

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİSOSİYATİF YAŞANTILAR,
TRAVMA VE ÖLÜM ANKSİYETESİ: YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA.**

Murat BOYSAN
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hayrettin KARA

VAN-2005

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİSOSİYATİF YAŞANTILAR, TRAVMA
VE ÖLÜM ANKSİYETESİ : YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİ
ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA.

Murat BOYSAN
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İmza

Prof. Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN

Jüri Başkanı



İmza

Doç. Dr. Ömer ANLAR

Üye



İmza

Yrd. Doç. Dr. Temel TOMBUL

Üye



TEZ KABUL TARİHİ
24/03/2005

TEŞEKKÜR

Deneyimi ve olguları formülasyondaki yeteneğiyle bana bu çalışmada esin kaynağı olan danışmanım Prof. Dr. Hayrettin Kara' ya katkılarından ve desteğinden ötürü teşekkürü bir borç bilirim. Sahip olduğu bilimsel nosyon, akademik birikim, uluslararası deneyim, yoğun ve titiz çalışma üslubuyla kendime her zaman örnek almaya çalışacağım Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün' le aynı kliniği paylaşmış olmanın onurunu taşıyorum. Eğitim sürecinde bana göstermiş oldukları ilgi ve vermiş oldukları destekten dolayı Uzman Psikolog Songül Gündoğdu ve klinikte uzmanlık eğitimlerini tamamlamakta olan asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Beni bu alanda çalışmam konusunda yüreklendiren ve hiçbir zaman desteklerini eksik etmeyen sevgili anneciğime ve kardeşim Sibel Boysan' a en derin sevgilerimle birlikte teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay	II
Teşekkür	III
İçindekiler	IV
Simgeler ve Kısaltmalar	VI
Tablolar	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Travma	3
2.1.1. Travma ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar	5
2.1.2. Travma ile ilişkili risk faktörleri	6
2.1.3. Travma ve hafıza	7
2.2. Disosiyasyon	12
2.2.1. Disosiyasyonun prevelansı	13
2.2.2. Disosiyasyon ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar	14
2.2.3. Disosiyasyona ilişkin nozolojik sınıflamalar	15
2.2.4. Disosiyasyon ve travma	17
2.2.5. Disosiyasyon ve gelişim kuramları	19
2.2.6. Disosiyasyon ve hipnoz	22
2.2.7. Disosiyasyon ve ölüme yaklaşma deneyimi	24
2.3. Anksiyete Kavramı	26
2.4. Ölüm Anksiyetesi	31
2.4.1. Ölüm kavramı	31
2.4.2. Ölüm Kavramına İlişkin Kuramsal Açılımlar	32
2.4.3. Ölüm kaygısı	37
2.5. Depresyon	42
2.6. İntihar	44
2.6.1. İntihar ve travma	46
2.6.2. İntihar ve disosiyasyon	48
3. MATERYAL VE METOT	51
3.1. Veri Toplama Materyali	51
3.2. Veri Toplama Metodu	53
3.3. İstatistik Analizler	55
4. BULGULAR	56
4.1. Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine İlişkin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması	56
4.2. Travmatik Yaşantılar Soru Formuna İlişkin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması	57
4.3. Sosyodemografik Bulgular	59
4.4. Cinsiyet	62
4.5. Travma	66
4.6. Disosiyasyon	69
4.7. Ölüm Kaygısı	73
4.8. Durumluk Ve Sürekli Kaygı	76
4.9. Depresyon	83
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	87
ÖZET	93
SUMMARY	94
KAYNAKLAR	95
ÖZGEÇMİŞ	107
EKLER	108
Ek-1. Genel Bilgi Formu	108
Ek-2. Travmatik Yaşantılar Soru Formu	109
Ek-3. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)	110

Ek-4. Ölüm Kaygısı Ölçeği (DAS)	112
Ek-5. Durumluk Kaygı Envanteri	113
Ek-6. Sürekli Kaygı Envanteri	114
Ek-7. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	115

SİMGELER LİSTESİ

χ^2	: Ki-kare katsayısı
P	: Olasılık değeri
r	: Korelasyon katsayısı
N	: Kişi sayısı
sd	: Serbestlik derecesi
$\bar{X}$	: Ortalama
$S_{\bar{X}}$	: Hatanın standart sapması
t	: T katsayısı
F	: F katsayısı
ΔR^2	: Determinasyon katsayısı
β_0	: Regresyon sabiti
β_1	: Standardize edilmemiş regresyon katsayısı
B	: Standardize edilmiş regresyon katsayısı

KISALTMALAR LİSTESİ

TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
MD	: Majör depresyon
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
DES	: Disosiyatif yaşantılar ölçeği
DAS	: Ölüm kaygısı ölçeği
STAI	: Durumluk-sürekli kaygı envanteri
BDE	: Beck depresyon envanteri
KR-20	: Kuder Richardson-20

TABLOLAR LİSTESİ

			Sayfa
1.	Tablo 4.3.1.	Cinsiyet ve Yaş İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	59
2.	Tablo 4.3.2.	İkamet Edilmekte Olan Yere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.....	59
3.	Tablo 4.3.3.	Medeni Duruma İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	59
4.	Tablo 4.3.4.	Aile İle Birlikte Çoğunlukla Yaşanılmış Olan Yere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	60
5.	Tablo 4.3.5.	Deneklerin Kendileriyle Birlikte Kardeş Sayılarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	60
6.	Tablo 4.3.6.	Ekonomik Duruma İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	60
7.	Tablo 4.3.7.	Ekonomik Duruma Göre İkamet Edilen Yere İlişkin Yüzdelik Dağılımlar	61
8.	Tablo 4.3.8.	Demografik Göstergelere İlişkin Spearman Brown Korelasyon Tablosu ...	61
9.	Tablo 4.4.1.	Cinsiyete Göre Yaş Ortalamaları Arasında Yapılan T-Testi Tablosu	62
10.	Tablo 4.4.2.	Cinsiyete Göre İkamet Edilen Yerlere İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu	63
11.	Tablo 4.4.3.	Cinsiyete Göre Kardeş Sayılarına İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu	64
12.	Tablo 4.4.4.	Cinsiyete Göre Ekonomik Duruma İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu	64
13.	Tablo 4.4.5.	Cinsiyete Göre Geçmişte Ruhsal Rahatsızlık Geçirme Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu	65
14.	Tablo 4.4.6.	Cinsiyete Göre Geçmişte İntihar Girişiminde Bulunma Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu	65
15.	Tablo 4.4.7.	Geçmişte Ruhsal Rahatsızlık Geçirmiş Olanlara Göre İntihar Girişiminde Bulunma Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu ..	65
16.	Tablo 4.5.1..	Cinsiyete Göre Geçmişte Travmatik Yaşantılar Geçirme Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu	66
17.	Tablo 4.5.2	Travma Çeşitleri Ve Bunların Aralarındaki Etkileşime Göre Cinsiyetler Arasındaki Yüzdelik Dağılım Tablosu	67
18.	Tablo 4.5.3.	Geçmişte Yaşanmış Travma Çeşitleri Ve Sosyodemografik Göstergeler Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	67
19.	Tablo 4.5.4.	Travma Çeşitleri Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	68
20.	Tablo 4.6.1.	Cinsiyete Göre DES Ortalamalarına İlişkin T-Testi Tablosu	69
21.	Tablo 4.6.2.	Travma Çeşitlerine Göre DES Ortalamalarına İlişkin Varyans Analizi Tablosu	69
22.	Tablo 4.6.3.	Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre DES Puanlarının Ortalamalarına İlişkin Varyans Analiz Tablosu	70
23.	Tablo 4.6.4.	DES Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu	70
24.	Tablo 4.6.5.	Yaş, Ölüm Kaygısı, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ve Depresyon Puanları İle Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanları Arasında Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Tablosu	71
25.	Tablo 4.6.6.	DES Puanlarıyla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	72
26.	Tablo 4.6.7.	Medeni Duruma Göre DES Ortalamaları Arasında Yapılan Varyans Analizi Tablosu	72
27.	Tablo 4.7.1.	Cinsiyete Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ortalamalarına İlişkin T-Testi Tablosu	73
28.	Tablo 4.7.2.	Travma Çeşitlerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ortalamalarına İlişkin Varyans Analizi Tablosu	73

29.	Tablo 4.7.3.	Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğine İlişkin Varyans Analiz Tablosu	74
30.	Tablo 4.7.4.	Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu	74
31.	Tablo 4.7.5.	Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ve Depresyon Puanları İle Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları Arasında Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Tablosu	75
32.	Tablo 4.7.6.	Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	75
33.	Tablo 4.8.1.	Cinsiyete Göre Durumluk Kaygı Ölçeğinin Ortalamalarına İlişkin T-Testi Tablo	76
34.	Tablo 4.8.2.	Travma Çeşitlerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu	76
35.	Tablo 4.8.3.	Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analiz Tablosu	77
36.	Tablo 4.8.4.	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu	77
37.	Tablo 4.8.5.	Durumluk Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	78
38.	Tablo 4.8.6.	Ekonomik Duruma Göre Durumluk Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu	78
39.	Tablo 4.8.7.	Cinsiyete Göre Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin T-Testi Tablosu	79
40.	Tablo 4.8.8.	Travma Çeşitlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu	79
41.	Tablo 4.8.9.	Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analiz Tablosu	80
42.	Tablo 4.8.10.	Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu	80
43.	Tablo 4.8.11.	Örneklem Grubunun Durumluk Kaygı Ölçeği Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Arasında Yapılan T-Testi Tablosu	80
44.	Tablo 4.8.12.	Sürekli Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	81
45.	Tablo 4.8.13.	Medeni Duruma Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analiz Tablosu	81
46.	Tablo 4.8.14.	Ekonomik Duruma Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu	82
47.	Tablo 4.9.1.	Cinsiyete Göre Depresyon Ölçeğine İlişkin T-Testi Tablosu	83
48.	Tablo 4.9.2.	Travma Çeşitlerine Göre Depresyon Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu	83
49.	Tablo 4.9.3.	Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Depresyon Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu	84
50.	Tablo 4.9.4.	Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu	84
51.	Tablo 4.9.5.	Medeni Duruma Göre Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu	84
52.	Tablo 4.9.6.	Çoğunlukla Kalınan Yere Göre Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu	85
53.	Tablo 4.9.7	Ekonomik Duruma Göre Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu	85

1. GİRİŞ

Psikiyatri modern tıbbın bir dalı olmakla beraber hem kuramsal hemde uygulama açısından modern tıpla sınırlandırılmaz. Diğer tıbbi dallarla iç içe ve bağlantılı olması yanında onlardan çok farklı bir nosyona da sahiptir. Çalışma alanı olarak insanoğlunun ruhsal yapısını ve bu yapıya ilişkin rahatsızlıkları konu edinen psikiyatri disiplini, insanı daha çok yerleşik yapılar şeklinde kavramlaştırmaya çalışan pozitif bilimin öngörülerinin yanı sıra, felsefe, din, sosyoloji, antropoloji ve psikolojinin nispeten daha perspektivist ve hipotetik bakış açılarını da içine alacak şekilde, insanı anlama iddiası taşıyan, disiplinler arası bir bilim dalıdır. Bağlamının genişliği, insanoğlunun karmaşıklığıyla doğru orantılıdır. Bu anlamda psikiyatri biliminin insanoğlunun ruhsal yapısına, bu yapının bozukluklarına ve sağaltımına ilişkin öngörülerinin, her zaman için dönemin tarihsel özelliklerine bağlı olarak, toplumların bilime ilişkin bakış açısından, kültürel yapıdan ve ilişkili olduğu bilimsel disiplinlerdeki gelişmelerden etkilenecek şekil değiştirmesi kaçınılmaz bir olgudur. Aslında bu durum insanoğlunun gerçeğini arayan bütün bilim dalları için geçerli bir koşuldur.

Psikiyatri biliminin gelişim süreci içinde, bilimsel bakış açılarındaki değişimlerden belki de en fazla etkilenmiş olan olgu disosiyasyondur. İlk başlarda histeri spektrumu içinde çok geniş bir yelpazede ele alınan disosiyatif bozuklukların, fantastik nitelikleri ve pozitif bilimin kabullenilmesini ve açıklamasını güç bulduğu pek çok fenomeni içermesi nedeniyle, uzunca bir dönem psikiyatrik araştırma literatürden dışlandıkları görülmektedir. Ancak günümüzde nörobiyolojik araştırmaların katkılarıyla da birlikte, patolojik ve patolojik olmayan düzeyleriyle disosiyatif yaşantıların günlük yaşam içinde ve psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte yaygın olarak deneyimlendiği kabul edilmektedir. Bununla beraber, disosiyatif spektrum ve disosiyasyonun travma ile ilişkili çözümlemesini yapan kuramsal yaklaşımlar üzerine bilim çevrelerinde yoğun tartışmalar ve araştırmalar bütün hızıyla sürmektedir.

Kanada'nın Winnipeg şehrinde normal nüfus üzerinde yapılan bir çalışma, disosiyatif yaşantıların görülme sıklığını %12.8 olarak bildirmiştir (1). Farklı kültürlerde yapılan araştırmalar disosiyatif yaşantılara toplumda beklenenden çok daha yaygın bir şekilde rastlandığını göstermektedir. Disosiyatif yaşantıların yoğunluğuyla geçmişte yaşanmış olan travmalar arasında önemli bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir.

DSM-IV travmayı, kişinin gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır yaralanma yada kendisinin yada başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş yada böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlamaktadır. Kişi olay karşısında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamıştır (2). Kişinin yaşadığı travma sırasında algılanan veya gerçekte varolan ölüm tehlikesinin, olay sonrasında gelişen psikiyatrik semptomların önemli bir belirleyicisi olduğunu bilinmektedir (3). Travma, ölüm korkuları ve disosiyasyon arasında bu denli yakın ilişkilerin vurgulanıyor olmasına karşın, literatürde travma sonrasında kişilerin ölüm korkuları ve disosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların sayısı çok yetersizdir. Yüzüncü Yıl Üniversitesi lisans öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirilmiş olan bu araştırmayla, gelişim dönemi olarak ergenlik ve erken yetişkinlik evrelerini kapsayan ve dönemler arası geçiş özelliği taşıyan üniversite çağında, disosiyatif yaşantıların gençler tarafından hangi yoğunlukta yaşandığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Yine pek çok araştırmayla aralarında yakın ilişki olduğu bildirilen travmatik yaşantılar ve disosiyasyon arasındaki ilişkilerin yanı sıra, geçmişte yaşanmış olan farklı türden travmalar arasındaki farklar da disosiyatif yaşantıların yoğunluğu bakımından irdelenecektir. Çalışmanın bir diğer önemli yönü de, ölüm korkuları ve çaresizlik duygularıyla belirli olan geçmişte yaşanmış olan travmalar ve kişilerin halihazırda bildirdikleri ölüme ilişkin korku ve kaygılar arasındaki ilişkilerin araştırma kapsamında ele alınıyor olmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

DSM-IV travmayı, kişinin gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır yaralanma yada kendisinin yada başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş yada böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlamaktadır. Kişi olay karşısında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamıştır (2). ICD-10' a göre travma, kişiyi tehdit eden yada yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olay yada duruma karşı, gecikmiş yada uzamış olarak ortaya çıkan uzun yada kısa süreli bir yanıttır. Bu olay hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek niteliktedir (örneğin, doğal yada insanların neden oldukları yıkımlar, savaş, ciddi kazalar, başkalarının vahşi bir biçimde öldürülmesine tanık olmak, işkence, terör tecavüz veya benzer saldırıların kurbanı olmak) (4). Travma kişi için beklenmeyen, günlük yaşam streslerinin çok üstünde etkisi olan ve en önemlisi kontrol dışı bir durumdur. Bununla beraber, travmanın niteliği ve kişide ortaya çıkardığı biyolojik ve psikolojik görünimleri, kişiye göre farklılaşan özellikler taşımaktadır.

