifadeler (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt ölçekten alınan puanlar ve toplam puan elde edilir. Alt puanlardan elde edilecek değer 5-25 iken toplam puandan elde edilecek değer 25-125 aralığındadır. Sonuçların doğru olarak değerlendirilebilmesi amacıyla sorulan aldatıcı özellikli minimizasyonla ilgili soruların (madde 10, 16, 22) ters çevrilmesine gerek yoktur. Ölçekte fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle; duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle; cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle; fiziksel ihmali 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle; duygusal ihmali 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeler ile ölçülmektedir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Ölçeğin önceki sürümlerinde kesim noktaları hesaplanmamış; Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) yaptıkları çalışmada kesim noktalarını bulmuşlardır. Çalışma sonucunda cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puandır. Bu sınırın toplam puan için 35 olması kararlaştırılmıştır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında klinik olan ve olmayan örnek grubundan toplam 123 kişi ile çalışma yapmışlardır. Yapılan çalışma sonucunda cronbach alfa değeri 0.93 (N=123) olarak bulunmuş, Guttman yarım test katsayısı ise 0.97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı madde 4 ($r=0,17$) dışında yüksektir. Tüm sonuçlar 0,30 üzerinde ve çoğu 0,50'nin üzerindedir. İki hafta ara ile yapılan test - tekrar testinde korelasyon katsayısı 0,90 ($p < 0,001$, N=48) bulunmuştur. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları en yüksek 0,90 en düşük 0,73 olarak bulunmuştur.

Özetle, ÇÇTÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve bulgular yüksek bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği EK-C'de sunulmuştur.

2.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Araştırmada katılımcıların aleksitimik özelliklerini değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. TAÖ-20; Bagby, Parker ve Taylor tarafından 1994 yılında kısaltılarak yapılandırılmıştır. Ölçek, 3 alt boyut ve 20 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar; Duyguları Tanımada Güçlük (TAÖ-1), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2) ve Dışa Dönük Düşünme (TAÖ-3) şeklindedir. TAÖ-20, 1-5 arasında (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık sık, 5=her zaman) puanlanan, kendini değerlendirme esasına dayalı olan, Likert tipte yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek aleksitimik seviyeyine işaret eder (Güleç ve Yenel, 2010; Kemerli ve Çelik, 2015). Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1); 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 numaralı maddelerle, Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ- 2); 2, 4, 11, 12, 17 numaralı maddelerle ve Dışa Dönük Düşünme (TAÖ-3); 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçekte 4, 5, 10, 18, 19 numaralı sorulara ters kodlanmıştır (Güleç ve ark., 2009).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması birçok araştırmacı tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlamasının psikometrik çalışmaları ilk olarak Dereboy (1990)

tarafından yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda, iç tutarlık katsayısı $r: 0.65$, test-tekrar test katsayısı $r: 0.71$, ayırt edici geçerliği ise $z: -2.17$, $p < 0.005$ olarak hesaplanmıştır. Dereboy, ölçeğin kesim noktasının 10/11 olmasını önermiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, aleksitiminin 3 alt boyutu da sağladığı saptanmıştır (Güleç ve Yenel, 2010).

Bir diğer psikometrik çalışma Güleç ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Toplam ölçeğin iç tutarlık katsayısı cronbach alfa değeri 0.78, 1. Faktör için cronbach alfa değeri 0.080, 2. Faktör için Cronbach alfa değeri 0.57, 3. Faktör için cronbach alfa değeri 0.63 olarak bulunmuştur. Madde korelasyonunun 0.22 - 0.48 arasında olduğu, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Güleç ve ark., 2009).

Testi geliştiren Toronto ekibi, ölçekten alınan toplam puanın 61 ve üstü olması halinde aleksitiminin varlığından söz edilebileceken, 51 ve altında alınan değer aleksitimi yokluğu olarak değerlendirilmesi gerektiğini önermişlerdir. Ara bölüm ise "borderline" olarak tanımlanmıştır (Güleç ve Yenel, 2010). Güleç ve Yenel (2010) TAÖ-20'nin Türkçe uyarlamasının kesme puanlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda, alt kesme değerinin 51, üst kesme değerinin ise 59 olarak hesaplanması gerektiğini uygun görmüşlerdir. Araştırma sonucunda, aleksitimik gruplarla çalışılmak istenildiği takdirde alt puanın 51; saf aleksitimik grupla çalışılmak istenildiğinde ise üst puanın 59 olarak alınması uygun görülmüştür. Puanların artması aleksitimik eğilimin de arttığını gösterir. Bu anlamda hem testin orijinal yazarları hem de Dereboy tarafından bulunan bulgulara benzer sonuçlar elde edilmiştir (Güleç ve Yenel, 2010).

Sonuç olarak, TAÖ-20 sağlıklı Türk katılımcı örnekleminde iç tutarlılığı, test-tekrar test güvenilirliği, çakışmalı geçerliliği ve faktörel yapıyı içeren psikometrik özellikleri sağlıyor gibi görünmektedir (Güleç ve ark., 2009). Ölçeğin bir örneği EK-D'de örnek olarak sunulmuştur.

2.2.5. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Araştırmada, başta somatizasyon olmak üzere, kişilerin sahip oldukları psikopatolojik belirtileri ortaya koymak amacıyla uygulanmıştır.

Asıl formu Symptom Check List-90 olan Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, son hali 1977’de yapılandırılmıştır. Ölçek Türkçe’ye İhsan Dağ tarafından 1991 yılında uyarlanmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2014). Ölçek, görünüşte “normal” kişilerin belirti düzeylerini belirlemek, bu belirti düzeylerindeki değişimleri değerlendirmek, klinik yordamalara yardımcı olmak ve psikiyatri hastalarını gruplandırmak amacıyla geliştirilmiştir (Dağ, 1991; Kılıç, 1991). Ölçek, kendini değerlendirme türünde 5 dereceli Likert tip şeklinde yapılandırılmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2014). Ölçeğin orijinalinde, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda alt ölçeklerin iç tutarlılığı 0.77 ile 0.90 arasında değiştiği sonucu elde edilmiştir. Ölçeğin bir hafta sonra tekrarlanan test- tekrar test sonucunda güvenirlik katsayılarının alt ölçeklere göre 0.78 ile 0.90 arasında değiştiği bildirilmektedir. SCL-90-R, psikiyatrik belirti ve yakınmaları ölçen 9 ayrı belirti alt boyutu olmak üzere toplamda 90 maddeden oluşmaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2014; Dağ, 1991; Kılıç, 1991). Dağ’ın (1991) üniversite öğrencileri (N=91) ile yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin tümünün cronbach alfa değeri 0.97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu halinde en fazla 5 sorunun boş bırakılmış olmasına izin verilmiştir.

SCL-90-R ‘de yanıtlar 1- 4 arasında puanlandırılmaktadır (Hiç = 0, Çok az = 1, Orta Derecede = 2, Oldukça Fazla = 3, İleri Derecede = 4). Ölçek puanlamasından, “genel belirti düzeyi (GSI), pozitif belirti toplamı (PST) ve pozitif belirti düzeyi (PSDI)” olmak üzere toplam üç puan türü elde edilir. Genel belirti düzeyini elde etmek için; boş bırakılan sorular haricinde tüm maddelere yapılan derecelendirilmelerin ortalaması alınır (0 ile 4 arasında). Pozitif belirti toplam puanını elde etmek için; “Hiç=0” seçeneğiyle işaretlenen maddeler haricindeki diğer maddeler toplanır ve ham sayıya ulaşılır. Pozitif belirtiler toplamından elde edilen puan 0 ila 90 arasında değişir. Pozitif belirti düzeyi; “Hiç=0” olarak işaretlenen maddeler haricindeki diğer maddelerin puanlarının toplamının PST’ye bölünmesiyle elde edilen 0-4 arasında ortalama bir değerdir (Aydemir ve Köroğlu, 2014). Ölçeğin ayrıca 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri de bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; 1.Somatizasyon (SOMA) boyutu, 2.Obsesif-Kompulsif (OBKO) boyutu, 3.Kişilerarası duyarlılık (KADU) boyutu, 4.Depresyon (DEPR) boyutu, 5.Kaygı (KAYG) boyutu, 6.Düşmanlık (DÜŞM) boyutu, 7.Fobik kaygı (FOKA) boyutu, 8.Paranoid düşünce (PADÜ) boyutu, 9.Psikotizm (PSİK) boyutu ve bu boyutlara girmeyen ek maddelerden oluşan Ek Ölçek (EKÖL) boyutlarından meydana gelmektedir. Her

boyut 6-13 arasındaki maddeden oluşmaktadır (Dağ, 1991; Kılıç, 1991). Ölçek; Genel belirti düzeyindeki (GSI) artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntılara işaret eder. PST'deki artış ise bireyin kendisinde bulunduğu psikiyatrik belirti düzeylerinin algı düzeyini yansıtır. PSDI'deki artış ise bireyin kendisinde var olduğuna inandığı psikiyatrik belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını verir (Aydemir ve Köroğlu, 2014). Örneğin; somatizasyon alt ölçeğindeki maddelerden alınan toplam puan, somatizasyon boyutu ile ilgili semptom sayısına yani 12'ye bölünür. Böylece bireyin somatizasyon alt ölçeğinden alınan puanı elde edilir. Aynı işlem diğer 9 alt ölçek ile de yapılır. Ölçeğin her bir alt boyutuna ait elde edilen puanlarla birlikte, toplam belirti puanının toplam madde sayısına (90'a) bölünmesi ile "Genel Semptom Ortalaması" elde edilir (Kılıç, 1991).

Sonuç olarak, SCL-90-R'nin ruh sağlığı riskli grupların saptanmasında geçerli ve güvenilir bir test olduğu ve kullanılabileceği söylenebilir. Ölçeğin bir örneği EK-E'de örnek olarak sunulmuştur.

2.3. Veri Toplama Süreci

Işık Üniversitesi Etik Kurul'undan gerekli izinlerin alınmasıyla veri toplama süreci Aralık 2018 - Mart 2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Katılımcılar uygun örneklem yöntemiyle Bursa ve İstanbul illerinden toplanmıştır. Uygulamaların başında katılımcılara araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak (Bilgilendirilmiş Onam Formu) bilgilendirme yapılmıştır. Sonrasında, çalışmaya katılmak isteyen katılımcılara doldurmaları için anket formları dağıtılmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen katılımcılara ölçek formları verilmemiştir. Ölçeklerin toplam yanıtlanma süresi 15-20 dakika sürmüştür.

2.4. Araştırmanın Deseni

Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünü ortaya koymayı amaçlayan bu araştırmanın deseni, ilişkisel tarama modeli şeklindedir.

2.5. İstatiksel Analiz

Verilerin istatiksel analizi bilgisayar ortamında SPSS for Windows 22. versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından ÇÇTÖ için fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam

puan olmak üzere 6 puan türü hesaplanmıştır. Çalışmada aleksitimik özellikleri belirlemek amacıyla kullanılan TAÖ-20 duyguları tanımada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme ve bunların toplamından elde edilen toplam puan ile 4 puan türü elde edilmiştir. Araştırmada katılımcıların somatik belirtilerini ölçmek için SCL-90-R uygulanmıştır.