Aile içinde yaşanan travmatik deneyimlerle ilişkili başlıca kategoriler duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel suistimal, cinsel suistimal, duygusal suistimal başlıkları altında ele alınmaktadır (5, 6). Travmayla ilişkili araştırmalarda özellikle kategoriler arasında ayırım yapma konusunda sorunlar yaşandığı görülmektedir. Pek çok çalışmada travma, araştırmacıların öznel algısına göre kavramlaştırılıp ele alınmaktadır. Yine geçmişte yaşanmış olan pek çok olumsuz olayın iç içe geçmiş olduğu ve bu durumların analitik ayırımındaki zorluklar etkin psikometrik tespitler yapabilme konusunda karşımıza çıkan güçlükler arasında sayılabilir. Bununla birlikte, yaşanmış olan travmatik durumların şiddetini ve ne ölçüde devamlılık gösterdiğini belirlemeye ilişkin zorluklar da bulunmaktadır (7)

Kira (8) travma çeşitlerini iki temel başlık altında sınıflandırmaktadır. Bunlardan ilki kişisel işlev alanıyla ilişkili olarak yapılandırılmış beş kategoriye içermektedir:

1.Bağlanma Travması: Çocuğun bakıcısıyla kurduğu ilk ilişki, duygusal ve biyolojik gelişimin alt yapısını oluşturan temeli oluşturur. Bu anlamda kişinin yaşamına başladığı ilk yıllardan itibaren güvenli içsel yapılarını kuracak olan bağlanma

ilişkisinde, örseleyici deneyimler yaşaması veya bağlanma nesnesinin kaybı, bu beş kategori içinde belki de etkileri en uzun süren ve atlatılması bir o kadar güç olan olumsuz yaşam olaylarıdır.

2.Özerklik, kimlik ve bireyselleşme travması: Özellikle ergenlik çağında kişinin gelişiminin kritik bir aşaması olarak, kimlik duygusunun kazanılması ve yetişkinlerin dünyasında bir yer edinebilmenin bir ön koşulu olarak özerk kararlar alabilme yetisinin kazanılabilmesi önemlidir. Kişinin yaşamında bir şekilde kimlikteki tutarlılıkta ve süreklilikte dağınıklığa yol açabilecek, özerklik duygusunu zedeleyici olumsuz deneyimler bu kategoride ele alınmaktadır. Bu başlık altında cinsel ve fiziksel taciz, aile içi şiddet, tecavüz, esir düşmek ve soy kırım yer almaktadır.

3.İletişimsizlik Travması: Sosyal etkileşimin kişinin ruhsal sağlığı üzerinde ne denli önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Sosyal statü, ait olma hissi ve yaşamın anlamına dair kişiye güven veren sürekli bir sosyal etkileşimden mahrum kalma durumu, bu kategori içinde ele alınmaktadır.Bu duruma örnek olarak, sürekli okul veya şehir değiştirme, ekonomik statü kaybı sonucu sosyal çevrenin kaybedilmesi v.b.gibi durumlar gösterilebilir.

4. Kendini Gerçekleştirme Travması: Bireyin toplum içindeki davranışlarının pek çoğu, kendini gerçekleştirmeye ve bu anlamda koyduğu hedeflere ulaşmaya yönelik olduğu düşünülmektedir. Bu başlık altında, işsizlik, hedeflenen amaçların gerçekleştirilememesi, parasal kayıplar örnek olarak verilebilir.

5.Yaşamsal Travma: Doğrudan veya dolaylı olarak kendiliğin veya önemli bir kişinin yaşamına yönelik bir tehdidin algılandığı durumlardır. Savaşa katılma veya çatışmaya şahit olmak, vurulmak, intihar girişimi, saldırıya uğrama, araba kazası, doğal afet gibi yaşam olayları bu kategori içinde ele alınmaktadır.

Kira (8)' nin travmatik durumlarla ilişkili olarak yapmış olduğu taksonomi de ikinci ana başlığı, travmanın algılanan niteliğine göre belirlenmiş iki kategori oluşturmaktadır: algılanan travma ve gerçekte yaşanmış olan travmatik durumlar. Tery (9)' nin literatüre ilişkin taramasında, aniden ortaya çıkan ve bir veya birkaç defaya mahsus olarak karşılaşılan travmatik durumlar tip I ve yaşamın bir döneminde süregelen olarak yaşanmış, kronik travmalar tip II travmalar başlığı altında tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır.

Bu araştırmada çalışmaya katılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin geçmişte yaşadıkları travmatik yaşam olayları, gelişim dönemlerine ve tipine ilişkin bir ayırım yapılmadan araştırılacaktır. Travmatik olaylara ilişkin ayırım yapılırken, geçmişte yaşanmış olan kaza ve doğal afetler genel travma, kişi yi korku ve çaresizlik duygularına sürükleyen istem dışı cinsel deneyimler cinsel travma ve kişinin ölüm tehlikesini hissettiği, korkuyu ve çaresizliği yaşadığı fiziksel saldırı veya tehdit durumları fiziksel travma başlıkları altında ele alınmıştır.

2.1.1.Travma ile ilişkili psikiyarik bozukluklar

Doğal afet veya kazalar (deprem veya yangın gibi), geniş ölçekli sosyal felaketler (savaş gibi), medikal travmalar (stroke gibi) ve kişisel felaketler (tecavüz, fiziksel saldırı gibi) psikolojik travmaya neden olabilmektedirler. En son kategoride ele alınan travmatik yaşantılar kişiler arası travma olarak kavramlaştırılmaktadır (6). Hartmann (10) yaşanan travmalar sonrası kişilik sınırlarının daha da incelendiğini veya tam tersi bir etki yaparak ekstrem düzeyde kalınlaştığını ifade etmektedir. Özellikle erken dönemde yaşanmış olan kişiler arası travmaların sonraki dönemlerde psikopatolojinin gelişmesinde önemli etkisi olduğu görölmektedir Pek çok bozukluğın temel nedenlerinden biri olarak düşünölen travma sonrası karşılaşılan en tipik psikopatolojik tepki, aynı zamanda disosiyasyon spektrumunda yer alan akut stres bozukluğu veya post travmatik stres bozukluğu olmaktadır (11). Travmanın etkileri yaşanan olayın ciddiyeti, olay sırasında yaralanmış olmak ve deneyimin örkütöcölüğuyle ilintilidir. Oysa ki, kimileri ciddi şekilde yaralanmış olmalarına karşın travma sonrası stres reaksiyonları göstermemektedirler. Araştırmalara göre erkeklerin %60'ı ve kadıların %50'si yaşamları boyunca en az bir defa travma yaşamaktadır. Buna karşın erkeklerin % 5' i ve kadınların %10' u yaşanılan travmatik olaylar sonrasında TSSB tanısı almaktadırlar (12). Geçmişte yaşanmış travmatik olaylarla ilişkili olarak en çok gözlenen psikiyatrik rahatsızlıklar, alkol kötüye kullanımı (13, 14), madde kullanımı (15, 16, 17), yeme bozukluğu (18, 19, 20), somatizasyon bozukluğu (21, 22, 23), konversiyon bozukluğu (24) ve borderline kişilik bozukluğudur (25, 26). Borderline kişilik bozukluğunun semptomotolojisinde travmayla ilişkili olarak en

yaygın gözlenen özellikler intihar girişimlerini de kapsayan dürtüsel öfke epizotları, dissosiyasyon, kimlik dağınıklığı ve duygusal instabilitedir (25).

Görüldüğü gibi araştırmalar, ilk zamanlar histeri spektrumunda tanımlanan ve günümüzde dissosiyasyon spektrumu içinde düşünülen bir grup ruhsal rahatsızlık ile travma arasında yakın ilişki bulunduğunu göstermektedir.

2.1.2.Travma ile ilişkili risk faktörleri

Günümüzde yaşam boyu travmatik bir olayla karşılaşma sıklığı erkeklerde %60 kadınlarda ise %50' dir. Bununla beraber, psikolojik olarak kişilerin en güç etkisinden kurtulabildikleri travmalar, özellikle aile içinde yaşanan, süreğenliği olan kişiler arası travmalardır (fiziksel veya cinsel istismar gibi) (12). Geçmişte süreğen, kişiler arası travma yaşamış olan çocuklarla yapılan çalışmalar, bu çocukların sonrasında bir başka travmaya maruz kalma olasılıklarının yüksek olduğunu göstermektedir (9). Özellikle aile dışında cinsel travma yaşamış olan çocuklara oranla, aile içinde cinsel suistimal yaşamış olanların daha fazla davranış problemi gösterdiği görülmüştür. Yine uzun süre cinsel suistimale maruz kalan çocuklarda uyum bozukluklarının, tek bir travmatik durumla karşılaşmış olan ve aile içinde sosyal destek alabilenlere oranla çok daha fazla olduğu bildirilmiştir. Annenin geçmişinde cinsel travmanın varlığıyla, çocuklarının cinsel travmaya maruz kalma durumu arasında bir ilişki olduğu görülmektedir (27).

ABD' de 2812 kişinin katıldığı dokuz yıllık boylamsal araştırmada, ailede çocukların cinsel ve fiziksel travma yaşaması olasılığını artıran risk faktörleri belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgulara göre, toplumda etnik bir gruba dahil olan, sosyo ekonomik düzeyi düşük, psikiyatrik bir rahatsızlık sonucu bilişsel yetilerde kayıp tespit edilen ve fiziksel olarak işlevselliğini kaybetmiş ebeveynlerin çocukları diğerlerine nazaran daha fazla travma yaşama tehdidi altındadırlar (28). Yine ailenin bakım koşullarının yetersizliği, çocuğun prematüre doğumu ve kronik rahatsızlığı olması ailede çocuğun özellikle fiziksel travma yaşama riskini artırıcı faktörler olarak belirtilmektedir (29).

Aile içinde şiddete maruz kalmış olan ergenlerin depresyona, intihar girişimine ve alkol kötüye kullanımına yatkın oldukları gözlenmiştir. Sonrasında bu kişilerin eşine ve çocuklarına karşı da şiddet uygulama konusundaki yatkınlıkları bildirilmektedir (30).

Yurt dışında yapılan çalışmalar kadınların erkeklere oranla daha fazla cinsel travma yaşadıklarını göstermektedir (31).

ABD’ de psikolojik danışma servisine baş vuran 330 lise çağındaki kız öğrenciyle yapılan çalışmada, öğrencilerin % 38’ i erkek arkadaşlarıyla cinsel travma yaşadıklarını bildirmiştir. Bu öğrencilerin %39’ unun 16 yaş öncesinde cinsel suistimale maruz kaldığı belirlenmiştir (32).

Small ve Kerns (33)’ in 1149 ergen genç kızla yaptıkları araştırmanın sonucunda, ailenin ve akrabaların ilgisizliği, geçmişte cinsel istismar öyküsünün bulunması, alkol kullanımı ve arkadaş gruplarıyla aşırı özdeşleşme ergen grupları içinde cinsel travma yaşayan genç kızlarda yaygın bir şekilde gözlenen özellikler olmuştur.

Bunların yanında küçük ve büyük çaplı doğal afetler, kazalar, tedavisi güç ve ölüm riski taşıyan hastalıklar yaşanması da olası travmalar arasında sayılmaktadır (34).

2.1.3.Travma ve hafıza

Travmatik hafızaya ilişkin günümüzde en geçerli yaklaşım ikili representasyon teorisinin öngörüleridir. Travmatik hafızaya ilişkin şu genellemeler yapılabilir: i) semantik representasyonlar duyuşal kayıtlarla birlikte bulunurlar; ii) duyuşal deneyimler uzun zaman sabit kalırlar; iii) tetikleyici durumlarda yaşantılar ilk seferki kadar canlı deneyimlenirler; iv) bu flashbackler, kişinin duygu ve düşüncelerini tam olarak ifade edemediği bir durumun göstergeleridir. Özellikle disosiyatif TSSB semptomlarında gözlenen algısal karmaşa üç başlık altında açıklanmaktadır: i) uyarıların sebep olduğu nörobiyolojik değişim (uyarılmada artış, dikkatte azalma ve odaklanma); ii) travma ile ilişkili uyarılara karşı öğrenilmiş korku tepkisi; iii) değişen bilişsel şemalar ve sosyal kaygı (35).

İnsanların hafıza etkinliklerinin duyuşlarından etkilendiği bilinmektedir. Kişilerin kendilerinde yoğun duyuşlanım yaratan olayları çok daha iyi hatırladıkları görülmektedir. Günümüzdeki çalışmalar bellek sistemlerinin çeşitli alt sistemlerden oluştuğunu göstermiştir. Bu alt sistemler birbirinden farklı mekanizmalarla bilgiyi işlemekte ve yine farklı tipte çağrışım biçimlerini bünyesinde barındırmaktadır. Bu konudaki en temel ayırım, deklaratif ve nondeklaratif bellek arasındaki ayırımdır. Deklaratif bellek daha çok bilinçli işlenen sözel bilgiyi barındırmaktadır. Beynin

hipokampal bölgesi ve frontal lop (orbitofrontal korteks) bu hafızanın işleyişinde önemli rol üstlenmektedir. Bu bölge, gelişimin ilk iki yıllık döneminde gelişimini tamamlamakta ve iki yılın sonunda işlev görmeye başlamaktadır. Nondeklaratif bellek ise daha çok yetenek, alışkanlık, duygusal ve refleksif tepkilerle, koşullu öğrenmelerden sorumludurlar. İstemli olarak çağrıştırılabilir bilgileri içermez. Hipokampal bölge bu tip işlemlerde yer almaz. Özellikle bazal ganglia, limbik sistem (amygdala, anterior singulat, orbitofrontal korteks) ve görsel korteksler bu bellek tipinin bilgiyi işlemlerinde önemli rol oynamaktadır (36). Tarif edilen bellek sistemleri Brewin ve ark. (37) öngördüğü ikili ayrımın bir başka ifadesidir. Brewin ve ark. (37) ikili representasyon teorisine göre hafıza kayıtları iki çeşittir: sözel çağrışımlarla aktive olan bellek (verbally accessible memory) ve durumsal olarak aktive olan bellek (situationally accessible memory). Sözel çağrışımları içeren bellek kayıtları sistematik olarak bilginin çağrıştırılabileceği, sözel ifadeye açık kayıtlardır. Burada travmaya ilişkin bilinçli kayıtlar da yer almaktadır. Bu durumda VAM kayıtlarına olay sırasında yaşanan birincil duygular ve geriye dönük değerlendirmeleri içeren ‘ikincil duygular’ yer almaktadır. Flashbackler durumsal olarak aktive olan bellek kayıtlarında (situationally accessible memory) yer alır. Bunlar istemsiz uyarılan kayıtlardır. Bu kayıtlar alt düzey bilinç kayıtlardır ve daha çok duygusal algıları içerir. Kişinin olay anında hissettiği kızgınlık, utanç, korku, çaresizlik ve gerilim burada depolanır. Dissosiyatif semptomların SAM kayıtlarıyla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (37, 38).

Klinik deneyimler göstermektedir ki, travmatik bellek kayıtları daha çok olaya ilişkin duygusal algıları, görsel imajları, koku, ses ve kinestetik algıları veya kişinin olayı tekrar yaşantıladığı hissiyle belirlidir. Travmatik kayıtlar gün geçtikçe sözel ifadeye dönüştürülmeye ve deklaratif hafızayla entegre olmaya başlarlar. Normalde uyarılmanın yüksek olduğu durumlar hatırlamanın yüksek olmasını sağlamaktadır. Ancak belirli bir uyarıcı eşiklerinin üstünde bilgilerin çarpıtıldığı görülmektedir. Eşik üstü uyarılmalar hipokampal işleyişi etkileyerek inhibe etmekte, bu anlar daha çok amigdala bölgesinde kaydedilmektedir. Amigdalanın bir sefer yoğun bir uyarı alması, nöral eksitasyonun uzamasına –Kidling Etkisi- ve davranışlarda savaş veya kaç tepkisi yönünde bir değişime neden olmaktadır. Normalde adrenalin ve kortizol düzeyindeki artış hipokampal aktiviteyi artırdığı halde, belirli bir seviyenin ve sürenin üzerinde gerçekleşen salınım hipokampal aktiviteyi devre dışı bırakmaktadır. Bu durum

travmaya ilişkin kayıtların algısal ağırlıklı özelliğini açıklayıcı olmaktadır. Hipokampus zaman ve yeri belirleyici, deklaratif bellek kayıtlarını örgütleyici işlevini yerine getiremeyince, travmatik anılar zamandan bağımsız ve egoya yabancı olarak daha çok amigdala merkezli nondeklaratif bellek içinde kaydedilmektedirler. Bu kişilerde normal yaşamın devam etmesi sürecinde stresli olaylar, nondeklaratif kayıtları uyarıcı stimulanlar veya bilinç değişikliği, bu kayıtların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (35, 39).

TSSB tanısı alan hastalarda özellikle beyin anormallikleri dikkati çekmektedir. Hipokampal bölgede atrofi; amigdala ve ilgili yapılarda anormal işleyiş ve broka alanı aktivitelerinde azalma bu hastalarda tipiktir. Bu hastalar travma ile ilgili anıları hatırladıklarında özellikle sağ hemisfer ve amigdala ile ilgili alanlar aktive olmaktadır. TSSB tanımına göre semptomlar olaya ilişkin hatırlama güçlüklerini içerdiği halde, travmatik olay tekrardan yaşantılanma sürecinde çok canlı bir şekilde anımsanabilmektedir. Bu hafıza kayıtları bilişsel yapıda yer alan diğer hafıza kayıtlarıyla entegrasyona çok güçlü bir şekilde direnç göstermektedirler (40).

Travmayla ilişkili kayıtlar daha çok nondeklaratif hafızada depolandığı halde, olaya ilişkin bilinçli kayıtlar deklaratif bellekte yer alır. Olaya ilişkin tekrarlayan çağrışımlar geliş güzel çağrışımlar değildir. Bir grup TSSB hastasının disosiyatif çağrışımlarıyla ilgi bir içerik analizi, tekrarlayan görüntülerin olayın hemen öncesine ilişkin çağrışımlar olduğunu göstermiştir ve bu çağrışımlar nitelik olarak görsel ağırlıklıdır. Görsel kayıtların olmadığı durumlarda ses kayıtları ağırlık kazanmaktadır. Bütünleştirilmiş bellek kayıtları normal bilişsel işleme sürecinde gerçekleşmektedir. Oysa ki, duygusal yükün en yoğun olduğu anlar olayın hemen öncesindeki zaman dilimini kapsamaktadır. Olayın hemen öncesindeki algılar sonrasında tetikleyici etkiyi oluşturan uyaranlarla birleşerek bir alarm etkisi yaratmaktadır. Çağrışımlara ilişkin diğer bir gözlem daha çok olayın bağlamını içermeleridir. Bu durum tehlikeyle ilişkili uyarı sinyali olarak düşünülebilir. Örneğin trenin önüne atlayan kişiden çok tren yolu ve çevresi hatırlanmaktadır. Bu çağrışımların diğer bir yönü ise, kişilerle ilgili değerlendirmelerdir. Olayın sorumlusu kişilere karşı önlem alma ve onları cezalandırma takıntıları vardır. Yaşanan durum sırasında acı hissi duyulmamakta, olaya ilişkin fizyolojik ve psikolojik acının travma sonrası yapılan bilişsel değerlendirmeye ilişkili olduğu görülmüştür (41). Williams ve Broadbent (42) genel bilişsel üslupla ilişkili

olarak otobiyografik hafıza kayıtlarını ikiye ayırmaktadırlar: genel çağrışımlar (overgeneral memory) ve özgün çağrışımlar (specific memory). Konuyla ilişkili olarak yapılan çalışmalarda MD, YAB ve TSSB hastalarında geçmişe yönelik çağrışımların genel nitelikli olduğu gözlenmiştir (43). Williams ve Broadbent (42) travmatik yaşantılardan sonra çocukların bilişsel bir üslup geliştirerek olayların daha çok duygusal yönüne odaklandıkları, bu durumun olayları daha genel kodlama eğilimine yol açtığını belirtmektedirler. Özellikle çocukluk çağı tacizleri yaşamış olanlarda geçmişe ilişkin her türlü anı, genel nitelikleriyle anımsanmaktadır. Ancak otobiyografik hafızaya ilişkin bu niteliklerin durumsal değil, değişmez olduğunu gösteren deliller de mevcuttur (44). Bununla birlikte, Hollanda’ da yapılan bir çalışma sonucunda disosiyasyon ve genelleştirilmiş bellek çağrışımları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır (45).

İkili representasyon teorisine göre, ayrılan bellek sistemleri travmatik olaya ilişkin farklı nitelikte kayıtları barındırmaktadırlar. Pillemer (46) bireylerin duygusal olarak yoğunluk taşıyan olayları anlatırken, birden şimdiki zamanı anlatmaya başladıklarını gözlemlemiştir. Bu durum özellikle kişinin veya bir başkasının hayatı tehlike yaşadığı durumlarda gözlenmiştir. Flashback çağrışımlar algısal detayların çok iyi hatırlandığı, ölümün, şimdiki zamanın, korku ve çaresizlik duyguları ile gerilimin yaşandığı periyotlardır. Buna karşın olaya ilişkin otobiyografik kayıtlar suçluluk ve kırgınlık duygularını içermektedirler. Flashbacklerle ilgili özellikler sıralandığı gibidir:

- 1) Canlı bir şekilde yaşanır,
- 2) Korku, çaresizlik ve dehşet tarif edilmektedir,
- 3) Olay anı iç içe geçmiş bir şekilde tarif edilmektedir,
- 4) Ölüm ve ölüm korkuları tarif edilmektedir,
- 5) Olay şimdiki zamanda yaşanmaktadır (47).

Çocuklukta yaşanmış olaylar düşünüldüğünde durum daha da karmaşık bir hal almaktadır. Geçmiş yaşantılara ilişkin amnezi ve disosiyatif bulgular, erken dönem travmalarının şimdiki bilişsel yapıyla entegrasyonunu daha da güç kılmaktadır. Otobiyografik hafızadaki eksiklikler, devam eden dissosiyasyon ve olumsuz şemalar, bu hastaları telkine açık ve gerçek olgularla ilişkisiz yorumlara da itmektedir (47).

Günümüzde hafıza sistemlerinin bilgiyi içine alıp, bir bütün dahilinde işlemledikleri ve ilişkili hafıza kayıtlarının birlikte aktive oldukları düşünülmektedir. Duygular ve duygusal kayıtlar, çağrışımsal geçişler üzerinde etkilidirler. Bundan

anlaşılabacağı üzere travmatik kayıtlar uyarılamadığı sürece bireyler kişiler yaşamlarını problemsiz geçirebilmektedirler. Travmatik olayın yarattığı yoğun uyarılamada deklaratif belleğin işleyişi bozulmakta ve bilinçli bilgi kaydı kesilmektedir. Bu durumda birey ne yaşadığına dair farkındalığı kaybetmekte, yaşadığı olayı daha çok duygusal ve algısal içeriğiyle kaydetmektedir. Pierre Janet travmatik anıların bilinç düzeyinden ayrılarak, duygusal algılar, obsesyonel tekrarlar veya davranışsal yeniden yaşantılar olarak kaydedildiğini düşünmektedir. Bundan dolayı travmatik anıların sözel içeriği yoktur. Travmayla dissosiyasyon yoluyla baş etmesini öğrenen kişi, küçük yaşam stresleri karşısında dahi bu yolu tercih etmeye başlamaktadır (48).

Duygusal kayıtlarla ilgili önemli bir diğer yaklaşım, mizaca bağlı bellek (mood dependent memory) yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre bir olayın en yüksek düzeyde hatırlanabilmesi, olayın kendisinin kaydedildiği andaki duyguların çağrıştırılabilmesiyle doğru orantılıdır. Bunun yanında, araştırmalar bu öngörünün dışsal algılardan çok, içsel bilişsel süreçlere ilişkin geçerliliğinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yapılan bir araştırmaya göre travmaya ilişkin bellek kayıtlarının duygusal ağırlığı azaldığı halde, özellikle korku duygusu canlılığını korumaktadır (49).

Travmatik olaylar kişilerde biyolojik ve fizyolojik reaksiyonlara sebep olmasına karşın, yaşam boyu herhangi bir şekilde travmaya maruz kalma olasılığının da yüksek olduğu görülmektedir. Travmaya maruz kalan kişilerin pek çoğunda da patolojik reaksiyonun gelişmediği bilinen bir gerçektir. Aslında, nörobiyolojik çalışmalar ve hayvan araştırmalarında elde edilen bulgular, korkutucu durumlarla karşı karşıya gelindiğinde organize olmuş baş etme stratejilerinin gelişebilmesi ve anksiyeteyi düzenleyici beyin yapılarının gelişebilmesi için insanoğlunun baş edebileceği düzeyde travmatik durumlarla karşı karşıya gelmesi gerektiğini göstermektedir (50). Travmalar her ne kadar insanın varolan bilişsel yapılarını ve duygusal düzenini bozsa da, kişilerin travmayla baş edebildiğini görmesi, yaşam olaylarına aşkın bir bakış açısı kazandırmaktadır. Bu anlamda yaşanan travmalar sonrası bireylerde gözlenen olumlu gelişmelerle ilişkili araştırmalara ilişkin bir meta analiz, kadınların erkeklere oranla travmatik olaylardan daha olumlu yönde etkilenme eğiliminde olduklarını ve gençlerin yaşlılara oranla olumsuz durumları daha kolay atlatarak pozitif yönde kazanımlar elde edebildiklerini göstermektedir. Yeni deneyimlere açık, uyumlu ve dışa dönük kişilik

yapılarına sahip insanların travma sonrası olumlu gelişim potansiyeli yüksek kişiler olarak tarif edilmektedir (51).

2.2.Disosiyasyon

Disosiyatif bozukluklar 19. yüzyılın sonlarında DSM-IV' te bugün tanımlandığı biçimden farklı olarak geniş bir spekturum içinde, histeri bağlamında tanımlanmaktadır. Bu spektrum konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, somnambulizm, obsesif-kompulsif bozukluğun bazı formlarını ve histeriye ilişkin pek çok fenomeni içermektedir. Freud ve Breuer' in teröpatik yaklaşımı çocukluk çağında yaşanmış cinsel travmayı merkeze alan bir travma-disosiyasyon modelidir. 20. yüzyılın başından itibaren disosiyasyon kavramının psikopatoloji modellerinin dışında kaldığı görülmektedir. Bunun birinci nedeni, Freud' un teröpatik yaklaşımında hipnozdan vazgeçerek, cinsel travma modelini reddetmesi ve bastırma mekanizmasıyla psikopatolojiyi açıklamaya başlamasıdır. İkinci neden, Bleuer' in şizofreni tanımlamasıdır. Bu tanımın günümüzde DSM-IV' ün çoklu kimlik bozukluğu tanı kriterleriyle bire bir biniştiği görülmektedir. Üçüncü neden ise, davranışçılığın etkisiyle bilinç durumları üzerinde yoğunlaşan ilginin azalarak kaybolma aşamasına gelmiş olmasıdır. 1970' li yılların başından itibaren travma ve disosiyasyona yeniden bir ilginin canlandığı görülmektedir. Bunda özellikle Vietnam Savaşı ve Kore Savaşı sonrasında posttravmatik stres bozukluğu vakalarının sayısındaki artış önemli rol oynamıştır (52).

Disosiyatif bozukluklar DSM-IV' de disosiyatif amnezi, disosiyatif füğ, depersonilizasyon, disosiyatif kimlik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan disosiyatif bozukluk başlıkları altında ele alınmaktadır (2). Ancak disosiyasyon fenomenine ilişkin nozolojik ayrımlar çok daha geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Disosiyasyon, normalde bütünleşmiş ve bilinç farkındalığı içinde işlev gören bilişsel süreçlerdeki yapısal bir ayrışmayı ifade etmektedir. Bu bütünleşme kişinin bir bütün halinde işlev gören algı, davranış ve iradeyi, duygu durumu, bellek ve kimlik bileşenlerini kapsar. Patolojik disosiyasyon bu bileşenlerin, kısmen veya tamamen, kendi başına veya bir bütün olarak bağımsız işlev görmeye başlaması sonucu kişinin işlevselliğinde bozulmaların ortaya çıkması durumudur (53). Kuzey Amerika' da disosiyatif fenomen daha çok ayrılmış bilişsel süreçlerle tanımlanmaya çalışılırken,

Kuzey Avrupa’ da vücudun bütünlük içinde işlev görme durumundaki çözümlerle olguya yaklaşılmaktadır. Disosiyasyonun somatik öğelerini öne çıkaran bu yaklaşıma göre somatik disosiyasyon, bedensel yaşantılarda, tepkilerde ve işlevlerde somatik unsurlar arasındaki bütünlüğün kaybedilmiş olması durumudur (54). Disosiyatif semptomlar iki geniş kategoride ele alınmaktadır: amneziler ile bellek işlevlerine ilişkin belirtiler ve disosiyatif süreçte işlevlerle ilişkili belirtiler. Amneziler veya hafızaya ilişkin belirtiler, zaman yöneliminin kaybı, temel bilgilerde karmaşa yaratacak ölçüde unutkanlık, otobiyografik hafızada boşluklar, hatırlanan şeylerin kaynağına ilişkin amnezi ve zorlayıcı anılar (disosiyatif/travma sonrası flashbackler gibi). Disosiyatif süreç belirtileri içinde ele alınan depersonalizasyon, derealizasyon, tepkisizlik, duyuşsal halisinasyonlar, trans durumları, ayrılmış kimlik durumları (çoklu kimlik bozukluğu gibi) ve kişiye özel bilişsel değişimler disosiyatif bağlam içinde düşünülen düşünce bozukluklarıdır. Bu anlamda DSM-IV’ te sınırları çizilen disosiyatif bozukluk tanı kriterleri, disosiyatif spektrumun semptomatik çeşitliliğini tanımlamaktan çok uzak olduğu gerekçesiyle eleştirilmektedir (55).