Analizlere başlamadan önce verilerin normal dağılım sağlayıp sağlamadıklarını incelemek için Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Veriler normal dağılım gösterdikleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenler ile katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek için bağımsız t test ve tek yönlü varyans analizleri (One-Way ANOVA) yapılmıştır. İlerleyen bölümlerde, katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları, çocukluk çağı travmalarının alt boyutları, aleksitimi, aleksitiminin alt boyutları ve somatizasyon değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıların mevcut somatizasyon belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı (mediatör) rolünü araştırmak için hiyerarşik regresyon analizleri uygulanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ve alt boyutları ile somatizasyonun ilişkisinde aleksitiminin aracılık etkisinin değerlendirilebilmesi için Baron ve Kenny'nin (1986) modeli ölçüt alınmıştır.

Baron ve Kenny (1986) aracı (mediation) rolü, iki değişkenin birbiri ile anlamlı düzeyde açıklanması, aynı zamanda üçüncü değişkenin bu iki değişken üzerinde aracı olarak yer alması olarak açıklamıştır. Bir değişkenin aracı değişken olabilmesi için gerekli koşullar: (Baron ve Kenny, 1986).

- Bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır.
- Bağımsız değişken ile aracı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır.
- Bağımlı değişken ile aracı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır.
- Aracı değişken(ler) ile bağımsız değişken eş zamanlı olarak regresyon analizine girdiğinde daha önce bağımlı ve bağımsız değişken arasında bulunan anlamlı ilişki anlamlı olmaktan çıkmalı ya da daha önceki anlamlılık düzeyi azalmalıdır.

BÖLÜM 3

3. BULGULAR

Bu bölümde verilerin analizleri yer alacaktır.

3.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

Katılımcılara ait cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuklukta yaşanan yer, yetişkinlikte yaşanan yer, anne kaybı, baba kaybı, anne/baba evlilik durumu, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve gelir değişkenleri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	N	%	
Cinsiyet	Kadın	197	54.6
	Erkek	164	45.4
Yaş	20-29	255	70.6
	30-39	58	16.1
	40-49	44	12.2
Medeni Durum	Evli	94	26.0
	Bekar	260	72.0
	Diğer	7	1.9
Eğitim	İlkokul Mezunu	12	3.3
	Ortaokul Mezunu	9	2.5
	Lise Mezunu	45	12.5
	Üniversite Öğrencisi	153	42.4
	Üniversite Mezunu	83	23.0
	Yüksek Lisans Öğrencisi	52	14.4
	Yüksek Lisans ve Üstü Mezunu	7	1.9

Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler (Devamı)

Değişkenler		N	%
Çocuklukta Yaşanılan Yer	Köy	32	8,9
	İlçe	58	16,1
	Şehir	97	26,9
	Büyük Şehir	174	48,2
Yetişkinlikte Yaşanılan Yer	Köy	11	3,0
	İlçe	39	10,8
	Şehir	83	23,0
	Büyük Şehir	228	63,2
Anne Kaybı	Hayatta	345	96,1
	Hayatta Değil	14	3,9
Baba Kaybı	Hayatta	329	91,1
	Hayatta Değil	32	8,9
Anne Baba Evlilik	Beraber	293	81,2
	Ebeveyn Vefatı	37	10,2
	Boşanmış	30	8,3
Anne Eğitim	Düşük Eğitim Düzeyi	166	46,1
	Orta Eğitim Düzeyi	140	38,9
	Yüksek Eğitim Düzeyi	54	15,0
Baba Eğitim	Düşük Eğitim Düzeyi	116	32,1
	Orta Eğitim Düzeyi	150	41,6
	Yüksek Eğitim Düzeyi	95	26,3
Gelir	Düşük	23	6,4
	Orta	156	43,2
	Yüksek	182	50,4

Araştırmaya katılanların 197'si (%54,6) kadın, 164'ü (%45,4) erkektir. Katılımcıların 255'i (%70,6) 20-29 yaş aralığında, 58'i (%16,1) 30-39 yaş aralığında, 44'ü (%12,2) 40-49 yaş aralığındadır. Katılımcıların 94'ü (%26) evli, 260'ı (%72) bekâr ve 7'si (%1,9) diğer olarak medeni durumunu belirtmiştir. Katılımcıların 12'si (%3,3) eğitim durumunu ilkokul, 9'u (%2,5) ortaokul, 45'i (%12,5) lise, 153'ü (42,4) üniversite öğrencisi, 83'ü (%23) üniversite mezunu, 52'si (%14,4) yüksek lisans öğrencisi, 7'si

(%1,9) yüksek lisans ve üstü mezunu olarak belirtmiştir. Katılımcılar, çocukluklarının çoğunu geçirdiği yeri; 32'si (%8,9) köy, 58'i (%16,1) ilçe, 97'si (%26,9) şehir ve 174'ü (%48,2) büyükşehir olarak belirtmiştir. Katılımcılar yetişkinliklerinin geçtiği yeri ise; 11'i (%3) köy, 39'u (%10,8) ilçe, 83'ü (%23) şehir ve 228'i (%63,2) büyük şehir olarak belirtmiştir. Katılımcıların 345'i (%96,1) annesinin hayatta olduğunu, 14'ü (%3,9) annesinin hayatta olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların 329'u (%91,1) babasının hayatta olduğunu, 32'si (%8,9) babasının hayatta olmadığını belirtmiştir. Katılımcılar anne ve babaların evlilik durumuna 293'ü (%81,2) beraber olduklarını, 37'si (%10,2) ebeveynlerinden birinin vefat ettiğini, 30'u (%8,3) boşandığını belirtmiştir. Katılımcılar annelerinin eğitim düzeyini; 166'sı (%46,1) düşük, 140'ı (%38,9) orta, 54'ü (%15,0) yüksek olarak belirtmiştir. Katılımcılar babalarının eğitim düzeylerini ise 116'sı (%32,1) düşük, 150'si (%41,6) orta, 95'i (%26,3) ise yüksek olarak belirtmiştir. Katılımcılar gelir düzeylerini; 23'ü (%6,4) düşük, 156'sı (%43,2) orta, 182'si (%50,4) yüksek olarak bildirmiştir.

3.2. Ölçeklerden Alınan Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları, çocukluk çağı travmalarının alt boyutları, aleksitimi, aleksitimi alt boyutları ve somatizasyon düzeylerini ölçen ölçeklerden aldıkları puanların ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler	Ortalama	SS	Min	Max
1. ÇÇTÖ	44.54	8.21	34	96
2. Fiziksel istismar	5.62	2.01	5	24
3. Duygusal istismar	6.57	2.72	5	25
4. Cinsel istismar	5.55	1.86	5	21
5. Fiziksel ihmal	6.73	2.38	5	19

Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (Devamı)

6. Duygusal ihmal	9.34	4.24	5	25
7. TAÖ-20	47.44	10.70	27	84
8. Duyguları tanımada güçlük	14.18	5.55	7	35
9. Duyguları söze dökmeye güçlük	11.57	3.91	5	23
10. Dışa dönük düşünme	21.69	4.09	10	32
11. SCL-90-R Somatizasyon	9.78	8.84	0	48

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği

3.3. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Cinsiyet İle İlişisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “cinsiyet değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusunu test etmek için bağımsız t-test analizi yapılmıştır. Analizler Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Cinsiyet İle İlişisine Yönelik Bulgular

		N	X	SS	t	p
ÇÇTÖ	Kadın	197	44.33	7.86	-.533	.594
	Erkek	164	44.79	8.62		
SCL-90-R	Kadın	197	11.04	9.22	3.02	.003*
	Erkek	164	8.25	8.14		
TAÖ-20	Kadın	197	46.95	10.35	-.951	.342
	Erkek	164	48.02	11.09		

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği

*p<0,05: İstatiksel olarak anlamlı.

Yapılan bağımsız t testi analiz sonucuna göre; çocukluk çağı travmaları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (t = -.533, p = .594). Katılımcıların cinsiyet değişkeni ile aleksitimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (t = -.951, p = .342).

Kadınların somatizasyon düzeyinin ortalaması 11,04 ± 9,22 iken erkeklerin somatizasyon düzeyi 8,25 ± 8,14 olarak bulunmuştur. Gözlenen fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p = .003).

3.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Yaş İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “yaş değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusuna cevap bulmak için ANOVA analizi yapılmıştır.

Farklı yaşlardaki katılımcıların, çocukluk çağı travmalarına yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,354}=3,47, p>.05$). Farklı yaştaki katılımcıların, somatizasyon düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,354}=1,67, p>.05$). Bulgular Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların Aleksitimi Düzeylerinin Yaş İle İlişkisine Yönelik ANOVA Analizi

F, Ortalama ve SS Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ort.	SS		KT	SH	OK	f	p
Aleksitimi	20-29	255	48.47	11.20	G.Arası	981.64	2	490.82	4.36	.014*
	30-39	58	45.31	9.27	G. İçi	39890.19	354	112.68		
	40-49	44	44.25	8.51						
	Toplam	357	47.44	10.71	Toplam	40871.83	357			

* $p<0,05$: İstatiksel olarak anlamlı.

Yapılan varyans analizi sonucunda; farklı yaştaki katılımcıların aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur ($F_{2,354}=4,36, p=.014$). Tukey testi sonucunda, 20-29 yaş grubundaki kişilerin aleksitimi düzeylerinin ortalaması $48,47 \pm 11,20$ en yüksek bulunmuş iken 40-49 yaş grubundaki kişilerin ise en düşük aleksitimi seviyesine sahip oldukları saptanmış ve ortalamaları $44,25 \pm 8,51$ olarak bulunmuştur.

3.5. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Medeni Durum İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “medeni durum değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusuna cevap bulmak için ANOVA analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda; farklı medeni duruma sahip olan katılımcıların, çocukluk çağı travmalarına yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,358}=.751, p>.05$). Farklı medeni duruma sahip olan katılımcıların, somatizasyon düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,358}=2.691, p>.05$). Farklı medeni duruma sahip katılımcıların, aleksitimi düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,358}=3,491, p>.05$).

3.6. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Eğitim Durumu İle İlişisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “eğitim değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusunu test etmek için ANOVA analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda; eğitim değişkeni, çocukluk çağı travmaları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{6,354}=336, p>.05$). Eğitim değişkeni, somatizasyon üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{6,354}=1.724, p>.05$). Eğitim değişkeni, aleksitimi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{6,354} = 1.803, p>.05$).

3.7. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Çocuklukta Büyüdüğü Yer İle İlişisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “çocuklukta büyüdüğü yer” değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusunu test etmek için ANOVA analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda; katılımcıların çocukken büyüdüğü yer, çocukluk çağı travmaları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{3,357}=2.020, p>.05$). Katılımcıların çocukken büyüdüğü yer ile somatizasyon arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F_{3,357}=.648, p>.05$). Katılımcıların çocukken büyüdüğü yer, aleksitimi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{3,357}=.315, p>.05$).

3.8. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Yetişkinlik Yaşamının Büyük Çoğunluğunun Geçtiği Yer İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “yetişkinlikte yaşanılan yer” değişkeni, katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusunu test etmek için ANOVA analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda; katılımcıların yetişkinliğinin geçtiği şehir çocukluk çağı travmaları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{3,357}=.481$, $p>.05$). Katılımcıların yetişkinliğinin geçtiği şehir ile somatizasyon arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F_{3,357}=.180$, $p>.05$). Katılımcıların yetişkinliğinin geçtiği şehir ile aleksitimi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F_{3,357}=.727$, $p>.05$).

3.9. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Anne ve Baba Kaybı İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “annenin hayatta olması/olmaması” ile “babanın hayatta olması/olmaması” değişkenleri katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorularını test etmek için bağımsız t-test analizi yapılmıştır.

Yapılan bağımsız t test analizi sonucunda; anne ve baba kaybının çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

3.10. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Anne/Babanın Evlilik Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “anne babanın evlilik durumu” değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimive somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusuna cevap bulmak için ANOVA analizi yapılmıştır.

Anne baba evliliğinin katılımcıların, somatizasyon düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,357}=1,06$ $p>.05$).

Anne baba evliliğinin katılımcıların, aleksitimi düzeylerine yönelik puanlarının

ortalamaları üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,357}=2,13, p>.05$). Bulgular Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Çocukluk Çağı Travma Düzeylerinin Anne/Babanın Evlilik Durumu İle İlişkisine Yönelik ANOVA Analizi

F, Ortalama ve SS Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ort.	SS	KT	SH	OK	f	p	
	Beraber	293	43.73	7.36	G. Arası	1320.10	2	660.05	10.29	.000*
	Ebeveyn Vefatı	37	45.97	7.35	G. İçi	22891.67	357	64.122		
ÇÇTÖ	Boşanmış	30	50.46	13.30						
	Toplam	360	44.52	8.21	Toplam	24211.77	359			

* $p<0,05$: İstatiksel olarak anlamlı.

Yapılan varyans analizi sonucunda; anne babanın evlilik durumu ile katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F_{2,357}=10,29, p=.000$). Tukey testi sonucunda, anne babası boşanmış ve ayrı olan katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinin ortalamaları $50,46 \pm 13,30$, anne babası beraber olanlardan $43,73 \pm 13,30$ yüksek bulunmuştur.

3.11. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Annenin Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “annenin eğitim düzeyi” değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimive somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusuna cevap bulmak için ANOVA analizi yapılmıştır.

Annenin eğitim durumu katılımcıların, çocukluk çağı travmalarına yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır.

($F_{2,357}=1,790, p>.05$). Annenin eğitim durumu ile katılımcıların, somatizasyon düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,357}=.110, p>.05$). Annenin eğitim durumu katılımcıların, aleksitimi düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($F_{2,357}=.04, p>.05$).

3.12. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Babanın Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “babanın eğitim düzeyi” değişkeni katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusuna cevap bulmak için ANOVA analizi yapılmıştır.

Babanın eğitim durumu ile katılımcıların, aleksitimi düzeylerine yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F_{2,348}=.622$, $p>.05$). Bulgular Tablo 7 ve Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Babanın Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik ANOVA Analizi

F, Ortalama ve SS Değerleri				ANOVA Sonuçları						
Puan	Grup	N	Ort.	SS	KT	SH	OK	f	p	
ÇÇTÖ	Düşük	116	46.32	9.35	G.Arası	514.683	2	257.3	3.83	.023*
	Orta	150	43.74	6.47	G. İçi	23383.87	348	4		
	Yüksek	85	43.75	9.18	Toplam	23898.55	350	67.19		
	Toplam	351	44.59	8.26						

* $p<0,05$: İstatiksel olarak anlamlı.

Yapılan varyans analizi sonucunda; babanın eğitim durumu ile katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F_{2,348}=3,83$ $p=.023$). Tukey testi sonucunda, babası düşük seviyede eğitim almış katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinin ortalaması $46,32 \pm 9,35$, babası orta seviyede eğitim almış katılımcılardan $43,74 \pm 6,47$ yüksek bulunmuştur. Babanın eğitim seviyesi düştükçe, katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri artmaktadır.

Tablo 8. Somatizasyon Düzeylerinin Babanın Eğitim Durumu İle İlişkisine Yönelik ANOVA Analizi

F, Ortalama ve SS Değerleri				ANOVA Sonuçları						
Puan	Grup	N	Ort.	SS	KT	SH	OK	f	p	
SCL-90-R	Düşük	116	11.89	10.03	G.Arası	772.06	2	386.03	4.98	.007*
	Orta	150	8.45	7.80	G. İçi	26956.29	348	77.46		
	Yüksek	85	9.7	8.66	Toplam	27728.35	350			
	Toplam	351	9.93	8.90						

* $p<0,05$: İstatiksel olarak anlamlı.

Yapılan varyans analizi sonucunda; babanın eğitim durumu ile katılımcıların somatizasyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F_{2,348}=4,98, p=.007$). Tukey testi sonucunda, babası düşük seviyede eğitim almış olan katılımcıların somatizasyon düzeylerinin ortalaması $11,89 \pm 10,03$, babası orta seviyede eğitim almış $8,45 \pm 7,80$ olanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Babanın eğitim seviyesi düştükçe, katılımcıların somatizasyon düzeyleri artmaktadır.

3.13. Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Somatizasyon Düzeylerinin Gelir İlişkisine Yönelik Bulgular

Araştırmanın “gelir değişkeni, katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon düzeylerinde herhangi bir farklılığa yol açmakta mıdır?” sorusunu test etmek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda; gelir değişkeni, somatizasyon üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{2,358}=.209, p>05$). Gelir değişkeni, aleksitimi düzeylerine yönelik anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($F_{2,358}=.229, p>05$). Bulgular Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Çocuk Çağı Travmalarının Gelir İlişkisine Yönelik ANOVA Analizi

F, Ortalama ve SS Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ort.	SS	KT	SH	OK	f	p	
ÇÇTÖ	Düşük	23	49.78	12.67	G.Arası	1106.63	2	553.31	8.56	.000*
	Orta	156	45.40	8.49	G. İçi	23135.03	358	64.62		
	Yüksek	182	43.14	6.83	Toplam	24241.66	360			
	Toplam	361	44.54	8.20						

* $p<0,05$: İstatiksel olarak anlamlı.

Farklı gelire sahip katılımcıların çocukluk çağı travmalarına yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F_{2,358}=8.56, p=.000$). Tukey testi sonucunda, düşük gelire sahip katılımcıların çocukluk çağı travmaları düzeyi ortalamasının en yüksek $49,78 \pm 12.67$, iyi gelire sahip katılımcıların ortalamasının ise en düşük $43,14 \pm 6,83$ olduğu bulunmuştur.

3.14. Ölçeklerden ve Ölçeklerin Alt Boyutlarından Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve somatizasyon değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizinin sonuçları Tablo 10 ‘da verilmiştir.

Yapılan analiz sonucunda; çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=.26$). İlişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<.01$). Çocukluk çağı travmaları arttıkça aleksitimi de düzeyi artar.

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=.23$). İlişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<.01$). Çocukluk çağı travmaları arttıkça somatizasyon düzeyi artar.

Somatizasyon ile aleksitimi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=.48$). İlişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<.01$). Somatizasyon düzeyi arttıkça aleksitimi düzeyi artar.

Alt ölçekler arasındaki korelasyon analizine bakıldığında ise üç değişken haricinde tüm değişkenlerin birbiri ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Bunlar: Fiziksel istismar- dışa dönük düşünme, cinsel istismar- dışa dönük düşünme ve fiziksel ihmal- somatizasyon değişkenleridir. Bu değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Tablo 10. Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Ölçekler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. ÇÇTÖ	1	.67**	.79**	.47**	.69**	.78**	.26**	.27**	.19**	.13*	.23**
2. Fiziksel İstismar		1	.67**	.21**	.26**	.36**	.20**	.23**	.12*	.09	.17**
3. Duyusal İstismar			1	.29**	.44**	.52**	.33**	.38**	.23**	.19*	.30**
4. Cinsel İstismar				1	.24**	.16**	.17**	.18**	.15**	.06	.20**
5. Fiziksel İhmal					1	.56**	.15**	.12*	.10*	.14**	.08
6. Duyusal İhmal						1	.22**	.19**	.15**	.16**	.13*
7. TAÖ							1	.88**	.83**	.62**	.48**
8. TAÖ-1								1	.70**	.28**	.55**
9. TAÖ-2									1	.27**	.36**
10. TAÖ-3										1	.15**
11. SCL-90-R											1

*p<0,05, **p<0,01; İstatiksel olarak anlamlıdır.

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TAÖ-1: Duygulanı Tanımada Güçlük, TAÖ-2: Duygulanı Söze Dökmede Güçlük, TAÖ-3: Dışa Dönük Düşünme, SCL-90-R: Belirti Tarama Ölçeği

3.15. Çocukluk Çağı Travmaları İle Somatizasyon Arasındaki İlişkide Aleksitiminin Aracı Rolü

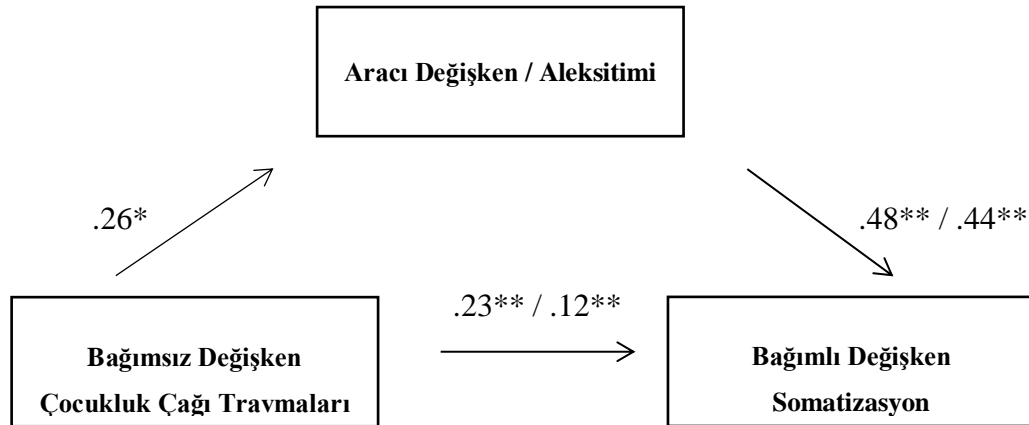
Çalışmanın dördüncü hipotezi, "çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitimi aracı rol oynamaktadır." şeklinde oluşturulmuştur. Baron ve Kenny'nin (1986) önerdiği dört aşamalı aracılık analizi yapılarak aleksitiminin çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon ilişkisinde aracı rolü incelenmiştir. Tüm bulgular Tablo 11'de ve Şekil 1'de sunulmuştur.