2.2.1.Disosiyasyonun prevelansı

Kanada, Hollanda, Norveç, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri’ nde yapılan çalışmalar, psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda %3-%8 arasında değişen oranlarda disosiyatif bozukluk tanısı konulduğunu göstermektedir (56). Bu konuda en geniş epidemiyolojik çalışma Kanada’nın Winnipeg şehrinde psikiyatrik olmayan normal nüfus üzerinde yapılmış, disosiyatif yaşantıların görülme sıklığını %12.8 olarak bildirmiştir (1). Bu çalışmaya alınan gruptan yüksek DES skorları alan 502 kişiye sonrasında başka bir araştırma bağlamında DDIS uygulanmış, DSM-III kriterlerine göre araştırmaya katılmış olanların % 6’ sı psikojenik amnezi, %0.2’ si psikojenik füğ, %2.8’ i depersonalizasyon, %3’ ü çoklu kişilik bozukluğu ve %0.2’ si ayrışmamış disosiyatif bozukluk tanısı almıştır (57) Bu oranlar disosiyasyonun genel kanının aksine, toplumda çok daha yaygın olduğunun bir göstergesidir.

Yapılan çalışmalar disosiyatif bozukluğun yaygınlığının toplumda cinsiyetlere göre farklılık göstermediğini bildirmektedir (58, 59). Ancak Türkiye’ de yapılan bir

araştırma kadınların erkeklere göre daha yüksek disosiyasyon puanlar aldıklarını ve disosiyatif bozukluk tanısıyla daha fazla hastaneye yatırıldığını göstermiştir (60).

2.2.2.Disosiyasyon ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar

Disosiyatif bozukluk tanısı alan 105 kişinin katıldığı bir araştırmada, denek grubunda en sık gözlenen kişilik yapılarının kaçınan kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve pasif-agresif kişilik bozukluğu olduğu gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada denekler disosiyatif bozukluk tanısına ek olarak eksen I sınıfında yer alan bozukluklardan majör depresyon (%97), panik bozukluğu (%74) ve obsesif kompulsif bozukluk (%68) tanısı almışlardır (61).

DSM-IV’ te borderline kişilik bozukluğunun temel tanı kriterlerinden biri, hastada disosiyatif semptomların gözleniyor olmasıdır (2). Literatürde patolojik disosiyatif semptomların en yoğun olarak eşlik ettiği kişilik patolojisi borderline kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir (62, 63, 64).

Türkiye’ de 71 konversiyon bozukluğu ve 87 somatoform bozukluk tanısı almış hasta ile yapılmış olan bir çalışmada, her iki gruptaki hastalarda da yoğun disosiyatif yaşantılar gözlemlendiğini ve komorbid disosiyatif bozukluk tanısının yaygın olarak bozukluğa eşlik ettiği bildirilmektedir (65).

Pek çok çalışma yeme bozukluklarıyla disosiyasyon arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Yeme bozukluğu olanlarda yüksek düzeylerde patolojik disosiyasyon görüldüğü bildirilmiştir (56, 66, 67, 68).

ABD’ de cinsel travma yaşamış olan bir grup kadın deneğin katıldığı çalışmada, olay sırasında disosiyatif semptomların görüldüğü, olay sırasında bir başkasının da zarar görebileceği düşüncelerinin eşlik ettiği, cinsel birleşmeyle sonuçlan ve erken yaşlarda yaşanmış olan cinsel travmalara depresyonun yoğun olarak eşlik ettiği gözlenmiştir. Travmanın şiddetiyle sonrasında disosiyatif semptomlara eşlik eden depresyon arasında yakın ilişki bulunmaktadır (69). Yine Ermenistan’ da 78 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, 1988 yılı depreminin üzerinden 4.5 yıl geçmesine karşın, travma sonrası disosiyatif semptomların, depresyon ve anksiyete düzeylerinin patolojik sınırların üzerinde olduğu bildirilmiştir (70). Fiziksel travma yaşamış 161 kadının

katıldığı bir başka çalışmada, olay sırasında yaşanan disosiyatif semptomların yoğunluğuyla depresyon düzeyi ve depresyonun süresi arasında anlamlı ve doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir (71).

ABD’ de anksiyete bozukluğu grubu bir rahatsızlık tanısı alan 688 kişi, geçmişinde travma ve TSSB semptomları olmayan, travma yaşamış ancak TSSB semptomları olmayan, hem travma yaşamış hem de TSSB bozukluğu semptomları olan üç gruba ayrılarak disosiyatif yaşantıların yoğunluğu ve yaşam kalitesi incelemiştir. Bulgular geçmişinde travma olan ve TSSB semptomları gözlenen gruptaki hastaların yaşam kalitelerinin diğer gruptakilere oranla çok daha düşük ve anksiyete düzeylerinin çok daha yüksek olduğunu göstermektedir (72).

2.2.3.Disosiyasyona ilişkin nozolojik sınıflamalar

Disosiyasyon kavramı çok geniş bir spektrum içinde pek çok psikiyatrik semptomu içeren, patolojik olan ve olmayan özellikleri barındıran bir kavramdır. Dissosiyasyonun alt unsurları absorpsiyon, depersonalizasyon ve disosiyatif amnezidir.

Absorpsiyon bütün dikkatin tek bir dikkat objesinin temsiline ilişkin algısal, motor, imajinatif ve düşünsel özellikler üzerinde yoğunlaşması durumudur (53)

Depersonalizasyon kişinin kendi vücudundan ayrılmış gibi hissettiği ya da zihinsel süreçlerine sanki dışarıdan bir gözlemciymiş gibi bakıyor olduğu biçiminde bir algı değişikliği yada yaşantısıdır. Kişinin kişisel kimliğini yitirdiği duygusunu taşıdığı, başkalaştığı, yabancılaştığı yada gerçek dışı olduğunu hissettiği yaşantılardır. Depersonalizasyon disosiyatif bilinç değişiklikleri dışında, depresyonda, şizoid kişilik bozukluğunda, şizofrenide, toksik psikozlarda ve temporal lop epilepsilerinde görülen bir durumdur (73).

Disosiyatif amnezi durumu DSM-IV’ te genellikle travmatik yada stres yaratıcı özellikte olan önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde anımsayamama epizodu olarak tarif edilmektedir (74).

Disosiyatif bozuklukların ve psikiyatrik rahatsızlıklara eşlik eden disosiyatif semptomların, psikiyatrik çalışmalarda özellikle son yıllarda üzerinde oldukça fazla durulan konular olduğu görülmektedir. Buna karşın, disosiyatif yaşantılar günlük yaşantı içinde hemen herkesin değişen yoğunlukta deneyimlediği durumlardır. Bu

anlamda kişideki disosiyatif yaşantıların yoğunluğu ve toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozukluklar meydana getiriyor olması psikiyatrik değerlendirmede önemli rol oynamaktadır. Putnam (55) disosiyatif yaşantıları patolojik ve patolojik olmayan disosiyasyon olarak sınıflandırmaktadır. Patolojik olmayan disosiyasyona en tipik örnek ototoyl hipnozudur. Seçici dikkatteki azalmayı ifade eden artmış EEG alfa aktivitesi, uykululuk ve otomatizma, bu durumun tipik göstergelerindendir (75). Patolojik olmayan disosiyasyon, dissosiyatif fenomenin absorpsiyon boyutunda düşünölmektedir. Patolojik disosiyasyon disosiyatif fenomenin derealizasyon ve dissosiyatif amnezi boyutuyla ilgilidir. Cinsel ve fiziksel travma gibi kişiler arası örselleyici yaşantıların patolojik disosiyasyon semptomlarıyla ilişkili olduğu düşünölmektedir. Bu anlamda patolojik disosiyasyona eğilim çevresel etkenler sonucu oluşmakta, patolojik olmayan disosiyasyonun (absorpsiyona yatkınlık) ise kalıtsal bir özellik gösterdiğini düşünölmektedir. Avusturalya’ da yapılan bir çalışma, erken dönem kişiler arası travma ile patolojik disosiyasyon arasında anlamlı bir ilişkiye rastladığını halde, patolojik olmayan disosiyasyonun travmayla ilişkisinin bulunmadığını bildirmektedir (76).

Aleksitimia kişinin ne hissettiğinin farkında olmaması veya hislerini ifade edememe durumudur. Yapılan çalışmalar aleksitimiklerin hayal kurma eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir (77). Bununla beraber, Hollanda’ da 833 üniversite öğrencisinin katıldığı araştırmada patolojik disosiyasyonun bir göstergesi olarak disosiyatif amnezi ve kimlik dağınıklığı ile aleksitimik faktörler olan kendini ifade etme problemi ve duygularını tanımlayabilme güçlüğü arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Bu çalışmada hayal kurma eğiliminin disosiyasyon puanlarında artışa neden olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak araştırmacılar, 20 kişilik disosiyatif bozukluk tanısı alan bir grup üzerinde yaptıkları yayınlanmamış bir çalışmanın sonucunu söz konusu araştırmanın bulgularıyla birleştirerek, fanteziye yatkınlığın patolojik olmayan, duruma bağlı bir kişilik özelliği olduğunu, patolojik disosiyasyonun fanteziye yatkınlıktan çok aleksitimik özelliklerle öne çıktığını ifade etmektedirler (78).

Nijenhuis (79) somatoform disosiyasyonun patolojik disosiyasyonla yakından ilişkili olduğunu bildirmektedir. Depersonalizasyon patolojik disosiyasyonun bir boyutunu oluşturmaktadır. Irwin (80) vücut dışı astral yaşantıların patolojik disosiyasyonun bir öğesi olarak, depersonalizasyonla ilişkili olduğunu bildirmektedir. Avusturya’ da 113 kişi ile yapmış olduğu çalışma sonucu astral deneyimlerin, kişinin

vücut fonksiyonlarına ilişkin algı ve koordinasyonundaki çözölmeyi ifade eden somatoform dissosiyasyonla yakından ilişkili olduğunu gözlemiştir.

Hartmann (10) benlik sınırlarındaki geçirgen özellikleriyle belirli bir grup kişilik özelliğini taşıyan bir kişilik topolojisi geliştirmiştir. Uyku çalışmaları sırasında ortaya çıkan yaklaşımları sonucunda, insanlara karşı öznel yaşantılarını çok çabuk ele veren, insanlara aşırı bir güven duygusunun hakim olduğu, yeni deneyimlere çok açık, kimlik durumları değişken, empati yetenekleri yüksek, artistik özellikleriyle öne çıkan ve kırılganlığı yüksek bir kişilik tipi tanımlamaktadır. Bu grupta yer alan kişilerin hipnoza ve fanteziye yatkınlıklarının çok yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir. Patolojik olmayan disosiyasyon tanımlamasıyla ilişkili görönen, bu grupta yer alan kişiler genel anlamda dünyaya ve kendilerine ilişkin değerlendirme ve tercihlerindeki sınırların geçirgenliğiyle, daha başka bir ifadeyle her konuda aşırı derecede esnek tutumlarıyla dikkat çekmektedirler. Yine ince sınırlı kişilikler olarak tanımlanan gruptaki deneklerin geçmiş yaşantılarında çok az düzeyde travmaya rastlanmış olması ve bu kişiler arasında kısmen gözlenirse de psikiyatrik rahatsızlık görölme oranlarının düşüklüğü, patolojik olmayan disosiyatif özelliklerin ağır bastığı bir benlik tasarımı varlığına işaret etmektedir.

2.2.4. Disosiyasyon ve travma

Disosiyasyon, kavramı Pierre Janet' ten günümüze dek travma olgusuyla birlikte düşünölen bir kavramdır. Özellikle DSM-IV' te anksiyete bozuklukları başlığı altında tanımlanmış olan travma sonrası stres bozukluğu tanı kategorisi semptomlarının ağırlıklı bölümünü dissosiyatif semptomlar oluşturmaktadır (2).

Rusch (3)' a göre, travmatik olaydan sonra ilk 7 gün içinde ortaya çıkan tepkiler flashbackler, kabuslar, istenmeyen görölme ve düşöncelerdir. Uzun süren uykuda bozulmalar yüksek düzeyde depresyon, ağrı bozukluğu, irratablite, izolasyon ve öfke patlamaları TSSB epizodlarının habercisidirler. Aşağıdaki durumların varlığı travma sonrası en tipik gözlenen, DSM-IV' te anksiyete bozuklukları içinde yer alan, ancak rahatsızlığın semptomotolojisinde gözlenen disosiyatif bulgularla birlikte disosiyatif spektrumun merkezine yerleşmiş olan travma sonrası stres bozukluğunun bir göstergesi olmaktadır:

a) ciddi yaralanma b) ölüm korkuları c) feci görüntüler d) durumun bir başkasının ihmali sonucu başına geldiğini düşünmek e) olay sırasında entoksik maddeye maruz kalmak f) psikiyatrik komorbidite g) ailede patoloji öyküsü h) yetersiz baş etme stratejilerinin varlığı ı) çocuklukluk dönemi travmaları j) ailede erken kayıp.

Olay sırasında yaşanan disosiyatif tepkisizlik ve şaşkınlık durumu, sonraki travmatik semptomların ortaya çıkmasında önemli bir belirleyici olmakla beraber, tedaviyi de güçleştirmektedir. Dissosiyatif semptomlarla birlikte yaşanan travmatik olaylarda, olayı tekrar yaşantılamalar, flashbackler, kaçınma belirtileri ve mizaç bozukluklarında artış olmaktadır. Travma sırasında yaşanan disosiyasyon, post travmatik stres bozukluğunun ve bu psikiyatrik rahatsızlığın uzun süreli etkilerinin bir göstergesidir (81).

Disosiyatif bozukluklarla ilişkili olarak yaşanmış olan travmanın erken yaşlarda yaşanmış olması (82, 83), travmanın şiddeti (özellikle, kişi tarafından yaşanan cinsel taciz esnasında cinsel birleşmenin gerçekleşmiş olması, fiziksel travmalarda yaralanmaların olması) (84, 85, 86) ve yaşanan travmatik deneyimlerin uzun süre yaşanmış olmasının (özellikle aile içi ensest) (87) patolojik disosiyasyon düzeyini ve bu mekanizmanın kullanılma sıklığını arttırdığı bildirilmektedir.