Tablo 11. Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişkileri İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Adımlar	Regresyon Katsayıları			Model İstatistikleri
	B	S.H.	β	
1. Adım				$r^2=.054$; F (1,359) = 20.492; P<.001
B'sız D. = ÇÇT	.250	.055	.23	
B'lı D.= Somatizasyon				
2. Adım				$r^2=.066$; F (1,359) = 25.312; P<.001
B'sız D.= ÇÇT	.334	.066	.26	
Mediator = Aleksitimi				
3. Adım				$r^2=.226$; F (1,359) = 104.987; P<.001
B'sız D.= Aleksitimi				
B'lı D. = Somatizasyon	.393	.038	.48	
4. Adım				$r^2=.239$; F (2,358) = 56.308; P<.001
B'sız D.1 = ÇÇT	.127	.051	.12	
B'sız D.2 = Aleksitimi				
B'lı D. = Somatizasyon	.368	.039	.44	

Regresyon analizleri sonucunda; birinci adımda çocukluk çağı travmasının, somatizasyon üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu ($\beta=.23$, $p<.001$), ikinci adımda çocukluk çağı travmasının, aleksitimi üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu ($\beta=.26$, $p<.001$), üçüncü adımda aleksitiminin, somatizasyon üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu ($\beta=.48$, $p<.001$) bulunmuştur. Dördüncü adımda çocukluk çağı travması ve aleksitiminin birlikte somatizasyon üzerindeki etkisine bakıldığında; çocukluk çağı travmasının, somatizasyon üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu ($\beta=.12$, $p<.001$), aleksitiminin somatizasyon üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisinin olduğu ($\beta=.44$, $p<.001$) görülmüştür. Diğer bir deyişle aleksitimi (aracı değişken) modele eklenildiğinde çocukluk çağı travmasının (bağımsız değişken) somatizasyon (bağımlı değişken) üzerindeki etkisi $\beta=.12$ ($p<.001$) değerinde azalarak istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgular çocukluk çağı travması ve somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin kısmi aracılık rolü olduğunu göstermiştir. Sobel testi sonucunda aracılık etkisinin anlamlı ($Z=4.5456$, $p<.05$) olduğu görülmüştür. Aracı modele ilişkin bulgular model Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolüne ilişkin beta katsayıları;



* $p<.05$: istatistiksel olarak anlamlı; ** $p<.01$: istatistiksel olarak anlamlıdır.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünü incelemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmada analizlerden edinilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır. Araştırma sorularına dair bulgular, araştırmaya dair sınırlılıklar ve gelecek araştırmalar için öneriler ilerleyen bölümde tartışılmıştır.

Çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi ölçen araçların ortalama puanları hesaplanarak bu değişkenlerin örneklemdaki yaygınlığı bulunmuştur. Bulgularımıza göre, çocukluk çağı travmaları alt boyutları içinde en fazla duygusal ihmal ve fiziksel ihmal görülürken, en az cinsel istismar olduğu görülmüştür. Demirkapı çalışmasında (2014) örnekleminde en fazla duygusal ihmal ve duygusal istismarın yaygın olduğu sonucuna ulaşarak bulgumuzu desteklemiştir. Aleksitimi alt boyutları incelendiğinde ise dışa dönük düşünme ortalama puanının en fazla olduğu buna karşın duyguları söze dökmede güçlük ortalama puanının en düşük olduğu saptanmıştır.

İlk olarak çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen bulgular yorumlanmış ve bu değişkenler arasındaki ilişki literatür ışığında değerlendirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının ve aleksitiminin cinsiyet değişkeniyle olan ilişkisine bakıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda araştırmamızın bulgularına benzer şekilde çocukluk çağı travmaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür (Bostancı, Albayrak, Bakoğlu ve Çoban, 2006; Demirkapı, 2014; Güleç ve ark., 2013; Sobsey, Randall ve Parrila, 1997). Buna karşılık, çocukluk çağı travmaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Paivio, McCulloch, 2004; Şar ve ark., 2006).

Psikopatoloji ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının klinik örneklemede daha yaygın olduğu görünmektedir. Bizim bulgumuzu destekleyen çalışmaların genellikle klinik örnekleme yapıyor olması, bizim çalışmamızın ise normal popülasyonla yapılması, cinsiyet değişkeniyle anlamsız bir ilişki bulmamıza sebep olmuş olabilir.

Yapılan literatür incelemesinde aleksitimi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen çok fazla çalışmanın yapılmamış olduğu dikkat çekmiştir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi aleksitimi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını ortaya koyan çalışmalar olduğu kadar (Aktay, 2014; Parker, Taylor ve Bagby, 1989; Pasini, Chiaie, Seripa ve Ciani, 1992) aksini iddia eden çalışmalar da söz konusudur (Franz ve ark., 2008; Mattila ve ark., 2006; Moriguchi ve ark., 2007).

Çalışmamızda, somatizasyon ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Keskin ve arkadaşları (2012) ile Özenli ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmalarda somatizasyon ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu tespit etmişlerdir. Eyüpoğlu (2018) ile Robbins ve Kirmayer (1991) de bizim bulgumuzu destekler nitelikte, kadınların erkeklere göre daha fazla somatik belirtilere sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Gözlemlerimize dayalı spekülasyon bir yorum olarak, toplumun kadınlara atfetmiş olduğu cinsiyet rollerine bağlı olarak, kadınların duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmedikleri, çatışmalarını ve sorunlarını bedene yansıtarak ifade ettikleri düşünülmektedir. Bu da kadınların somatizasyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olmasını açıklıyor olabilir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ve somatizasyonun yaş değişkeniyle olan ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile yaş arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar olduğu kadar (Güleç ve ark., 2013) aksini iddia eden çalışmalar da mevcuttur (Sofuoğlu ve arkadaşları, 2014; Yücel, 2014). Bedenselleştirme ile ilişkili bozukluklarda yaş değişkeniyle ilgili literatürde çelişkili bulgular bulunmaktadır. Bu karmaşıklığın, hastalığın kesinleşmemiş olan etiyolojisinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Somatizasyon ile yaş arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu iddia eden çalışmalar olduğu kadar (Özenli ve ark., 2009; Özer, 2010; Peveler, Kilkenny ve Kinmonth 1997) bizim çalışmamızı destekler nitelikte anlamsız bir ilişki olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Ladwig, Mittag, Erazo ve Gündel, 2001; Looper

ve Kirmayer, 2001). Örnekleminizdeki yaş dağılımının eşit olmamasından dolayı anlamlı bir farklılığın bulunmamış olduğu tahmin edilmektedir.

Aleksitiminin yaş ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını savunan çalışmalar olduğu kadar (Franz ve ark., 2008; Joukamaa ve ark., 2007) bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı bir ilişkinin olduğunu savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Mattila ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada artan yaş ile birlikte aleksitimi düzeyinin arttığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da yaş ile aleksitimi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. 20-29 yaş aralığında bulunan kişilerin aleksitimi düzeylerinin en yüksek olduğu, 40-49 yaş aralığında bulunan kişilerin ise en düşük aleksitimi seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle genç yaştaki kişilerin daha fazla aleksitimik özelliklere sahip oldukları, aleksitiminin artan yaş ile azalma gösterdiği sonucu elde edilmiştir. Bu anlamda Eyüpoğlu'nun (2018) yapmış olduğu çalışma bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamızda, yaş gruplarındaki dağılımın dengeli olmaması, bunun yanısıra örneklemin çoğunlukla genç bireylerden oluşmasının sonucu etkilediği düşünülmektedir. Artan yaş ile birlikte beden fonksiyonlarında bozulma ya da gerileme meydana gelir, fiziksel yakınmalarda artış görülür. Aynı şekilde, ileri yaştaki katılımcıların yaş faktörünün etkisiyle artış gösteren bedensel yakınmalarını normal değerlendirmelerinin sonucumuzu etkilediği tahmin edilmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının, somatizasyonun ve aleksitiminin medeni durum ile ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Kaplan ve Sadock (2016) bedensel belirti ile ilişkili bozuklukların medeni durumla ilişkili olmadığını ifade etmişlerdir. Büyük çoğunluğunun (n=148, %70) evli olduğu klinik bir örnekleme yapılmış çalışmada (Çetin, 2018) bizim çalışmamıza benzer olarak medeni durum ile bedenselleştirmenin ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Literatürde aleksitimi ile sosyodemografik değişkenlerin incelendiği çalışmaların yeterli olmadığı dikkat çekmiştir. Bu sebeple evli ya da bekâr olmanın aleksitimi ile ilişkisinin negatif, pozitif ya da ilişkinin olmadığı yönünde kesin bir şey söylemek zordur. Buna karşın aleksitiminin bekar erkeklerde ve evli kadınlarda daha yüksek olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Franz ve ark., 2008, Kokkonen, Karvonen, Veijola, Laksy ve Jokelainen, 2001). Yapmış olduğumuz çalışmada değişkenlerin medeni durum açısından anlamlı bir ilişkiye sahip olmamasının örneklem yapısından kaynaklandığı

tahmin edilmektedir. Örneklemimizin büyük çoğunluğunu üniversite okuyan genç yaştaki bekâr bireyler oluşturduğu için bulunan sonuç şaşırtıcı olmamıştır.

Çocukluk çağı travmalarının, somatizasyonun ve aleksitiminin, eğitim durumu değişkeni ile ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını savunan çalışmalar olduğu kadar (Güleç ve ark., 2013; Şar ve ark., 2004) aksini iddia edip anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Aydın ve İşmen, 2003). Çalışmamıza paralel olarak somatizasyon ile eğitim değişkeni arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını savunanlar olduğu kadar (Kaplan ve Sadock, 2016; Looper ve Kirmayer, 2001) aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirten çalışmalar da vardır (Fink, Sorensen, Holm ve Munk- Jorgensen, 1999; Gureje ve ark., 1997). Literatürde aleksitimi ile eğitim seviyesi arasındaki anlamsız ilişkiye yönelik çalışmalara rastlanılmamıştır. Bizim çalışmamızda eğitim seviyesine göre anlamlı bir farklılığın bulunmaması, örneklemimizin görece daha iyi eğitim seviyesine sahip kişileri kapsıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda farklı gelire sahip katılımcıların çocukluk çağı travmalarına yönelik puanlarının ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Düşük gelire sahip katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinin en yüksek, iyi gelire sahip katılımcıların ise çocukluk çağı travma düzeylerinin en düşük olduğu saptanmıştır. Bu anlamda yapılan çalışmaların çoğunluğunun bulgularımızı desteklediği görülmektedir (Aydın ve İşmen, 2003; Güler ve ark., 2002; Fergusson ve Lynskey, 1997; Polat, 2001). Gelir seviyesinin düşük olmasının, imkân kısıtlılığına sebep olmasından dolayı çocuğun bazı hak ve ihtiyaçlarının karşılanmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda istihdam ve sosyoekonomik refahın topluma, dolayısıyla aileye etkisi göz ardı edilmemeli ve iyileştirilme çalışmalarına önem verilmelidir.

Düşük gelir düzeyi ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten çalışmalar olduğu kadar (Aydın ve İşmen, 2003; Noyes ve ark., 2000) bizim çalışmamızda olduğu gibi aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığını iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Peveler ve ark., 1997). Çalışmamızda, aleksitimi ile gelir arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Aleksitimi ile gelir arasında anlamlı bir

ilişki olduğunu bulan çalışmalar olsa da (Kokkonen ve ark., 2001; Kauhanen, 1995) bulgularımıza paralel sonuçlar elde edip aradaki ilişkinin anlamsız olduğunu iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Özdemir, Güneş ve Güneş, 2011). Örneklem çoğunlukla vakıf okullarında okuyan öğrenciler ile kurumsal ve yüksek gelire sahip işyeri çalışanlarından toplanmış olması sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi değişkenleri ile çocukken yaşanılan yer ve yetişkinliklerinin büyük çoğunluğunun geçtiği yer değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Sofuoğlu ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları çalışmada şehirde yaşayanların kırsal bölgede yaşayanlara kıyasla daha fazla fiziksel istismara maruz kaldığını bulmuşlardır. Bizim çalışmamıza benzer olarak Robins ve arkadaşları da (1984) somatizasyon ve yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık tespit etmemişlerdir. Aktay (2014) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak aleksitimi ile yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını ortaya koymuştur. Çalışmanın yapıldığı yerlerin İstanbul ve Bursa gibi ekonomik ile diğer yaşam koşulları açısından bireye zengin imkânlar sunan yerler olması kişilerin iş ve sosyal hayata daha çok katılmalarını kolaylaştırmaktadır. Seçilen örneklem yerinin ve örneklem yapısının bu değişkenle ilgili olan bulguyu etkilediği düşünülmektedir.

Bağlanma kuramına göre, çocuğun bakımını üstlenen kişi ile kurduğu ilişki gelecekte kuracağı ilişkilerin temelini oluşturur (Bowlby, 1982). Çocuğun hayatında bağlanma nesnesi konumunda bulunan ebeveynler büyük çoğunlukla çocuğun bakımını üstlenen kişilerdir. Ebeveyn vefatı ya da boşanma başta olmak üzere bağlanma nesnesinden ayrı kalan çocuklarda ruhsal anlamda bazı tahribatlar oluştuğu bilinmektedir (Kesebir ve ark., 2011). Literatür incelendiğinde tek eşli ebeveynliğin çocuklar için risk faktörü olduğu görülmektedir (Bayraktar, 2015; Fırat, İltaş ve Yılmaz, 2016; Meinck ve ark., 2015). Veri toplama araçlarındaki bu noktanın eksik olduğu düşünülerek çalışmaya anne/babanın hayatta veya vefat etmiş olduğuyla ilgili sorular eklenmiştir. Fakat anne baba kaybının çocukluk çağı travmaları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Aynı şekilde anne/baba kaybının aleksitimi ve somatizasyon değişkenleriyle de anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Örneklem geneline bakıldığında 361 kişiden yalnızca 46'sının ebeveyni vefat etmiştir.

Örneklemede ebeveyni vefat etmiş kişi sayısının az olmasının sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile anne/baba evliliği değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür. Bizim bulgumuza paralel olarak çocukluk çağı travmaları ile anne/baba evlilik durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır (Göker, Aktepe, Hesapçioğlu ve Kandil, 2009; Fergusson ve Lynskey, 1997; Yücel 2014; Zeren ve ark., 2012). Ulaşılan literatürde ise bunun aksini iddia eden çalışmalara rastlanılmamıştır. Araştırmamızda anne babası boşanmış ve ayrı olan katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri, anne babası beraber olanlara göre yüksek bulunmuştur. Somatizasyon ve aleksitimi ile anne/baba evliliği değişkenleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde somatizasyon ve aleksitimi ile anne/baba evliliğini inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu anlamda gelecekte yapılacak çalışmalara ağırlık verilmesi önem taşımaktadır.

Çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi ile annenin eğitim düzeyi değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır. Zeren ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları çalışmada bulgumuzu destekler nitelikte çocukluk çağı travmaları ile annenin eğitimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır. Literatür taramasında annenin eğitim durumu ile öğrencilerin somatik belirtileri arasında ilişki olduğunu bulunmuştur (Özenli ve ark., 2009). Literatüre katkı sağlanması amacıyla sorulan bu sorularda, bulgumuzu destekleyen ya da çürüten yeterince çalışmaya ulaşamamıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu konuya ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Babanın eğitim durumu ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelendiğinde değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bulgularımıza göre babası düşük seviyede eğitim almış olan katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri, babası orta seviyede eğitim almış olanlardan yüksek olarak bulunmuştur. Yani babanın eğitim seviyesi düştükçe katılımcıların çocukluk çağı travma düzeyleri artmaktadır. Bu anlamda bulgularımız (Bostancı ve ark., 2006; Örsel ve ark., 2011; Yücel, 2014) çalışmaları ile desteklenmektedir. Zeren ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ise babanın eğitim düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitimi, çocukları yetiştirme konusunda bilgi ve

bilince sahip olmaları, çocuk ihmal ve istismarını önleme konusunda önemli rol oynamaktadır. Bu kapsamda yapılacak sistematik düzenlemelerin önem teşkil ettiği düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlere sahip olma ile somatik belirti düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görünmektedir. Çalışmamızda somatizasyon ile babanın eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Babası düşük seviyede eğitim almış olan katılımcıların, babası orta düzeyde eğitim almış katılımcılardan daha yüksek somatizasyon düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Yani babanın eğitim seviyesi düştükçe katılımcıların somatizasyon düzeyleri artış göstermektedir.

Çalışmamızda aleksitimi ile babanın eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Önceden de bahsedildiği gibi, aleksitimiyle ilgili sosyodemografik değişkenlerin detaylı incelendiği çalışmalara çok fazla rastlanılmadığı için konu ile ilgili bulgumuzu çürütecek ya da destekleyecek çalışmalara rastlanılmamıştır.

Son olarak çocukluk çağı travmaları, somatizasyon ve aleksitimi değişkenleri ile gelir değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmamız doğrultusunda gelir değişkeninin sadece çocukluk çağı travmaları ile anlamlı bir farklılığının olduğu, somatizasyon ve aleksitimi ile arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Çalışmamızda, düşük gelire sahip katılımcıların çocukluk çağı travma düzeylerinin en yüksek, iyi gelire sahip katılımcıların ise çocukluk çağı travmalarının en düşük olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Zeytinoğlu (1999); Horton ve Cruise (2001); Güler ve arkadaşları (2002); Fergusson ve Lynskey (1997); Aydın ve İşmen (2003) yaptıkları çalışmalarda bizim bulgumuza paralel olarak ailesi alt gelir düzeyine sahip katılımcıların çocukluk çağı travmalarının toplam puanının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Gelir seviyesinin düşük olması, imkân kısıtlılığına yol açmasından dolayı çocuğun bazı hak ve ihtiyaçlarının karşılanmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, istihdam ve sosyoekonomik refahın topluma, dolayısıyla aileye etkisi göz ardı edilmemeli ve iyileştirilme çalışmalarına önem verilmelidir.

Somatizasyon ve aleksitimi değişkenleri ile gelir değişkeni arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Düşük gelir düzeyi ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten çalışmalar olduğu kadar (Aydın ve İşmen, 2003; Noyes ve ark., 2000) bizim çalışmamızda olduğu gibi aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığını iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Peveler ve ark., 1997). Kokkonen ve arkadaşları (2001) ile Kauhanen (1995) yapmış oldukları çalışmalarda, düşük gelire sahip kişilerde aleksitimik özelliklerin daha fazla görülebileceğini iddia etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise aleksitimi ile gelir arasında bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Örneklemin çoğunlukla vakıf okullarında okuyan öğrenciler ile kurumsal ve yüksek gelire sahip işyeri çalışanlarından toplanmış olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Ölçeklerden ve ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanlara ilişkin korelasyon sonuçları incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu ilişkinin pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yani çocukluk çağı travmaları arttıkça somatizasyon düzeyinin de arttığı görülmektedir. Somatizasyonun etiolojisine bakıldığında erken dönemde yaşanan olumsuz deneyimlerin yetişkin dönemde bedenselleştirmeye zemin hazırladığı görülmektedir. Bu kapsamda literatürdeki birçok çalışma bulgumuzu desteklemektedir (Morrison, 1989; Smith ve Schroeder, 2013; Spitzer ve ark., 2008; Waldinger ve ark., 2006). Somatizasyon ile çocukluk çağı travmaları alt ölçekleri arasındaki korelasyona bakıldığında somatizasyonun en fazla duygusal istismar ile en az ise fiziksel ihmal ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Somatizasyonun, fiziksel ihmal dışında tüm ÇÇTÖ alt ölçekleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulgumuz Aydın ve İşmen'in (2013) yapmış olduğu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yani çocukluk çağı travmaları arttıkça aleksitimi düzeyinin de artış gösterdiği söylenebilir. Çalışmamız (Aust ve arkadaşları, 2013; Bermond ve ark., 2008; Evren ve ark., 2009) bulgularına paralellik göstermektedir. Çalışmamızdaki alt ölçeklerin korelasyon sonuçlarına bakıldığında en fazla duygusal istismar ile duyguları tanımada güçlük arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonrasında aleksitimi toplam puanı ile duygusal istismar arasında ilişki olduğu saptanmıştır. En düşük ilişki ise duyguları söze dökme ile fiziksel ihmal arasında bulunmuştur. Alt ölçeklerde dışa

dönük düşünme ile cinsel istismar, dışa dönük düşünme ile fiziksel istismar haricinde tüm alt boyutların birbiri ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu görülmüştür.

Aleksitimi ile somatizasyon arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Aleksitiminin tanımlanmasında somatizasyonun önemli bir yeri bulunmasına rağmen aralarındaki ilişkiye yönelik literatürde çelişkili bulgular bulunmaktadır. Literatürde bizim çalışmamıza paralel olarak somatik belirtiler ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu destekleyen çalışmalar olduğu kadar (De Gucht ve Heiser, 2003; Lumley, 2004; Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001) somatizasyonun aleksitimi için öngörücü olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Bach ve ark., 1996). Çalışmamızda somatizasyon ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu gibi aleksitiminin tüm alt boyutları ile de anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Alt ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında somatizasyonun en fazla duyguları tanımada güçlük alt ölçeğiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonrasında aleksitimi toplam puanı ve duyguları söze dökmede güçlük alt ölçeğiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Duyguları tanımada güçlük ile somatizasyon arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Duyguları tanımada güçlük arttıkça somatizasyon düzeyi de artmaktadır.