Kimi yazarlara göre travmatik olayların unutulması süreci diğer olayların unutulmasından farklı bir fenomen değildir. Diğer olayların bilinç kayıtları içine alınmasıyla birlikte geçmişteki olaylar silinir. Amnezi, çocukluk dönemi travmalarında ve tip II travmalarda sık karşılaşılan bir durumdur. Bu anlamda erken dönem travmalarının çarpıtılmış bellek kayıtlarıyla ilişkili olabileceği, disosiyatif kişilerin aslında gerçek travma madurları olmadığı yolunda varsayımlar da bulunmaktadır. ABD’de pek çok aile yaşanmadığı halde çocukluk tacizleri iddialarıyla karşılaşmıştır (88). Dissosiyasyon ve travma arasında kuramsal bağlamda kurulan doğrudan ilişkinin, geçmişte travma yaşamış olanlarda gözlemlenen bellek özelliklikleri göz önünde bulundurularak, tekrar değerlendirilmesi gerektiğini savunan araştırmacılar bulunmaktadır. Çalışmada araştırmacılar DES skalası ve travma arasındaki ilişkiyle ilgili geçmişte yapılan çalışmalara uygulanan meta analizde, düşük düzeyde bir ortalama anlamlılık bulunduğunu ifade etmektedirler. Bunun yanında, aile ortamına ilişkin parametrelerle disosiyasyon arasında daha ciddi düzeyde ilişkiler gözlenmektedir. Dissosiyatif yaşantıları yoğun olarak yaşayan kişilerde fanteziye

yatkınlık gözlenen bir özelliktir. Bu kişilerin telkine açık oldukları bilinmektedir. Bu durumun geçmişe ilişkin konfabülasyona açık bir yapıyı ortaya çıkardığı savunulmaktadır. Yine yapılan çalışmalarda bilişsel hata eğilimi, nerotizm, durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleriyle şizotipal kişilik özelliklerinin, dissosiyasyon eğilimiyle çok daha fazla ilişkili olduğu iddia edilmektedir (89).

2.2.5.Disosiyasyon ve gelişim kuramları

Sigmund Freud psikanalitik teoride yeni doğanın ruhsal yapısını içine dönük, salt dürtülerle var olan gerçek ruhsal aygıt olarak tanımlamıştır. Bu dönemde bebeğin yaşantılarını haz ilkesiyle işleyen, hipotetik bir kavram olarak tarif edilmiş olan id şekillendirir. Yaşamın bu ilk döneminde benlik tamamen bedensel ihtiyaçların psikolojik ifadesi olan isteklerle şekillenir ve isteklerin yerine gelmemesi anlamına gelen engellenmelerden kaçınır. Psikanalizin bu döneme ilişkin öngördüğü haz kaynakları vücudun genital bölgeleri başta olmak üzere beden bölgeleridir. Bedensel haz ve acılar organize olmamış bir şekilde birbirinden kopuk algılanır. Psikanalitik kuram yaşamın bu ilk dönemindeki içe dönük ve parçalı algıyı birincil narsisizm dönemi olarak kavramlaştırır. Bu dönemin en önemli gelişimsel görevi birbirinden kopuk bir şekilde algılanan haz bölgelerinin bütünleştirilmesidir. Buna bağlı olarak, egonun da gelişmesiyle birlikte, algının dışsal sevgi objelerine yönelmeye başlaması ve içsel narsistik yatırımın dışsal nesnelere yönelmesi ruhsal gelişimin temel dinamiklerini oluşturur. Psikanalitik kurama göre psikozlar egodaki zayıflık sonucu yaşam olayları baş edemeyen ruhsal aygıtın gerileyerek birincil narsistik döneme saplanması durumudur (90, 91).

Kohut (92) narsistik gelişimi kuramının merkezine alarak yeni doğanın parçalı algılarındaki bütünleşmenin önemini vurgular. Bu anlamda narsistik bütünleşme kişinin ruhsal sağlığında temel rolü üstlenmektedir. Bu bütünleşmenin temelinde çocuğa bakım verenlerin onaylayıcı tutumları en önemli rolü oynamaktadır. Narsistik aktarımın sağlıklı gelişim sürecinde bakım verenin çocukla kurduğu ilişkide kısmi olarak eş duyum yetersizlikleri sonucu optimal kırılmalar meydana gelmesi sonucu, aktarımın geri çekilmesiyle ve içsel dönüştürme sürecini tamamlanmasıyla sonuçlanması beklenir. Gelişimin ruhsal sağlığın belirleyicisi olan bu kritik evrelerindeki narsistik

zedelenmeler, kişinin sonrasında geliştirdiği patolojinin altında yatan temel nedendir. Kişi ebeveynlerinden alamadığı onay sonucu ortaya çıkan narsistik zedelenmeleri, kendilik nesnelere yönelik idealleştirme ve ayna aktarımlarıyla dengelenmeye çalışılır. Yatırım, bu anlamda yaşam boyu sürekli değişen kendilik nesnelerinden onay almak adına sahte şişmiş bir benliğe yapılır (92, 93).

Piaget (94)' in bilişsel gelişim kuramı psikanalitik kuramın ve kendilik psikolojisinin gelişime ilişkin öngörülerini desteklemektedir. Bilişsel gelişim kuramının ilk dönemi olan psikomotor evrede yeni doğanın gerçekteştirmesi gereken en önemli gerişim görevi, 9. aydan itibaren kısmen, 16. aydan itibaren tamamen kazanılan nesne sürekliliğinin oluşturulmasıdır. Bu dönemde çocuğın bütün psikomotor aktiviteleri sürekliliği olmayan, parçalı bir algıyla belirli olan, çevreye ilişkin zihinsel tasarımın bütünleştirilerek ve sürekliliği sağlanarak içsel olarak kurulmasına yöneliktir .

Psikanalitik kuram, kendilik psikolojisi ve bilişsel gelişim kuramının gelişim dönemlerine ilişkin öngörülerinden anlaşıldığı üzere gelişimin ilk dönemi, beden algısı merkezde olmak üzere, zihinsel süreçlerde birbirinden yapısal olarak ayrışmış parçalı bir algıyı, bir başka ifadeyle disosiyatif bilinç durumlarını içermektedir. Özellikle ilk iki yıllık dönem içinde gelişmekte olan bebek birbirinden farklı bilinç durumları arasında geçişler göstermektedir. Gelişim kavramını, disosiyasyon fenomeni açısından tanımlamak gerekirse, kişinin parçalanmış bir durumda bulunan algısal, bilişsel ve davranışsal süreçleri arasında bir bütün kurma ve bu yapıyı ontolojik değişim içinde, bir bütün halinde daha karmaşık ve ileri bir düzeye taşıma sürecidir.

Kernberg (95) konversiyon bozukluğunu ve disosiyatif bozuklukları nesne ilişkilerinde ileri düzey bozulmalarla açıklamakta ve bir sınır durum olarak kabul etmektedir. Disosiyatif bozukluktaki füğler, amnezik durumlar ve bunun ötesinde disosiyatif kimlik bozukluğu ilkel savunma mekanizmalarından bölmenin yoğun olarak kullanıldığı sınır durumlar olarak tarif edilmektedir .

Bowlby (96)' e göre bağlanma davranışı primatlarda evrim süreciyle birlikte kazanılmış, yeni doğanı tehlikelerden koruyan bir davranış biçimidir. Bebekler kendilerince beklemedikleri bir durumla karşılaştıklarında, kendini koruyabilecek olan bağlanma objesine yakınlık gösterirler, onu güvenli bir dayanak olarak kullanırlar ve ona sığınırlar. Bakım verenin yakın, kabul edici, empatik ve çocuğın tepkileriyle uyumlu davranışları, çocukta sevgiye değer ve bakım verilebilecek kadar kıymetli

olduğuna ilişkin bir iç görünün gelişmesiyle sonuçlanır. Bunun sonucunda olumlu bir benlik imajı ve bağlanma nesnesine ilişkin güven dolu bir içsel temsil oluşturulur. Bowlby (96) bu durumu güvenli bağlanma olarak adlandırmaktadır. Buna karşın bakım verenin reddedici, ilgisiz ve aşırı endişeli tutumları çocukta değersizlik hissi ve bağlanma nesnesinin olumsuz içsel tasvirleriyle sonuçlanır. Bu durum ise güvensiz bağlanma olarak tarif edilmektedir. Bağlanma biçimi çocuğun sonraki yaşamında da kendisi için stres yapıcı durumlarda ve genel anlamda kişiler arası ilişkilerinde verdiği tepkilerin temelini oluşturur. Ainsworth ve ark. (97) yaptıkları çalışmayla bağlanma tiplerini üç başlık altında sınıflandırmışlardır: bakım verenle ayrı kalma durumu sonrasında sevgi ve özlemle bir yeniden birliktelik durumuna kolayca geçebilen güvenli bağlananlar; anneye olan tepkilerini bir türlü bastıramayan ve çok zor sakinleşen kaygılı/ambivalent bağlananlar ve anneye olan kızgınlığı belli olduğu halde hiçbir tepki vermeyen kaygılı/kaçıngan bağlananlar. Main ve Solomon (98) yaptıkları çalışmada bu üç grubun içinde sınıflanamayacak, farklı ve tuhaf özellikler taşıyan bir dördüncü grubun varlığına işaret etmektedirler. Güvensiz/Dezorganize tip olarak adlandırılan bu dördüncü bağlanma tipindeki çocukların gösterdiği davranışlar Main ve Solomon (98)' un çalışmasında şu şekilde sıralanmaktadır:

- (a) ardı ardına gelen veya birlikte gözlenen çelişkili davranışsal yapılar,
- (b) yönelimi bozuk, belirsiz, tamamlanmayan ve aniden kesilen hareketler ve ifadeler,
- (c) garip hareketler ve postürler, asimetric ve yersiz hareket biçimleri,
- (d) donma, hareketsiz kalma ve su altındaymış gibi yavaşlamış hareket ve ifadeler,
- (e) aileden birini gördüğünde açık bir şekilde korkuya kapılma emareleri,
- (f) dezorganize davranış ve yönelim bozukluğuna ilişkin belirgin emareler.

Bağlanma tiplerine ilişkin çalışmalarda düşük risk grubundaki ailelerin çocuklarında dezorganize bağlanma tipinin görülme sıklığı %13-%14 civarında değışmesine karşın, ailede kötü davranışa maruz kalmış çocuklar arasında %80 oranında olduğu gözlenmiştir (50). Main ve Solomon (98)' un dezorganize bağlanma tipinin özellikleriyle ilişkili olarak sıraladıkları başlıkların, disosiyatif semptomotolojiyi çağrıştıran yönleri açıkça görülmektedir.

Bağlanma çeşitlerinden güvenli bağlanan grupta yer alan kişilerin, özellikle travmatik durumlar karşısında duygusal regülasyon mekanizmaları sağlıklı bir şekilde işlediğı için daha dirençli ve daha çabuk dengeye kavuşarak baş etme stratejilerini

mantıklı bir şekilde kullandıkları görülmektedir. Buna karşın kaygılı/ambivalent ve kaygılı/kaçıngan grupta yer alan kişilerin patolojik olduğunu ifade etmek yanlıştır. Bu kişiler karşılaştıkları stres doğurucu yaşam olayları karşısında duygusal dengelerine daha geç ulaşmakta ve güvenli bağlananlara oranla çok daha fazla çaba sarf etmeleri gerekmektedir. Yine de bu iki bağlanma tipinde yer alan kişilerin yaşam streslerine karşı yerleşik baş etme stratejilerinin olduğu görülmektedir. Bu anlamda düşük benlik saygısı, anksiyeteye yatkınlık ve sosyal ilişkilerde güçlüklerle ilişkili olduğu gözlenen kaygılı/ambivalent ve kaygılı/kaçıngan bağlanma tiplerinin doğrudan psikopatolojik olduğu söylenemez. Ancak güvensiz bağlanan gruptakiler arasında güvensiz/dezorganize bağlanma tipi hepsinden farklı olarak stres verici durumlara karşı yerleşik bir baş etme stratejisi oluşturamamış bir gruptur. Bu anlamda özellikle travmalar karşısında psikopatolojiye en yatkın grup olarak bu bağlanma tipi en yüksek riski taşıyan gruptur (50, 97, 99).

Andreson ve Alexander (100)' ın ABD' de geçmişte aile içinde enste maruz kalmış kadınlarla yaptıkları çalışmada, disosiyatif yaşantı ölçeğinden en yüksek puanların, dezorganize tip bağlanmaya denk düşen bir terminolojik sınıflama olan korkulu kaçıngan bağlananlar tarafından alındığı görülmüştür. Schuengel ve arkadaşlarının (101) Hollanda'da 78 anne ile yapmış oldukları yapısal analiz sonucunda, geçmişinde yaşanan çözümlememiş travmatik yaşantıların (yakın birinin kaybı gibi) annelerin disosiyatif yaşantılarıyla yakından ilişkili olduğunu bulunmuştur. Güvensiz bağlanan ve dezorganize grupta yer alan ebeveynler yoluyla travmanın kuşaktan kuşağa aktarıldığı, çocukların bağlanma davranışına olumsuz etkileri sonucu olası travmatik durumlara karşı kişiyi dirençsiz kıldığı ve disosiyatif semptomlara yatkın hale getirdiği genel olarak kabul gören bir öngörü olmaktadır (102, 103, 104).

2.2.6. Disosiyasyon ve hipnoz

Hipnoz, çevresel farkındalığın azalmasıyla birlikte yoğunlaşmış dikkatin artması durumudur (105). Hipnoza ilişkin bir başka tanımlama ise, yoğunlaşmış konsantrasyondaki artışla birlikte çevresel farkındalığın ve bağlamsal değerlendirmelerin azaldığı, kontrollü ve yapılandırılmış bir disosiyasyon durumudur

(53). Hipnotabilite disosiyasyonun yanında iki unsuru daha içerir: absorpsiyon ve telkine yatkınlık (105).

Çocukluk yıllarında süregelen bir biçimde travmatik durumlara maruz kalan kişilerden doğuştan hipnoza yatkın olanların, disosiyatif savunmaları karşılaştıkları stres durumlarında bir baş etme stratejisi olarak kullandıkları görülmektedir. Bu kişilerde görülen bedensel anestezi, vücut algısındaki değişimler ve amnezi yaygın olarak bildiren durumlardır. Süregelen biçimde yaşanan travmatik durumlara karşı gelişen disosiyatif savunma mekanizmalarının, kaçınılması güç görülen travmatik durumlar karşısında acıya dayanmayı sağladığı, olayın psikolojik etkilerini ve yaşanan durumdan dolayı hissedilen utancı azaltmaya hizmet ettiği düşünülmektedir. Hipnoza yatkınlıkla ilişkili olduğu bilinen disosiyatif savunma mekanizmalarının yaygın olarak kullanılması sonucu, disosiyatif spektrumda gözlenen en ciddi psikiyatrik rahatsızlık, disosiyatif kimlik bozukluğudur (9, 53).