Literatür incelendiğinde, çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün incelendiği birebir çalışmalara rastlanılmamıştır. Çalışmanın dördüncü hipotezi; ‘‘Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitimi aracı rol oynamaktadır.’’ şeklinde oluşturulmuştur. Çalışmamızda çocukluk çağı travması ve somatizasyon arasındaki ilişkide aleksitiminin kısmi aracılık rolü olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları üzerinden aleksitiminin aracı rolünün incelendiği çalışmaların (Anuk ve Bahadır, 2018; Güleç ve arkadaşları, 2013; Smith ve Schroeder, 2013) yapılmış olduğu görülse de çalışmaların genellikle klinik örneklem ve farklı değişkenlerle yapıldığı gözlemlendiği için çalışmamızın karşılaştırılma yapılmasında kısıtlılıkla karşılaşılmaktadır. Örneklem seçimi ve değişkenlerin benzerliği açısından araştırmamıza en yakın çalışmanın Smith ve Schroeder (2013) tarafından yapıldığı görülmektedir. Çocukluk çağı duygusal kötü muamele ile somatik şikâyetler arasındaki ilişkide aleksitiminin aracı rolünün araştırıldığı çalışmada 270 lisans öğrencisi örneklem olarak seçilmiştir. Araştırma sonucunda, duygusal istismar ile somatik şikâyetler arasındaki ilişkide aleksitiminin

kısmi aracı rolü olduğu sonucuna varılmıştır. Smith ve Schroeder (2013) yürüttükleri bu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi duygusal istismar/ihmal ile aleksitimi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Yine bizim çalışmamızda olduğu gibi, aleksitimi ile somatizasyon arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır. Alt ölçeklerin korelasyon değerleri Smith ve Schroeder'in (2013) bulguları ile çok benzer olması çalışmamızı güçlü kılmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Bu bölümde, araştırmanın sınırlılıklarından bahsedilmiş olup, gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları değerlendirildiğinde ilk olarak örneklem yapısına ilişkin özellikler dikkat çekmektedir. Araştırmaya katılmış olan örneklem farklı eğitim düzeylerine, farklı yaş ve cinsiyete sahip bireylerden dengeli şekilde oluşturulmasına dikkat edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre dağılımlarının dengeli olmaması, kadın katılımcıların erkeklerden fazla olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Katılımcıların dağılımına bakıldığında en fazla üniversite öğrencileri ile çalışma yapılmış olduğu gözlemlenmiştir. Bu da yaş dağılımında dengesizliğe sebep olmuştur. Çalışmamızın genel nüfusa göre daha yüksek sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesine sahip kişileri kapsıyor olması sosyodemografik değişkenler açısından farklılığın oluşmamasına yol açtığı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalarda katılımcı sayısı fazla tutularak ve farklı sosyodemografik özelliklere sahip örnekleme ulaşılarak bu kısıtlılığın önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise veri toplama araçlarına yönelik olan sınırlılıklardır. Ölçeklerin özbildirime dayalı olması çalışmadaki önemli bir kısıtlılıktır. Özbildirim ölçeklerinin birçok sınırlılığı bilinmektedir. Yaşanmış travmatik olayların incelendiği çalışmalarda geriye dönük yaşantıların sorgulanması, zaman ve hatırlanabilirlik etkenlerinden dolayı kısıtlılığa sebep olmaktadır. Olumsuz duygusal uyarımların yanlış hatırlanmasında yaşın etkisinin olduğu, artan yaş ile geçmişe yönelik olayların hatırlanabilirliğinde yanılsamalar meydana geldiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Brainerd ve ark., 2008; Howe, 2007). Katılımcılara sosyodemografik ölçekte ve ÇÇTÖ'de, çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki yaşantılara ait bir dizi

sorular sorulmuştur. Sorulan soruları hatırlamakta zorlandıkları, boş bıraktıkları veya sonrasında cevaplamakta zorlandıklarına yönelik geri bildirimde bulunmaları çalışmamızın zorluğunu ve sınırlılığını ortaya koymaktadır. Travma konusuyla ilgili yapılan çalışmalarda sıklıkla karşılaşılan bu kısıtlılık, travmatik yaşam olaylarının uzun dönemdeki etkisi, yaş faktörü ve yanlış hatırlanabilirlik gibi etkenlerden dolayı bizim çalışmamızda da benzer kısıtlılığa sebep olmuştur. Bu sebeple kişisel bilgi formunda yer alan birçok soru, güvenilirliği etkileyebileceğinden dolayı bulgulara dâhil edilmemiştir. Hatırlanması zor olan veya çarpıtılmış/bozulmuş anıların çalışılmasındaki bu sınırlılık, ileriye dönük çalışmalar yapılarak en aza indirilebilir. Bu anlamda, istismar ve ihmal başta olmak üzere travma ile ilgili yapılacak gelecekteki çalışmalarda boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca veri toplama biçiminin istismarı bildirme oranını etkilediği düşünülürse gelecek araştırmalarda online veri toplanmasının daha uygun olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların çekinmeden, objektif şekilde cevap vermeleri için katılımcılara isimleri sorulmamış, herbirine kod verilmiştir. Toplumumuzda bireye yüklenen ahlaki değerler, ayıplanma korkusu sebebiyle çocukluk çağı travması cinsel istismar alt ölçeğinde yer alan sorular başta olmak üzere geçmişe ve günümüze yönelik bazı sorulara doğru şekilde cevap verilmediği düşünülmektedir. Yine aynı sebepten dolayı birçok kişi araştırmaya katıldıktan sonra içerikten dolayı çalışmadan çekilmek istediğini belirtmiş ve bu katılımcıların verileri araştırmadan çıkartılmıştır. Bunlar göz önüne alındığında araştırmanın sonuçlarının değişebileceği tahmin edilmektedir.

Araştırmada katılımcılara 28 maddelik ÇÇTÖ, 20 maddelik TAÖ ve 90 maddelik SCL-90-R uygulanmıştır. SCL-90-R ile katılımcıların eğer varsa diğer psikopatolojileri hakkında bilgi sahibi olunması hedeflenmiştir. Araştırmalar somatizasyonun depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Klinik değerlendirme ve araştırma süresince somatizasyona etken oluşturan ve eşlik eden patolojilerin varlığının göz ardı edilmemesi hastalığın seyiri, müdahale planları ve araştırmanın sonuçları açısından önem arz etmektedir (Jackson, 2016; Kandemir ve Ak, 2013; Jackson 2016). Bu sebeple katılımcılara SCL-90-R uygulanması uygun görülmüş, konu ile ilgili gelecekte çalışmalar yapılabileceği düşünülmüştür.

İstismar ve ihmalin yıkıcı etkisinin çocuğun yakını tarafından yapılıyor olması, olayın sıklığı ve sürekliliğine göre travmatik olayın sonuçlarında farklılıklar oluşturduğunu

bildiren alışmacılar (Bulut, 1996; Yılmaz ve ark., 2003) olsa da konu ile ilgili yeterince araştırma yapılmadığı dikkat çekmiştir. Literatürdeki ve TÖ'de bulunan eksiklikleri gidermek amacıyla kişisel bilgi formuna çocukluk ve ergenlikle ilgili birkaç soru eklenmiştir. Konuyla ilgili literatürdeki eksikliği gidermek ve alanyazına katkı sağlamak hedeflenilmiştir.

Bu anlamda, literatüre ve gelecek çalışmalara önemli katkıda bulunulacağı düşünülürken, bir yandan da araştırmanın uzun olması kısıtlılığa sebep olmuştur. Ölçeklerde yer alan soruların fazla olması ve yaklaşık 20 dakika sürmesi sebebiyle, katılımcılar araştırmayı tamamlamakta zorlanmışlardır. Uygulama sırasında, katılımcıların bir kısmının yorgunluk etkisinden dolayı anketleri tamamlamamış olmaları, diğer bir kısmının ise hassas sorulardan dolayı araştırmadan çekilmek istemeleri örneklem sayısında yaklaşık %10'luk bir kayba sebep olmuştur. Gelecek alışmalar için, araştırmada anonimliğe dikkat edilmesi, araştırma sorularının uzun tutulmaması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

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

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

Aktay, M. (2014). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı olarak bağlanma stilleri (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Altuntaş, B., Han, N., & Karipta, M.A. (2013). İhmal ve İstismar Mağduru Çocuklar ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. Türkiye’de Sosyal Hizmet Eğitiminde Mevcut Durum Tespitler, Diziler ve Öneriler. Kocaeli: Gündem Çocuk Derneği. sf: 199-207.

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

Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child abuse & neglect*, 36(7-8), 585-595.

Anuk, D.,& Bahadır, G. (2018). The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: a sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. *Archives of women's mental health*, 21(1), 93-103.

Aslan S.H.ve Alparslan Z.N. (2001) Bir grup üniversite öğrencisinde cinsiyet rollerine göre aleksitimik özelliklerin incelenmesi, 3P Dergisi, 9:49-55.

Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 5(3), 225.

Aydemir, Ö.,& Köroğlu, E. (2014). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 7.

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

Bach, M., Bach, D., & Zwaan, M. D. (1996). Independency of alexithymia and somatization: a factor analytic study. *Psychosomatics*, 37(5), 451-458.

Bakır, E.,& Kapucu, S. (2017). Çocuk ihmal ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansması: Bir literatür incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13-24.

Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235-240.

Baron R.M.&Kenny D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 51, No. 6, 1173-1182.

Bartholdson, O. (2001). *Corporal punishment of children and change of attitudes*. Stockholm: Context & Save the Children Sweden.

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

Bermond, B., Moormann, P. P., Albach, F., & Van Dijke, A. (2008). Impact of severe childhood sexual abuse on the development of alexithymia in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 260.

Beyazıt, U. (2015). Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye'de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.

Bulut, I. (1996). Genç anne ve çocuk istismarı. Bizim Büro.

Busch, F. N. (2014). Clinical approaches to somatization. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 419-427. doi:10.1002/jclp.22086

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

Brainerd, C. J., Stein, L. M., Silveira, R. A., Rohenkohl, G., & Reyna, V. F. (2008). How does negative emotion cause false memories?. *Psychological science*, 19(9), 919-925.

Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.

Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699–704.

Brown, T. M. (2004). Somatization. *Medicine*, 32(8), 34-35.

Brown, S., Fite, P. J., Stone, K., & Bortolato, M. (2016). Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: The role of alexithymia. *Child abuse & neglect*, 52, 20-28.

Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ., & Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 44(2), 100-106.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.

Bozbeyoğlu, A. Ç., Koyuncu, E., Kardam, F., & Sungur, A. (2010). Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye'de Enstest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1).

Burke, A., Heuer, F., & Reisberg, D. (1992). Remembering emotional events. *Memory & cognition*, 20(3), 277-290.

Cahill, C., Llewelyn, S. P., & Pearson, C. (1991). Long-term effects of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 30(2), 117-130.

Celikel, F. C., & Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of General Psychiatry*, 5(1), 13.

Christianson, S. Å., & Loftus, E. F. (1990). Some characteristics of people's traumatic memories. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 28(3), 195-198.

Cloninger, C. R., Reich, T., & Guze, S. B. (1975). The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). *The British Journal of Psychiatry*, 127(1), 23-32.

Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*, 56(4), 391-408.

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

Çermik, Ö., Çevik, A., Soykan, A., & Aksakal, O. (1999). Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 1(1), 68-78.

Çetin, Ş. (2018). Bedensel belirti bozukluğu olan hastalarda epigenetik değişiklikler, duygu tanıma ve ifade becerisi ile travmatik yaşantıların ilişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi).

Çoban, A. İ. (2013). Çocuk İhmal – İstismarında Uzmanlaşmış Koruyucu Aile Modeli. *Sosyal Hizmet Sempozyumu*.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

De Gucht, V.,& Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425-434.

Demirkapı, E. Ş. (2014). Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi).

Doğan, O. (1999). Kültür ve somatizasyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 1(1), 44-49.

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

Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., Demir, A. Ç., Bayhan, P. Ç., & Miniksar, D. Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1), 44-48.

Dubowitz, H.,& Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 369(9576), 1891-1899.

Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kisilik Özelliği Mi?. *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(30), 25.

Eray, Ş., Vural, P., & Çetinkaya, F. (2015). Ergenlerde Algılanan Duygu Dışavurumu İle Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişki.

Erdogan, A., Tufan, E., Karaman, M. G., Atabek, M. S., Koparan, C., Özdemir, E., ... & Ankaralı, H. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 55.

Evinç, G. (2018). Risk etkenleri ve psikolojik sonuçları açısından çocuğun fiziksel istismarı. *Türkiye Tabipleri Birliği*.

Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., & Oncu, F. (2009). Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *Journal of psychoactive drugs*, 41(1), 85-92.

Eyüpoğlu, H. B. (2018). Erken dönem yaşantılar, aleksitimi ve bedenselleştirme arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Şehir Üniversitesi).

Ezen, M., & Açıkgöz, A. (2017). Çocukların örselenmesine annelerin örselenme yaşantısının etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(3), 13-21.

Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child abuse & neglect*, 21(7), 617-630.

Fırat, S., İltaş, Y., & Yılmaz, Ş. B. (2016). Ruhsal ve Hukuki Yönleriyle Çocuk İstismarı Çocukların Cinsel Dokunulmazlığına Karşı Suçlar. *Akademisyen Kitabevi*.

Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338.

Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.

Gaher, R. M., Arens, A. M., & Shishido, H. (2013). Alexithymia as a mediator between childhood maltreatment and impulsivity. *Stress and Health*, 31(4), 274-280.

Glaser, D. (2008). Child maltreatment. *Psychiatry*, 7(7), 295-298.

Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.

Göker, Z., Aktepe, E., Hesapçioğlu, S. T., & Kandil, S. T. (2009). Cinsel istismar suçlusu olarak çocuk ve ergenler: Olgu serisi. *Klinik Psikiyatri*, 12, 141-146.

Gökler B, Taner Y. (2004).Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi; 35: 83-85.

Güleç, M. Y., Altıntaş, M., İnanç, L., Bezin, Ç. H., Koca, E. K., & Güleç, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 137-141.

Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J., & Sayar, K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 19(3), 214.

Güleç, H.,& Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 108-112.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.

Güner, Ş. İ., Güner, S., & Şahan, M. H. (2010). Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*, 17(3), 108-113.

Hennes, H., Kini, N., & Palusci, V. J. (2001). Chapter Three: The Epidemiology, Clinical Characteristics and Public Health Implications of Shaken Baby Syndrome. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 5(1), 19-40.

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

Hudziak, J. J., Boffeli, T. J., Kriesman, J. J., & Battaglia, M. M. (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *The American journal of psychiatry*, 153(12), 1598.

Hunca, A. N. (2015). Somatizasyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Kendilik Algısının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi. İstanbul).

Horton, C,B, ve Cruise T,K, (2001). Child Abuse and Neglect. The Guilford Press, New York.

Howe, M. L. (2007). Children's emotional false memories. Psychological Science, 18(10), 856-860.

Işık, E.,& Işık, U. (2010). Psikiyatrik Belirtili Bedensel Bozukluklar. İstanbul: Tenedoks Yayıncılık.

İmren, G., S., Ayaz, A. B., Yusufoglu, C., & Rodopman Arman, A. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri.

İlal, G., K., (1999). Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız?-Psikodinamik Değerlendirme. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry, 1(1), 27-33.

Jackson, Y. (Ed.). (2006). Encyclopedia of multicultural psychology. Sage Publications.

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. Journal of Psychosomatic Research, 63(4), 373-376.

Johnson, C.F. (2000); "Abuse and Neglect of Children". In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (16th ed). Philadelphia: WB Saunders, 110-114.

Kandemir, G.,& Ak, İ. (2013). Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 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.

Kauhanen, J. H. (1995). Dealing with emotions and health: A population study of alexithymia in middle-aged men.

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

Kemerli, B., & Çelik, T. (2015). Aleksitimi ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Journal of European Education, 5(2).

Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 3(2), 321-342.

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-Psikyatri Arsivi, 50(4), 344.

Kılıç, C. (2003). Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri: Bir gözden geçirme. Aker ve ME Önder. Psikolojik travma ve sonuçları, 51-65.

Kılıç, M. (2016). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) nin Geçerlilik Ve Güvenirliği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1(2).

Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosomatic medicine, 60(4), 420-430.

Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 35 (1-2), 183-212.

Koh, K. B. (2013). Somatization and psychosomatic symptoms (2013th ed.). DE: Springer Verlag. doi:10.1007/978-1-4614-7119-6

Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. BioPsychoSocial medicine, 6(1), 21.

- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., & Jokelainen, J. (2001). Perceived and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive psychiatry*.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Erazo, N., & Gündel, H. (2001). Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics*, 42(6), 511-518.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531-543.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Lipowski, Z. J. (1987a). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3-4), 160-167.
- Lipowski Z.J.(1987b). Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 28:296-7
- Lopes, N. R., Eisenstein, E., & Williams, L. C. (2013). Abusive head trauma in children: a literature review. *Jornal de pediatria*, 89(5), 426-433.
- Looper, K. J.,& Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584.
- Lumley, M. A. (2004). Alexithymia, emotional disclosure, and health: A program of research. *Journal of personality*, 72(6), 1271-1300.
- Lundh, L. G.,& Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of personality*, 69(3), 483-510.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 652–662. doi:10.1177/070674370404901002

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 629-635.

Mazzeo, S. E., & Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 86.

McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 437-459.

Meinck, F., Cluver, L. D., Boyes, M. E., & Ndhlovu, L. D. (2015). Risk and protective factors for physical and emotional abuse victimisation amongst vulnerable children in South Africa. *Child Abuse Review*, 24(3), 182-197.

Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B. ve Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499–507. 139.

Motan, İ. ve Gençöz, T. (2007). Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (4), 333-343.

Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *BioPsychoSocial medicine*, 1(1), 7.

Moriguchi, Y., & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: physical, affective, and social perspectives. *BioPsychoSocial medicine*, 7(1), 8.

Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *The American journal of psychiatry*, 146(2), 239.

Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and psychosomatics*.

Nemiah, J. C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 299-303.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.

Noyes Jr., R., Happel, R. L., & Yagla, S. J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, 40(6), 461-469.

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).

Özcan, Y. D. (2001). Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler (Psikosomatik Bozuklar). *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.

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.

Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Suppl 2), 131-136.

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

Özdemir, N., Güreş, A., & Güreş, Ş. (2011). Oryantring sporcularında aleksitimi ve yalnızlık düzeyinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Atabesbd*, 13(3), 27-34.

Özgentürk, İ. (2014). Çocuk istismarı ve ihmali. *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 265-278. doi: 10.14687/ijhs.v11i1.2943

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

Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child abuse & neglect*, 28(3), 339-354.

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive psychiatry*, 30(5), 434-441.

Pasini, A., Delle Chiaie, R., Seripa, S., & Ciani, N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 42-46.

Pelcovitz D, Kaplan SJ, 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*, Vol. 15, No. 4, 375-389.

Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.

Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A. L. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of selfreport screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of psychosomatic research*, 42(3), 245-252.

Polat O. (2001). *Çocuk ve Şiddet*. İstanbul: Der Yayınları, 138-150.

Polat O. (2007). *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 2: Önleme ve Rehabilitasyon*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2007.s: 257-273.

Polat, O. (2016). Şiddet. URI: <http://hdl.handle.net/11424/5852>

Polat, O. (2018). *Türkiye’de Çocuk İstismarı Raporu-2*. İstanbul. URI: http://imdat.org/wp-content/uploads/2018/04/RAPOR-%C3%87OCUK-%C4%B0ST%C4%B0SMARI-tam_v2_cleancopy.pdf

Poletti, M., Frosini, D., Pagni, C., Claudio, L., Paolo, D. D., Roberto, C., & Bonuccelli, U. (2012). Alexithymia Is Associated With Impulsivity in Newly-Diagnosed, Drug-Naïve Patients With Parkinson’s Disease: An Affective Risk Factor for the Development of Impulse-Control Disorders. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 24(4), E36-E37.

Republic of Turkey Prime Ministry Social Services and Child Protection Agency & UNICEF Turkey (2010). *Study on Child Abuse and Domestic Violence in Turkey*

/Summary Report. URI: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-eng.pdf>

Richardson, R. D., & Engel Jr, C. C. (2004). Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *The neurologist*, 10(1), 18-30.

Rickles, W. H. (1986). 17 Self Psychology and Somatization: An Integration with Alexithymia. *Progress in self psychology*, 2, 212-226.

Robbins, J. M., Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological medicine*, 21(04), 1029-1045.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of general psychiatry*, 41(10), 949-958.

Rost, K. M., Akins, R. N., Brown, F. W., & Smith, G. R. (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14(5), 322-326.

Sadock, B. J., Sadock, & V. A., (2016). Kaplan & sadock psikiyatri: Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ali Bozkurt. (11. baskı. ed.). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.

Saka, E. (2004). Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca karara bağlanmış çocuk ölümlerinin ÇİVİ açısından incelenmesi, (Uzmanlık Tezi, İstanbul).

Sar, 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*.

Sarı, H. Y., Ardahan, E., & Öztornacı, B. Ö. (2016). Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 501-511.

Sayar, K., & Ak, I. (2001). The predictors of somatization: A review. *Bull Clin Psychophar*, 11, 266-271.

- Shalev, A. Y., & Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1188-1191.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(4), 193-201.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 137.
- Smith, A. M., & Flannery-Schroeder, E. C. (2013). Childhood emotional maltreatment and somatic complaints: the mediating role of alexithymia. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 6(3), 157-172.
- Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., ... & Akşit, S. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Ped Arş*, 49, 47-56.
- Soylu, N., Şentürk, B. P., Ayaz, M., & Sönmez, S. (2012). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(13), 292-298.
- Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2008). Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 335-341.
- Stuart-Hamilton, I. (2007). *Dictionary of psychological testing, assessment and treatment*. Jessica Kingsley Publishers.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57*.
- Sungur MZ. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri* ;2: 105-108.

Swartz, M., Blazer, D., Woodbury, M., George, L., & Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a US Southern community: Use of a new procedure for analysis of medical classification. *Psychological Medicine*, 16(3), 595-609.

Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2271-2276.

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

Şaşıoğlu, M., Güloğ, Ç., & Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı / The Concept of Alexithymia. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(5), 507.

Şener, Ö. (2018). Duygu ahrazlığı (Aleksitimi) yaşayan üniversite öğrencilerinin duygu ifadeleri ve spontanlıkları üzerine psikodramanın etkisi. (Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi)

Şenkal, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi).

Şenkal, İ., & Palabıyıkoglu, R. (2015). Çocukluk Çağı Travmaları ve Aleksitimi.

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

Taner, H. A., Çetin, F. H., Işık, Y., & İşeri, E. (2015). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16, 294-300.

Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*.

Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134–142. doi:10.1177/070674370004500203

Taylor, G. J.,& Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.

Taylor, G. J.,& Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the american psychoanalytic association*, 61(1), 99-133.

Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F. ve Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (5), 311-316.

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

Turan, A. & Traş, Z. (2016). Çocuk ihmal ve istismarı. *Eğitimden Psikolojik Yansımalar*, Konya: Çizgi Kitabevi.

Türkmen, S. N., Sevinç, İ., Kırılı, Ö., Erkul, I., & Kandemir, T. (2017). Cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının profilleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2017; 7(3):197-202. DOI:10.5222/buchd.2017.197

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2012). Risk and Child Protection. URI: <http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=22&dil=en&d=1> Erişim tarihi: 28.04.2019.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, New York. ISBN: 978-92-806-4919-2.

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

Van Der Kolk, B. A.,& Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505–525.