Hipnoz durumunda kişilerde gözlenen analjezik algı genel olarak bilinen bir durumdur. Yapılan çalışmalar hipnoza yatkınlığı yüksek olan kişilerde ağrı eşiğinin çok daha yüksek olduğunu göstermektedir (106., 107, 108). Buna karşın, Ağargün ve ark. (109) yaptıkları bir başka çalışmada disosiyasyonla yakından ilişkili olduğu bilinen hipnoza yatkınlık düzeyinin yüksek olduğu gözlenen deneklerde ağrı eşiğinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Araştırmaların birbiriyle çelişen sonuçları, araştırma yöntemlerinden kaynaklanabilir. Ancak disosiyatif fenomen aynı zamanda pek çok semptomu bir arada barındıran bir sendromdur. Disosiyasyon düzeyiyle somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkisini gösteren pek çok araştırma mevcuttur (65, 110, 111, 112). Özellikle kadınların erkeklere oranla somatizasyon eğiliminin yüksek olduğu bilinmektedir. Bunun yanında, disosiyatif bozuklukta somatizasyon eğiliminin patolojinin ciddiyeti ve geçmişte yaşanmış çok sayıda ve süregelen travmatik durumlara işaret ettiği bildirilmektedir (79). Somatik semptomlar ise hipnoza yatkınlığın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (53). Bu anlamda patolojik disosiyasyon içinde de analjezik ve hiperjezik noniseptif algıyla belirli, farklı bir nozolojik ayrımın yapılması söz konusu olabilir. Bununla beraber, disosiyatif yaşantılara ilişkin veri elde etmek için hazırlanmış olan ölçeklerin daha çok sürekli özelliklere ilişkin ölçüm elde etmeye yönelik olduğu görülmektedir (113). Patolojik disosiyasyonun daha çok süregelen ve işlevsellikte bozulmaya yol açıcı, patolojik olmayan disosiyasyonun ise durumsal

olduğu düşünölmekle beraber, disosiyatif fenomene ilişkin noniseptif algı durumunun zaman içinde salınımlar göstermesi söz konusu olabilir.

Geçmişte cinsel travmayla karşılaşmış olan grupta hipnoza yatkınlık ve disosiyasyon arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Buna karşın ciddi travmatik olaylar yaşamamış olan gruptaki disosiyasyon puanları ile hipnoza yatkınlık arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (114).

2.2.7. Disosiyasyon ve ölüme yaklaşma deneyimi

Önceleri parapsikolojiye ait bir konu olarak algılanan, ancak son zamanlarda araştırmacıların rağbet etmeye başladığı ölüme yaklaşma deneyimlerine ilişkin literatür sayısındaki artış göze çarpmaktadır. Ölüme yaklaşma deneyimi (near-death experiences) yaşayanların ifade ettikleri ortak özellikler konuşamama, zaman algısında bozulma, durgunluk hissi, analjezi, vücuttan ayrılma algısı, halüsinasyonlar ve parlak bir ışığı görme olarak tarif edilmektedir. Bu durumu yaşayanlar yaşanan olayı travmatik olmaktan çok rahatlatıcı ve yaşama dair iç görü kazandırıcı bir deneyim olarak tarif etmektedirler (115). Ölüme yaklaşma deneyimi, ölüm tehlikesi yaşamış olanların bir kısmında gözlenen ortak bir grup yaşantı ile belirlidir. Bu durumu yaşayanlar olaya ilişkin farkındalıklarının olduğunu ifade etmektedirler (116). Kalp krizi geçiren deneklerle yapılan çalışmalarda ölüme yaklaşma deneyimi yaşayanların oranları %10-%18 arasında bildirilmektedir (117). Bu deneyimin gençler arasında yaşları büyük olanlara oranla daha fazla yaşantılandığı gözlenmiştir (118). Ölüme yaklaşma deneyiminin etyolojisine ilişkin endorfin (119), serebral hipoksi (120), hiperkarbia (121), serotonin yolları (122), limbik sistemdeki aşırı aktivasyon (123), temporal lopta epileptik şarj dengesizliği (124) ile ilişkili hipotezler öne sürölmüştür. Ancak beyin hipoksisinde daha çok bilinç sislenmesi görölür, endorfin ise halüsinojenik değildir. Buna karşın opiadlardan ketamin ve fensiklidin kullanıldığında bilinç değişimleri ortaya çıkmakta, analjesi ve halüsinasyonlar gözlenebilmektedir. Bu opiadlar ion kanallarında daralmaya neden olmakta, bir glutamat yan ürünü olan N-Methyl-D-Aspartat' ın etkinliğini düşürerek bilinç değişimlerine yol açmaktadırlar. N-Methyl-D-Aspartat agonisti olan glisin oranındaki artışın bilinç durumlarında farklılaşmaya yol açtığı bildirilmiştir. Bir glisin geri alım inhibitörü olan

glycyldodecylamide uygulaması sonucu disosiyatif analjezinin ortadan kalktığı gözlenmiştir (115).

Ölüme yaklaşma deneyimi yaşayanlarla yapılan sekiz yıllık bir boylamsal çalışma, bu kişilerin 8 sene sonra bile yaşama bakış açılarında aşkın bir durum ve ölüm korkularında ciddi bir azalma olduğunu göstermiştir. Bu kişilerin sosyal becerilerinde, empatik davranış ve diğer insanlara yönelik tolerans düzeylerinde ve aileleriyle olan iletişimlerinde, olumlu yönde bir artış bildirilmektedir (125). Geçmişte ölüme yaklaşma deneyimi yaşamış olan bireylerin intihar eğilimlerinin çok düşük olduğu gözlenmiştir (126).

Disosiyasyon fenomeninin kuramsal açıklamaları, geçmişte yaşanmış ölüm tehlikesi taşıyan travmatik olaylar karşısında daha ilkel bilinç düzeyine gerileyerek algıdaki değişimlerle, bu durumu olabildiğince az acı algılayarak atlatmaya yönelik bir savunma mekanizması olarak tarif etmektedirler. Disosiyatif bozukluk tanısı alan hastaların yaşadıklarını ifade ettikleri travmaların pek çoğu bir çeşit ölüme yaklaşma deneyimidir. Ancak bu iki feneomen arasındaki temel farklılık patolojik anlamda disosiyatif durumlara kısmen veya tamamen amnezinin eşlik ediyor olmasıdır. Yine ölüme yaklaşma deneyimi yaşayanlar, yaşadıkları durumu travmatik olmaktan çok keyif verici bir deneyim olarak tarif etmektedirler. Bununla beraber, ölüme yaklaşma deneyimi yaşayanların tarif ettikleri olaylar incelendiğinde, hepsi olmasa da bir kısmının disosiyatif semptomlara benzediği görülmektedir. Özellikle analjezi ve vücuttan ayrılma (depersonalizasyon) disosiyatif fenomenin önemli semptomları arasındadır. Bahsi geçen fenomenin nörobiyolojisiyle disosiyasyonun nörobiyolojik açıklamaları arasındaki benzerlik de ilgi çekici durmaktadır. Kişinin ölümcül hastalıklarda olduğu gibi, ölümü beklediği bir süreçte yaşadığı bir kriz sonucu yaşantıladığı deneyimlere ölüm döşegi vizyonu denilmektedir; bir diğeri ise kişinin beklemediği bir anda ölümcül bir durumla karşılaşmasıdır. Geçmişte yapılmış ölüme yaklaşma deneyimiyle ilişkili araştırmalara içerik analizi yapılan bir çalışmada, ölüme yaklaşma deneyimleri travma sayılabilecek durumlarda çok daha fazla yaşanmaktadır (127).

Greyson (128)' un geçmişte ölüme yaklaşma deneyimi yaşamış olan 96 kişi ve 38 kişilik kontrol grubuyla gerçekleştirdiği çalışmada, ölüme yaklaşma deneyimi yaşayanların toplam DES puanları ve patolojik DES-T puanlarının bu deneyimi yaşamamış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ($P < 0.001$).

Buna karşın deney grubunda bulunan deneklerin disosiyatif puanları patolojik sınırların altındadır. Bu konuda yeterli sayıda çalışma yapılmamış olmasına karşın ölüme yaklaşma deneyiminin patolojik olmayan disosiyatif bir yaşantı olduğu söylenebilir.

2.3. Anksiyete Kavramı

Kierkegaard (129)' a göre kişinin benliği düş görmektir. Kaygı ise korkudan farklı bir kavramdır. Çünkü korkunun bir nesnesi olduğu halde kaygının nesnesi hiçliktir. Bu nedenle kaygı hayvana yüklenmiş bir kavram değildir. Çünkü benlik insana ait bir özelliktir. Kaygı, benliğin nitelik kazanması durumudur. Kişi kaygıdan kaçınır, buna karşın onsuz da yapamaz ve kaygıya kapılacağını bildiği halde ona sarmalanır. Benliği kendine bağlayan şey kaygıdır. Benlik sığılaştıkça, kaygı azalır. Kaygı olmazsa, benlik ayakta duramaz ve benlik kendisini bir anda kendi dışında bulur.

Heidegger (130) varlığı dünya içindeki bir fırlatılmışlık olarak algılar. Varlık için dünya bir proje gerçekleştirme yeridir. Her ne kadar varlık dünya üzerinde bir birliktelik içinde olmakta ise de, varlığın asıl anlamı otantik olanda, yani özsel varlığı gerçekleştirmekte saklıdır. Varlık bu birliktelik içinde genellikle otantik olmayan bir biçimde var olmaya yoluna gider, yani onların-kendiliğini yaşar. Bu durum varlık için bir düşmüşlüğü ifade eder. Varlık ise kendini ancak kaygı ile açığa vurur. Varlığın anlamı sorunu olan temel ontoloji, kaygının serimlenmesine bağlıdır. Varlık dünyada kendinden kaçmak adına onlarla yüzleştğinde, kaygı onu yine kendine çeviren olmaktadır. Kaygı dünyasal varlığa ilişkin duyulmaz, bu ancak korku ile tarif edilebilir. Endişe ise hiçbir yerdedir. Hiçbir yerdelik varlığı dünya üzerinde yok etmez. Aksine kaygı sonucu ontolojik varlığa dönmek, kendi varlığını olanaklı kılar. Bu olanaklılık, aslında varlığı özgür kılan şeydir. Dünya üzerindeki varlığın çekirdeğinde olan endişe, ne zaman ortaya çıkarsa onu “onların” dünyasındaki karışmışlıktan çeker, onu tekrar varolma noktasına taşır ve özgür seçimlerin olanaklılığını sunar (130).

Psikanaliz insanı biyolojik yaşam zinciri içinde bir organizma olarak görür. Anksiyete organizmayı çevreden gelen tehlikelere karşı uyarma, uyum sağlama ve

yaşamı sürdürebilme işlevine katkıda bulunan temel mekanizmadır (131). Anksiyete gerçek dışı ve mantığa aykırı olduğu noktada uyum sağlama işlevini yitirir ve kişinin uyumunu bozucu patolojik bir rol üstlenir. Psikanalize göre anksiyete üç başlık altında incelenir:

1. Gerçeklik Anksiyetesi: Organizmanın biyolojik devamlılığını sağlayabilmesi adına gerçek dünyada kendi için zararlı olabilecek durumlara ilişkin geliştirdiği bir iç görüdür. Bu anlamda korku ile eş anlamlı kullanılmaktadır. Gerçeklik anksiyetesinin doğuştan getirilen kalıtsal bir yönünün de olabileceğini düşünmektedir. Yine zaman içinde dış dünya ile yaşanan deneyimler sonucu gerçekleşen öğrenmelerin bu tip anksiyetenin oluşmasında önemli rol oynadığını düşünmektedir.

2. Vicdan Anksiyetesi: Süperegoun ego üzerindeki etkisi ile ortaya çıkar. Süperegoda içselleştirilmiş yasakları ifade eden vicdanın yapılmasını uygun bulmadığı durumlar karşısında ego üzerinde baskı kurması durumuyla yakından ilişkilidir. Bunun yanında içselleştiren özdeşimler içeren ego idealinin beklentileri de bu tip anksiyetenin nedenleri arasında görülmektedir.

3. Nevrotik Anksiyete: İdden gelen tehlikelerin egodaki bilinçdışı olarak algılanmasıyla ortaya çıkar. Kişi bu durumun nesnesini algılayamaz ve savunma mekanizmalarına başvurur. Normal koşullarda bilinç dışı içerik savunma mekanizmalarıyla bilinçten uzak tutulur. Ancak bilinç dışı içeriğin yoğun askısı altında savunma mekanizmalarının çok yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanması kişinin işlevselliğini bozar ve patoloji ortaya çıkar.

Psikanalizin özellikle üzerinde durduğu nevrotik anksiyete ise üç başlık altında kavramlaştırılmıştır:

1-Bağılantısız Anksiyete: O anda ortaya çıkabilecek herhangi bir duruma bağlanmaya hazır bir anksiyete çeşididir. Egonun zayıflığından kaynaklanır ve kişide sürekliliği olan bir karamsarlık durumuna neden olur.

2.Fobik Anksiyete: Belirli bir nesneye veya duruma karşı duyulan yoğun korkularla belirlidir. Ancak tepkinin yoğunluğu, korkulması gerektiği varsayılan durumun ciddiyetiyle orantısızdır.

3.Anksiyete Nöbeti: Genellikle birkaç dakikadan birkaç saate kadar uzayan panik durumlarıyla belirlidir (132).

Psikiyatrik değerlendirmede anksiyete tanısı DSM-IV içinde, kendi içinde bütünlük taşıyan altı kategori altında ele alınmıştır: panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobik bozukluk, akut stres bozukluğu ve post travmatik stres bozukluğu, ayrışmamış anksiyete bozukluğudur. Bu alanda yapılmış çalışmalar kaygı bozukluklarının yaşam boyu görölme sıklığının %13.1 olduğunu bildirmişlerdir (133).

Bu çalışmada sürekli kaygı bağlamında ifade edilen kavram, ačíısından DSM-IV’ te yaygın kaygı bozukluğunun kapsamı içinde ele alınan ruhsal rahatsızlığın tanı kriterlerinin özelliklerine, diğer kategorideki başlıklara göre daha uygun düşmektedir. Yine yaygın kaygı bozukluğuyla tanımlanmış olan kriterlere uygun koşulların, o ana özğü olarak kısa süreli yaşanması durumu, durumluk kaygı bağlamında ele alınmaktadır. Buna karşın, araştırmada kaygı kavramı bağlamında hedeflenen, çalışmaya katılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinden yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alabilecek olanları belirlemek değil, anksiyete düzeylerine ilişkin diğer değişkenler hakkında yorum yapabilmek amacıyla bilgi edinmektir. Yaygın anksiyete bozukluğunun DSM-IV’ e göre tanı kriterleri şunlardır:

A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, bir çok olay yada etkinlik hakkında (işte yada okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ya da endişe (kuruntulu beklentiler) duyma.

B. Kişi endişesini denetlemekte güçlük çeker.

C. Anksiyete ve endişe, aşağıdaki altı belirtiden üçüne (ya da fazlasına) eşlik eder (son altı ay boyunca hemen her zaman bazı belirtiler bulunur).

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin bulunması yeterlidir.