Vatansever Ü, Duran R, Yolsal E, Aladağ N, Öner N, Biner B et al. (2004). Pediatrik acilde çocuk istismarı ve ihmali olasılığını akılda tutalım. *Türk Pediatri Arşivi*. 39:120-4.

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

Wingenfeld, K., Riedesel, K., Petrovic, Z., Philippsen, C., Meyer, B., Rose, M., ... & Spitzer, C. (2011). Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional Stroop task. *Journal of psychosomatic research*, 70(1), 53-58.

World Health Organisation (WHO). (2019). Child Malterentment. URI: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/Child_maltreatment_infographic_EN.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 28.04.2019

Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., ... & Peng, H. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of affective disorders*, 228, 41-48.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., & Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 295-298.

Yolcu, H., (2011). İstismara uğramış çocuğa eğitim ortamında yaklaşım: rehber öğretmenin rolü. *Eğitim Bilim Toplum*, Vol. 7, Issue 25, 2011.

Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (4), 423-433.

Yöyen, E. G. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-282.

Yücel, D. (2014). Çocukluk çağı istismar yaşantılarının genç yetişkinlik dönemindeki bağlanma süreçleri, psikopatolojik semptomlar, ilişki yeterlilikleri ve aşk tutumları ile ilişkilerinin incelenmesi (Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul).

Zahn-Waxler, C., Shirlcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 275-303.

Zeren, C., Yengil, E., Çelikel, A., Arık, A., & Arslan, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 39(4).

Zeytinoğlu, S. (1991). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların, Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. *Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği*, Ankara.

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.

EKLER

EK – A BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Çocukluk Çağı Travmasının Somatizasyon İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü” Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı, çocukluk çağı travmalarının (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün olup olmadığını incelemektir.

Anketi tamamlamanız yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Araştırma için sizden beklentimiz, formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun olan yanıtları vermenizdir. Araştırmaya katılmak gönüllük esasına dayanır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Araştırmada isminiz sorulmayacaktır. Araştırma sonunda kişisel sonuçlarınıza ulaşmak isterseniz katılımcı kodu kısmına isminizi yazarak, araştırmacıdan bilgi alabilirsiniz. Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda bilimsel amaçla kullanılacaktır. Eğer araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırma ile ilgili bir sorunuz olursa, aşağıda belirtilen iletişim adresi üzerinden araştırmacıya çekinmeden sorabilirsiniz.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız, lütfen aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda Psikolog Nesibe BAYLAN tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Kodu:

Araştırmacının Adı Soyadı: Nesibe Baylan

Telefon:

İletişim: baylan.nesibe@yandex.com

İmza:

EK- B**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Lütfen aşağıda istenilen bilgileri yazınız ve seçenekli sorularda size uygun olan seçeneğin yanındaki () ile gösterilen alana X işareti koyarak belirtiniz.

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz:
 Kadın
 Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 Evli
 Bekâr
 Diğer
4. Eğitiminiz:
 Okur-yazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite öğrencisi
 Üniversite
 Yüksek lisans öğrencisi
 Yüksek lisans ve üstü mezunu
5. Mesleğiniz / Okuyor iseniz bölümünüz: _____
6. Çocukluğunuzun büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:
 Köy
 İlçe
 Şehir
 Büyük Şehir
7. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer:
 Köy
 İlçe
 Şehir
 Büyük Şehir
8. Anneniz: Hayatta Hayatta değil
Hayatta değil ise kaç yaşınızdayken kaybettiniz: _____
9. Babanız: Hayatta Hayatta değil
Hayatta değil ise kaç yaşınızdayken kaybettiniz: _____
10. Anne ve babanız:
 Beraber
 Ebeveynlerden birinin vefatı
 Boşanmış Siz kaç yaşınızdayken boşandılar: _____
 Ayrı yaşıyorlar Siz kaç yaşınızdayken ayrı yaşamaya başladılar: _____

11. Annenizin eğitim durumu:

- Okur- yazar değil
- Okur- yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Yüksek lisans ve üstü mezunu

12. Babanızın eğitim durumu:

- Okur- yazar değil
- Okur- yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Yüksek lisans ve üstü mezunu

13. Size göre gelir seviyeniz:

- Düşük
- Orta
- İyi
- Çok iyi

14. Şimdi ya da önceden herhangi bir psikiyatrik/ psikolojik tedavi gördünüz mü?

- Evet Hayır Evet ise rahatsızlığın ismini belirtiniz: _____

15. Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan var mıdır?

- Var Yok Var ise ismini belirtiniz: _____

16. Bedensel yakınmalar (vücudunuzda hissetmiş olduğunuz ağrı, yanma, sızı vb. şikâyetler) sebebiyle ne sıklıkla doktora başvurursunuz?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

17. Çocukluğunuzda bedensel yakınmalarınız sebebiyle ne sıklıkla doktora götürülürdünüz?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

18. Çocukluğunuzda / ergenliğinizde fiziksel, duygusal, cinsel ya da ekonomik şiddetten herhangi birine maruz kaldığınız oldu mu?

Evet Hayır

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla ilk kaç yaşınızdayken maruz kaldınız: _____

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla bu durum ne kadar süre devam etti: ___ yıl / ___ ay___

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla ne sıklıkta maruz kaldınız:

- Her gün
- Haftada bir
- Ayda bir
- 2-3 ayda bir
- Yılda bir
- Çok çok nadir

19. Çocukluğunuzda / ergenliğinizde başka birisinin fiziksel, duygusal, cinsel ya da ekonomik şiddetten herhangi birine maruz kaldığına tanık oldunuz mu?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ilk kaç yaşınızdayken tanık oldunuz: _____

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla bu durum ne kadar süre devam etti: ___ yıl / ___ ay___

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla ne sıklıkta tanık oldunuz:

- Her gün
- Haftada bir
- Ayda bir
- 2-3 ayda bir
- Yılda bir
- Çok çok nadir

20. Hatırladığınız kadarıyla anne babanız birbirlerine fiziksel, duygusal, cinsel ya da ekonomik şiddetten herhangi birini uygulardı mıydı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise, ilk kaç yaşınızdayken tanık oldunuz: _____

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla bu durum ne kadar süre devam etti: ___ yıl / ___ ay___

Evet ise, hatırladığınız kadarıyla ne sıklıkta tanık oldunuz:

- Her gün
- Haftada bir
- Ayda bir
- 2-3 ayda bir
- Yılda bir
- Çok çok nadir

EK- C ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ)

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

Çocukluğum ya da ilk gençliğimde...		Hiçbir zaman	Nadir en	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1.	Evde yeterli yemek olmadığında aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.	Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3.	Ailemdkiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4.	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5.	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6.	Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7.	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8.	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9.	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10.	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11.	Ailemdkiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12.	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13.	Ailemdkiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14.	Ailemdkiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15.	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5

16.	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17.	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.	Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi.	1	2	3	4	5
20.	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.	Kendisiyle cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24.	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK- D TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

		Hiç bir Zam an	Nadir en	Baz en	Sık sık	Her zam an
1.	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2.	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3.	Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	1	2	3	4	5
4.	Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5.	Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlenmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6.	Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7.	Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8.	Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
9.	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10.	İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	1	2	3	4	5
11.	İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12.	İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13.	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14.	Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15.	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16.	Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17.	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18.	Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19.	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20.	Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

EK- E BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL- 90- R)

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça Fazla	İleri Derecede
1	Baş ağrısı	0	1	2	3	4
2	Sinirlilik ya da içinin titremesi	0	1	2	3	4
3	Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoşla gitmeyen düşünceler	0	1	2	3	4
4	Baygınlık veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5	Cinsel arzu ve ilginin kaybı	0	1	2	3	4
6	Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	0	1	2	3	4
7	Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri	0	1	2	3	4
8	Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	0	1	2	3	4
9	Olayları anımsamada güçlük	0	1	2	3	4
10	Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	0	1	2	3	4
11	Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	0	1	2	3	4
12	Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
13	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	0	1	2	3	4
14	Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	0	1	2	3	4
15	Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	0	1	2	3	4
16	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	0	1	2	3	4
17	Titreme	0	1	2	3	4
18	Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	0	1	2	3	4
19	İştah azalması	0	1	2	3	4
20	Kolayca ağlama	0	1	2	3	4
21	Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4

22	Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	0	1	2	3	4
23	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	0	1	2	3	4
24	Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	0	1	2	3	4
25	Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	0	1	2	3	4
26	Olanlar için kendini suçlama	0	1	2	3	4
27	Belin alt kısmında ağrılar	0	1	2	3	4
28	İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	0	1	2	3	4
29	Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30	Karamsarlık hissi	0	1	2	3	4
31	Her şey için çok fazla endişe duyma	0	1	2	3	4
32	Her şeye karşı ilgisizlik hali	0	1	2	3	4
33	Korku hissi	0	1	2	3	4
34	Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali	0	1	2	3	4
35	Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	0	1	2	3	4
36	Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
37	Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	0	1	2	3	4
38	İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma	0	1	2	3	4
39	Kalbin çok hızlı çarpması	0	1	2	3	4
40	Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
41	Kendini başkalarından aşağı görme	0	1	2	3	4
42	Adale (kas) ağrıları	0	1	2	3	4
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
44	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
45	Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	0	1	2	3	4
46	Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
47	Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	0	1	2	3	4
48	Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4

49	Soğuk veya sıcak basması	0	1	2	3	4
50	Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu	0	1	2	3	4
51	Hiçbir şey düşünememe hali	0	1	2	3	4
52	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	0	1	2	3	4
53	Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	0	1	2	3	4
54	Gelecek konusunda ümitsizlik	0	1	2	3	4
55	Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	0	1	2	3	4
56	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
57	Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59	Ölüm ya da ölme düşünceleri	0	1	2	3	4
60	Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61	İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62	Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	0	1	2	3	4
63	Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması	0	1	2	3	4
64	Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
65	Yıkama, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali	0	1	2	3	4
66	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
67	Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	0	1	2	3	4
68	Başkalarının paylaşımını kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
69	Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	0	1	2	3	4
70	Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
71	Her şeyin bir yük gibi görünmesi	0	1	2	3	4
72	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
73	Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4

74	Sık sık tartışmaya girme	0	1	2	3	4
75	Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	0	1	2	3	4
76	Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	0	1	2	3	4
77	Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
78	Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	0	1	2	3	4
79	Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80	Size kötü bir şey olacakmış duygusu	0	1	2	3	4
81	Bağırma ya da eşyaları fırlatma	0	1	2	3	4
82	Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	0	1	2	3	4
83	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
84	Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
85	Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86	Korkutucu türden düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87	Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88	Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama	0	1	2	3	4
89	Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90	Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Nesibe Baylan 1993 yılında Şanlıurfa’da doğdu. 2012 yılında Işık Üniversitesi Psikoloji (İngilizce) bölümünü yarı burslu kazandı. Lisans eğitimi süresince Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Nilüfer Ek Binasında 3 farklı dönemde klinik stajı yapma imkânı buldu. Lisans eğitimini yarı dönem erken tamamlayarak, 2017 Şubat ayında mezun oldu. 2017 Eylül ayında Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji yetişkin alt alanında yüksek lisans eğitimine başladı. Aynı dönem İstanbul’da özel bir okulda çalışmaya başladı. Yüksek lisans eğitiminin son senesinde İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde stajlarını tamamladı. Dr. Öğr. Üyesi Vicdan Yücel ve Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel süpervizyonluğunda danışan gördü.