(1) Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe,

(2) Kolay yorulma,

(3) Düşünceleri yoğunlaştırmakta güçlük çekme ya da zihni durmuş gibi hissetme,

(4) İrritabite,

(5) Kas gerginliği,

(6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuzluk ya da dinlendirmeyen uyku),

D. Anksiyete ya da endişe odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ve endişe bir panik atağı olacağı (panik bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerede utanç duyacağı (sosyal fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma

(ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi), kilo alamama (anoreksiye nervozada olduğu gibi), bir çok fizik yakınmaların olması (somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve endişe yalnızca post travmatik stres bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Anksiyete, endişe ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal mesleksi alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. Hipertroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve yalnızca bir duygu durum bozukluğu, psikotik bir bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır (2).

DSM-IV' teki anksiyete bozuklukları başlığı altında, çalışmada ele alınan diğer konulardan geçmişte travmalar ve disosiyasyon ile ilgili iki başlık dikkat çekicidir: Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. Aynı zamanda disosiyasyon ve travma spektrumunda olduğu kabul edilen bu iki bozukluğa ilişkin DSM-IV tanı kriterleri disosiyatif semptomlar içinde değerlendirilmektedir (55). Özellikle hayatı kaybetme riski taşıyan travmalar sonrası verilen en tipik psikiyatrik cevabın akut stres bozukluğu veya post travmatik stres bozukluğu olduğu bilinmektedir. Bu anlamada DSM-IV' teki travma sonrası stres bozukluğunun tanı kriterleri akut stres bozukluğunun tanı kriterleriyle binişmesine karşın iki anksiyete bozukluğu arasındaki temel ayırıcı tanı kriteri travma sonrası stres bozukluğunun bir aydan daha uzun bir süre devam etmiş olması veya ilk travma sonrasında ilk 6 ay içinde gecikmiş olarak ortaya çıkmasıyla belirlidir. DSM-IV' te travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterleri şunlardır:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1) Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışlarla tepkilerini dışarıya vurabilirler.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1) Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. **Not:** küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.

(2) Olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.

(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyormuş olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyormuş gibi olma duygusunu, illüzyonları, halisünasyonları ve dissosiyatif flashback epizodlarını kapsar).

(4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran içi ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun psikolojik sıkıntı duyma.

(5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran içi ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

(1) Travmaya eşlik etmiş olan duygu, düşünce ve konuşmalardan kaçınma çabaları.

(2) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ve kişilerden uzak durma çabaları.

(3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama.

(4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması.

(5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlardan yabancılaştığı duygusu.

(6) Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama).

(7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olamama).

D. Aşağıdakilerden ikisinin ya daha fazlasının bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) Uykuya dalmakta veya sürdürmekte zorluk

(2) İritablite yada öfke patlamaları

(3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorluk çekme

(4) Hipervijilans

(5) Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur (2).

DSM-IV travma sonrası stres bozukluğu semptomları için ayırt edici alt özellikler olarak, semptomların 3 aydan kısa sürmesi halinde akut, semptomların 3 aydan daha uzun sürmesi halinde kronik ve semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra görülmeye başlamışsa gecikmeli başlangıçlı olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

2.4.Ölüm Anksiyetesi

2.4.1.Ölüm kavramı

Klinik anlamda ölüm, organizmanın bütünlüğünün kaybolduğu an olarak tarif edilmektedir. Vücutta organizmanın bütünlüğünü sağlayan bölüm beyin sapıdır ve beyinin ölümü organizmanın canlı olma durumunun son bulması koşulu olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda ölüm, beyin fonksiyonlarının geri dönülmez bir şekilde son bulması durumu olarak tanımlanmaktadır (134). Klinik olarak bir insanın ölmüş olduğuna karar verebilmek için öncelikle kalp atışlarının durmuş olması, sonrasında beyindeki EEG aktivitesinin, solunum ve refleks aktivitelerinin tamamen kaybolması durumu temel kriterler olarak benimsenmektedir. Buna karşın, beyin ölümü kavramı yine de etik tartışmaların odağı olmaya devam etmektedir (135). Buna karşın, ölümün kişisel anlamı ve yaşarken farkındalık alanımız içinde olan, belki de tamda farkındalık alanımız dışındaki kavram olarak ölüm kavramı çok daha derin felsefi ve bilimsel tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır.

2.4.2.Ölüm kavramına ilişkin kuramsal açılımlar

1970' li yılların başında yayınlanan Elizabeth Kübler-Ross (136)' un ölümüne yaklaşmakta olan hastalar üzerine yaptığı çalışması psikoloji ve psikiyatri literatürüne ölüm kavramına üzerine yapılan çalışmaların ve ilginin artmasında önemli rol oynamıştır (137). Kübler-Ross (136) ölümcül hastaların ölüm sürecinde yaşadıkları durumları 400 hasta üzerinde gözlemlemiş ve bu süreçte hastaların yaşadıkları psikolojik değişimleri ölüme uzanan gelişim evreleri şeklinde 5 aşamada kavramlaştırmıştır:

1. Yadsıma Evresi: Bu aşamada öleceğini öğrenen hastaların çoğu acı verici gerçeği kabullenememekte ve durumu görmezlikten gelmeyi tercih etmektedirler. Bu evrede medikal tedavi girişimlerinin hasta tarafından ısrarla reddedildiği ve kendine ölümü anıştıran hastalığıyla ilgili her türlü çağrışımından kaçınıldığı gözlenmiştir. Bu yadsıma dönemi pek çok hasta tarafından hastalığın etkisi sonucu, sağlık problemlerinin ağırlaşmasıyla atlatılmakta buna karşın, bir kısmının öleceği zamana dek yadsımayı bir savunma mekanizması olarak kullanmaya devam ettiği gözlenmektedir.

2. Kızgınlık Evresi: Yazar hastaların hastalıklarıyla yüzleşmeye karar verdiği andan itibaren bu evreye geçtiklerini ifade etmektedir. Bu evre aslında 'neden' sorusunun sorgulandığı bir evredir. Ölümcül hastalardan kızgınlık evresini yaşayanlar, pek çok insan dururken kendi başlarına gelen bu haksız durumun sorumlusunu aramaktadırlar. Bu aşamada, sağlık personeliyle yaşanan çatışmalı durumlardan söz edilmektedir. Kişi bu evrede karşılaştığı içinden çıkılmaz durumun sorumlusunu aramaktadır. Yine kişilerin kendilerine bildirilen acı durumun doğru olmadığını ispat edebilmek için doktor doktor dolaştıkları ve kendilerine önerilen tedavi reçetelerine ısrarla direnmeye çalıştıkları gözlenmiştir. Aslında bu tutumlar kişilerin kendilerine ölümü konduramadıkları, yadsıma evresinin bir başka fazı olarak da değerlendirilebilir. Kısmen durumun ciddiyetinin bilinç sınırları içinde anlaşılmaya başlandığı dönemdir.

3. Pazarlık Evresi: Bu evre kaçınılmaz olandan kurtulmak üzere içsel bir pazarlığın başladığı aşama olarak tarif edilmektedir. Dehşet verici gerçeğin acı yüzünden kurtulmak üzere bu durumdan kurtulmasını sağlayacak varlıkla bir ittifak kurma arayışları öne çıkmaktadır. Kişi bu aşamada çarpıtıldığı elem verici cezadan kurtulabilmek için kendini affettirme çabasına girişmektedir.

4. Depresyon Evresi: Bu evrede hastaların pek çoğunda, yaşadıkları travmayla mücadele edemeyerek depresyonun geliştiği bildirilmektedir. Kişi pazarlığın

sonucunda, acı sona doğru gidişin değişmediğini görür. Hastalığın getirdiği zorluklar, hastaların kendilerinde gözledikleri değişimler ve işlevselliğin gitgide kaybediliyor olması, ölümden kaçınmak için kullanılan savunma mekanizmalarının karşılaşılan durumun ciddiyetini örtmesine olanak tanımaz hale getirir. Ölümü kabullenememe durumunun devam etmesi depresyonu derinleştiren bir etken olmaktadır.

5. Kabullenme Evresi: Bu evreyle birlikte hastalarda bir rahatlama, içsel dünyalarında bir sakinliği yaşamaya başladıkları gözlenmiştir. Kabullenmeyle birlikte cinsiyetten bağımsız bir şekilde, kişilerin ölüme yaklaştıkları her anın üzüntüden uzak bir şekilde yaşanmaya başlandığı bildirilmektedir. Panik halinde bir çıkış umudu bulma arayışları artık son bulmuştur. Buna karşın, Kübler-Ross (136) son dakikalarında bile, hastaların içinde mucizevi bir kurtuluş beklentisinin canlı kaldığını ifade etmektedir.

Sosyobiyolojik kurama göre davranış, organizmanın çevreye uyum sağlayarak hayatta kalmasına hizmet eden yaşantılardır. Sosyobiyolojik kuramın önde gelen temsilcilerinden ve psikoloji biliminin gelişmesine önemli katkılar sağlamış kuramcılardan birisi Sigmund Freud' dur (131). Psikanalitik kuram insanın ruhsal yaşantısına ilişkin öngörülerini, biyolojik ihtiyaçların ruhsal yansımaları olan dürtüler üzerine kurmaktadır. Yaşama güdüsü, bu güdünün temel kaynağı olan gerçek ruhsal varlıktan (id) gücünü alır; süper egonun engellemelerine karşın ve egonun yardımıyla medeniyetin getirdiği sınırlar içinde yaşamda kalmaya hizmet eder. Buna karşın, doğanın acımasızlığından ve yok edici gücünden korunabilmek adına ortaya çıkmış toplum kurallarıyla idin dürtüsel yaşamına getirilen kısıtlamalar, her halükarda insanoğlunu nevrotik kılmıştır (138). Freud' un kuramsal yaklaşımı incelendiğinde, çalışmalarının ağırlığını insanın yaşama güdüsünü çözümlemeye adanmış olduğu görülür. Bu anlamda psikanalitik yaklaşımın bir diğer adı da dürtü kuramıdır. Oysa ki, nesne ilişkileri kuramına göre gelişimin üst basamaklarına geçişin ön koşulu çift değerlikli düşünebilme yetisidir. En olgun ve sağlıklı kavrayış kavramların karşıtlarıyla birlikte çözümlendiği yaklaşımdır. Bu anlamda, psikanalizin ölüm güdüsüne ilişkin hiçbir şey belirtmediğini öne sürmek büyük bir haksızlık olur. Freud (139)' a göre 'tüm hayatın hedefi ölümdür'. Bu bağlamda psikanalitik yaklaşım, ilk başta ölüm kavramına, bakış açısının merkezinde olan 'homeostasis' kavramı bağlamında yaklaşır. Freud (139), Haz ilkesinin Ötesinde kitabı ile kişinin haz almasına yönelik etkinlikleri kapsayan psikolojik etkinlikleri ve sonrasında dürtünün doyurulmasından kaynaklanan rahatlama

durumunu birbirinden ayırtmaktadır. Dürtünün doyurulması sonucu organizmanın kavuşmuş olduğu sükunet ve ya durağanlık ‘Nirvana İlkesi’ olarak ortaya çıkar. Bu bağlamda haz ilkesi, organizmanın yaşamda kalmasına hizmet eden cinsel merkezli yönelimlerin odağında işlev görürken, bu durumun karşısında homeostasis ölümün bir temsili olarak ortaya çıkar. Yaşam, yaşam ve ölüm içgüdüleri arasındaki dönüşümlerle devam eder.

Dürtü kuramı sonrasında ölüm kavramını obsesif-kompulsif bir yapı içinde kavramaya başlamıştır. Bu yaklaşım tarzı Freud (138)’ un Uygarlığın Huzursuzluğu’ nda çizdiği karamsar tabloyla örtüşmektedir. İnsanoğlu yaşamda kalmak adına kurduğu medeniyet içinde mutlak dürtüsel tatmini yakalayamadığı için, tekrar tekrar dürtüsel haz deneyimlerine girişir. Bu durumun altında mükemmeliyetçilik arzusu yatar. Freud (138)’a göre mutlak olan haz dürtüsünün sınırsızca tatmine ulaşması durumudur. Bu durum sosyal yaşamda hiçbir zaman eksiksiz biçimde tamamlanamaz. Nevrotik obsesif-kompulsif eğilimlerin altında bu bütünlüğe ulaşma arzuları yatar. Bu anlamda tekrar zorlantısının haz ilkesinden daha temel ve ondan bağımsız işleyen bir prensip olduğunu öne sürer. Organizma nihai olarak yaşamın fışkırdığı inorganik ya da ölü düzeye geri dönme yönündeki bir eğilimden çıkan, genel bir önceki durumu yeniden tesis etme adına güçlü bir eğilim duymaktadır. Bu durum organizmanın ölüm içgüdüsünü temsil eder.

Son olarak, psikanaliz insanın içindeki sado-mazoistik karmaşaya gönderme yapar. İnsanoğlunun içinde benliğe yönelmiş bir mazoşizm vardır ve sadizim ölüm içgüdüsüyle özdeşleştirilen bu birincil mazoşizmin dışa dönmesi durumudur. Psikanaliz bu son açılımında ölüm içgüdüsünü saldırganlık dürtüleriyle birleştirir. Bu bağlamda kaynağını yaşam iç güdüsünden alan cinsel dürtüler haz ilkesiyle birlikte işleyerek organizmanın yaşamda kalmasına hizmet ettiği halde, ölüm iç güdüsünden kaynaklanan saldırganlık dürtüleri de yaşamı devam ettirmek adına yok etmeye hizmet eder (140).

Otto Rank (141) psikanalitik kuramın kurucuları arasında yer almış ancak, merkezine ölüm ve yaşam korkularını yerleştirdiği yaklaşımıyla Freud’ un bu yük tepkisini çekerek psikanaliz camiasından dışlanmış. Psikanalize göre temel anksiyete doğum anksiyetesidir (91). Rank (141), doğumun bir anksiyete kaynağı olarak farklı bir anlama geldiğini ifade etmektedir. Ona göre insanoğlunun yaşamda farklı niteliklere sahip olsa da kazanacağı en önemli nitelik bireyselleşebilmesidir. İnsanoğlu doğum

olayıyla birlikte birine bağımlı ve çaba gerektirmeyen bir durumdan, ayrı bir varlık olarak hayatta kalması ve bunun için çabalamasını gerektiren başka bir faza geçiş yapar. Bu anlamda kişinin yaşamda tek başına yaşama gücünü edinebilmesi imkanları yaşam korkuları ve suçluluğu özünde barındırır. Yaşam korkusunun karşısında döl yatağı içinde sürdürdüğü güvenli yaşama dönüş anlamını taşıyan ölüm korkularının bulunduğunu ifade etmektedir. Kişi bireyselleştikçe başka birlikteliklere kapılarını açar. Yeni birliktelikler ve sosyal çevreye uydumculuk ölüm korkularını beraberinde getirir. Kişinin yaşamda kazanması gereken yaşam ve ölüm arasında gidiş gelişlere kendini hazırlamasıdır. Bu anlamda doğum olayı, bu iki yaşam çelişkisini içinde barındıran bir travmadır (141).

Dürtü yaklaşımı sonrasında psikanalitik kuram içinde, nesne ilişkileri yaklaşımının ölüm dürtüsüne ilişkin önemli bir açılımı söz konusudur. Nesne ilişkileri yaklaşımının öncüsünü olan Klein (142) kuramsal yaklaşımında kişinin erken dönem tek değerlikli düşünce yapısının çift değerlikli dönüşümüne önem verir. Yeni doğanın ruhsal yaşantısı dürtü kuramından farklı olarak egonun oluşumuna dek geçen süreçte içine kapalı bir yapı değil, aksine nesne ilişkileriyle şekillenen bir özellik taşır. Bebeğin ruhsal yaşamında onu korkutucu ve zarar verici imagolar önemli rol oynar. Bu anlamda yeni doğan için ölümün ve yok oluşun bir sembolik temsili olan içsel sadistik imajinasyonlara karşı kendilik nesnesi olan bakım verenle kurulan güvenli ilişki önemli rol oynar. Kurama göre ilk döneme ait bu sadistik yapıların etkisinin aşılabilmesi ve bakım verenle güvenli bir ilişkinin kurulabilmiş olması ruhsal gelişimin sağlıklı olmasının ön koşulu olan tek değerlikli içsel temsillerin birleşerek, çift değerlikli daha olgunlaşmış içsel temsillerin oluşturulmasının ön koşuludur (142).

Heinz Kohut (92) Kendiliğin Yeniden Yapılanması' nda benlik psikoloji bağlamında, tamamen teknik bir biçimde yaptığı kuramsal açılımlarına ek olarak şunları ifade etmektedir: "Hatta şu umudu taşıyorum: kendilik psikolojisi belki bir gün nasıl olup da bazı insanların ölümün kaçınılmazlığını yaşamın tümüyle anlamsız olduğunun kanıtı olarak değerlendirirlerken (işin tek iyi yanı, insanın yaşamın anlamsızlığıyla onu süslemeden yüzleşebilme kapasitesinden duyduğu gururdur) diğerlerinin ölümü anlamlı bir yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edebildiklerini açıklayabilecektir." (syf.191).

Yalom (143) insan psikolojisini insanın varoluşsal kaygılar karşısında almış olduğu tavırlar bağlamında ele almaktadır. Bu anlamda, insan davranışının altında sosyobiyolojik kuramın vurguladığı şekliyle salt biyolojik arzu ve isteklerin ötesinde bir şeyleri aramak gerekir. Aslında insanoğlunu insan yapan da biyolojinin ötesine geçerek, varoluşsal kaygılara ilişkin bir farkındalık edinmek ve onlara karşı otantik bir tavır geliştirebilmektir. Yalom (143)' a göre insanoğlunun karşılaştığı temel varoluşsal sorunsallar dört başlık altında toplanabilir: ölüm, özgürlük, anlamsızlık ve yalıtılmışlık. Bu anlamda insan doğumundan itibaren sabit bir zemin arar, bir süreklilik içinde varolmak için çabalar. Ancak ölüm bu çabaların karşısında zeminsizliğin kendisidir. Ölüm, insanoğlunun sürekli olarak varolup gitme isteği ile ölümle gelecek sonun arasındaki çelişkinin kaygısını sunar. Bir yönüyle insanın özgürlüğe, anlama ve yalıtılmışlığına ilişkin kaygıları da kanımca varolamama kaygılarından kaynaklanır ve varolmama aslında yok olmanın başka bir formu değil midir?

Felsefi akımlar içinde varoluşçular ölümü insanoğlunun yaşamdaki en büyük çelişkisi ve kaygı kaynağı olarak ele alırlar. Bu anlamda yaşamın karşısına ölümü koymak yaşamı yok saymaktır. Heidegger varoluşun olanaklılığının ancak ölümle gerçek anlamda bir yüzleşmeyle mümkün olabileceğini savunur. Varlık yaşamda hiçbir zaman mutlak anlamda bir bütünlüğü yakalayamaz. Varlığın kendi bütünlüğüne veya tamlığına ulaştığı an onun dünya içinde varlık olma özelliğini kaybettiği andır. Aynı zamanda varlığa varolma olanaklılığını sunan şey de, varlığın kendi ölümüne ilişkin sahip olduğu iç görüşüyle ilişkilidir. Varlık aynı zamanda dünyada diğerleriyle- birlikte olan konumunda olduğu için kendi varlığının tamlığının, diğerlerinin ölümü ile birlikte nesnel olarak dışarıdan tecrübe edebilir. Ancak her varlık için ölüm kendi Dasein' ına özel bir durumdur ve bu durumu kimse ondan alamaz. Dasein kendi olgunluğuna ve tamlığına ancak kendi ölümüyle kavuşur. Varlığın olanaklılığı, sonluluğu ve tamlığı açısından değerlendirilecek olursa, kaygının önemi daha da artar. Ölüm varlığa dünya üzerinde mutlak varoluşun olanaksızlığı önünde, varolmanın olanaklılığını sunar. Heidegger' e göre kaygının gerçek anlamda tanımı, ölümle yüzleşmenin endişesidir. Ölüm, kaygıda temellenir. Varlığın gündelik yaşamdaki düşmüşlüğü ve onların kendiliği içinde otantik benliğin kaybı içinde, varlığın otantik çekirdeğini nesnel olarak bir diğerinin ölümüyle deneyimlenir. Ancak asıl olarak varlığın varolma olanaklılığını kendi ölümüyle yüzleşme durumu ortaya çıkarır (130).

2.4.3.Ölüm kaygısı

Bauman (144)' a göre ölüm, insan aklının çaresiz kaldığı noktadır. Kültür ölümün acımasız yüzünü kapatmak için yapılandırılmış bir örüntüdür. Bu anlamda toplumların kültürel yapılanmalarını ve değişim sürecini, o toplumun ölüme ilişkin bakış açısı belirler. Kültürler arası araştırmalar benlik tasarımlarının özelliğine göre iki temel ayrımı karşımıza çıkarmaktadır. Batılı anlamada özerkliği öne çıkaran bireyselleşmiş benlik tasarımı ve doğu toplumlarının neredeyse hepsinde gözlenen sosyal ilişki ve bağılıklara önem veren bağımlı benlik tasarımları. Bu iki farklı benlik tasarımına sahip bireylerden oluşan toplumların, ölüm sorunsalına bakış açıları ve ölüme ilişkin kaygıyla baş etme yöntemlerinin de benlik tasarımlarına uygun olması beklenen bir durumdur (145).

Avustralya ve Japonya 'da karşılaştırmalı olarak yapılan kültürler arası çalışmada, Avusturalya' dan yaşları 17-69 arasında değişen 69' u kadın ve 70' i erkek olmak üzere toplam 139 kişi, Japonya' dan yaşları 22-65 arasında değişen 77' si erkek ve 44' ü kadın olmak üzere toplam 121 kişi araştırmaya katılmıştır. Çalışmada Japon deneklerin ölüm kaygısı ölçeğinden Avusturalyalı deneklere göre, anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları görülmüştür ($t = 2.97, P < 0.001$). Avusturalyalı kadınların uygulanan ölçekten aldıkları puanlar erkeklere göre anlamlı biçimde yüksek çıktığı halde ($t = 3.89, P < 0.001$), Japon kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (146).

Nijerya ve Avustralya' da gerçekleştirilen kültürler arası araştırmaya 92 Nijeryalı (65 erkek, 27 kız) ve 114 Avustralyalı (30 erkek, 84 kız) öğrenci katılmıştır. Her iki ülkedeki deneklere de ölüm anksiyetesi ölçeği ve ölüm fantezisi ölçeği uygulanmış, son olarak deneklerden kendi sonlarına ilişkin bir senaryo yazmaları istenmiştir. Sonuç olarak iki ülkenin katılımcılarının ölüm anksiyetesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bununla beraber her iki toplumda da ölüm anksiyetesi puanları arasında cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Nijeryalı öğrencilerin kendi sonlarını daha çok nötr bir şekilde tasvir ettikleri halde, Avustralyalı öğrenciler pozitif veya negatif metaforlar kullandıkları görülmüştür ($\chi^2 = 21.9, P < 0.001$) (147).

Yazıcı (148) İstanbul’ da Semiha Şakir Huzurevi, Bakırköy Huzurevi ve Etiler Dinlenme ve Bakımevi’ nde kalmakta olan 140 kişilik yaşlı grubu üzerinde günlük yaşam aktiviteleriyle ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Çalışmaya katılanların ölüm anksiyetesi ölçeğinden %36.2’ sinin düşük, %47.1’inin orta ve %16.7’ sinin yüksek düzeyde puanlar elde ettikleri görülmüştür. Ölümü yaşlıların %51’ i kader, %31’i rahatlık ve %26’ sı ise korkunç son olarak değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda yaşlı insanların günlük aktiviteleriyle ölüme ilişkin korku ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Suhail ve Arkam (149) çalışmalarında ölüm anksiyetesi ile yaş ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi irdelemektedirler. Pakistan’ da yapılan araştırmaya 66’ sı erkek ve 66’ sı kadın olmak üzere toplam 132 kişi katılmıştır. Çalışmanın deseninde 16-30 yaş arasındaki denekler genç grubu, 55-70 yaş arasındaki denekler yaşlı grubu temsil etmektedirler. Yapılan 3x2 varyans analizinde, deneklerin eğitim durumu, aylık gelir düzeyleri ve medeni durumlarının, yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Yaş ve cinsiyet faktörüne göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden alınan puanlar 2x2 anova deseninde analiz edilmiş, yaş ($F = 32.09$, $P < 0.001$) ve cinsiyetin ($F = 3.84$, $P < 0.05$) etkisi anlamlı buluşturmuştur. Buna göre uygulanan ölçekten yaşlı gruptaki denekler ($\bar{X} = 9.63$), genç gruptaki deneklere ($\bar{X} = 7.38$) göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar almışlardır. Yaşlı gruptaki erkek ve kadın deneklerin ortalamaları arasındaki fark anlamlı çıkmadığı halde, genç gruptaki kadınlar erkeklere göre daha yüksek skorlar elde etmiştir ($t = 2.86$, $P < 0.05$).

İsrail’ de yapılan bir çalışmada çocukluk veya ergenlik yıllarında kendisi için önemli olan bir yakını kaybetmiş 86 kişilik bir grup ile yakın zamanda bir yakını kaybetmiş olan bir diğer 86 kişilik grubun ölüm anksiyetesi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, yakın zaman da yakını kaybetmiş olanların anksiyete düzeylerinin geçmişte hiç yakını kaybetmemiş ve daha geç bir dönemde kayba uğramış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür ($P < 0.01$). Erken yaşta ve yakın zamanda bir yakını kaybeden grupların aldıkları ölüm anksiyetesi puanları üzerinde yaşı önemli bir etkisi tespit edilmezken, her iki grubun puanları üzerinde de cinsiyetin önemli etkisinin bulunduğu gözlenmiştir ($P < 0.05$) Erken yaşta yakınlarını kaybeden kadınlar ($\bar{X} = 4.10$), yakın zamanda yakınlarını kaybetmiş olan kadınlara ($\bar{X} = 2.81$) göre ölüme ilişkin kaygı ve korkuları daha yoğun yaşadıklarını

bildirmişlerdir. Erken kayba uğrayan kadınların ölüme ilişkin kaygı ve korku düzeyleri, aynı kategoride yer alan erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır ($P < 0.01$) (150).

İsrail’ de yapılan bir diğer çalışmada yaşları 40-56 arasında değişen, 97 erkek katılımcının olumsuz yaşam olayları, baş etme stratejileri ve ölüme ilişkin kaygıları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme stratejileri problem odaklı, duygu odaklı, kaçınma ve destek arayışı başlıkları altında ele alınmıştır. Araştırmada kişisel ölüm korkuları ölçeği ölüm anksiyetesinin ölçülmesinde kullanılmıştır. Bu ölçek kendini gerçekleştirme, benliğin dağılması, ailesel sonuçlar, sosyal kimlik ve transandantal sonuçlar alt ölçeklerinde ölüme ilişkin korkuların ölçümünü vermektedir. Elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda, ölüme ilişkin korkular ile olumsuz yaşam olayları ve duygusal odaklı baş etme stratejileri arasında, pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bildirilmiştir ($P < 0.01$) (151).

Hong Kong’ da yaşayan, yaşları 18 ile 26 arasında değişen, 105’ i erkek ve 177’ si kadın olmak üzere toplam 282 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, ölüm anksiyetesi ile sağlık kontrol odağı (health locus of control) ve kendilik yeterliliği algısı (self-efficacy) arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre ölüme ilişkin kaygılar ile kendilik yeterliliği algısı ($r = -0.28$, $P < 0.01$) ve yaş ($r = -0.12$, $P < 0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkilerin varlığı gözlenmiştir. Ölüm anksiyetesi ve dış merkezli sağlık kontrol odağı alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir pozitif ilişki bildirilmektedir ($r = 0.14$, $P < 0.05$). Bu sonuç, ölüme ilişkin korkuları yoğun olarak yaşayan kişilerin dışsal yönlendirme yapılmadığında sağlığını ihmal ettiğini göstermektedir. Kadın ve erkeklerin ölüm anksiyetesi puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması sonucu, kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı görülmüştür ($t = -4.23$, $P < 0.05$) (152).

Fortner ve Neimeyer (153) tarafından yapılan meta analizde 1996 -1999 yılları arasında yaşlılarda ölüm anksiyetesiyle ilgili yapılan 49 araştırma nitel olarak analiz edilmiştir. Meta analizin sonuçlarına göre, yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular ile benlik bütünlüğü arasında negatif korelasyon ($r = -0.30$, $P < 0.05$), bakım koşulları ($r = 0.33$, $P < 0.05$), fiziksel problemler ($r = 0.17$, $P < 0.05$) ve psikolojik problemler ile ($r = 0.28$, $P < 0.05$) ile pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada yaş ve cinsiyet ile ölüm anksiyetesi arasında ilişki bulunmadığı ortaya çıkmıştır.

A.B.D’ de yapılan çalışmada, daha önce uygulanan ölüm anksiyetesi ölçeğinden en yüksek ve en düşük puanları alan kişiler arasından seçilen, yaşları 18-52 arasında değişen, 21’ i (%50) kız 21’ i (%50) erkek olmak üzere toplam 42 üniversite öğrencisinin kişilik özellikleriyle ölüme ilişkin korku ve kaygıları arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Araştırma sonucunda ölüm korku ve kaygıları yüksek olan grubun, ölüme ilişkin korku ve kaygıları düşük olan grupla arasında genel aktivite, çekingenlik, mükemmeliyetçilik, sosyallik, duygusal stabilite, nesnellik, arkadaş canlılığı, düşüncelilik, kişisel ilişkiler ve maskülinite başlıkları altında sıralanan kişilik özelliklerinin hiç birinde anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır (154).

A.B.D.’ de 103 üniversite öğrencisinin (68 erkek, 35 kadın) katıldığı çalışmada, öğrencilerin ölüm anksiyetesi düzeyleri ile sağlığa ilişkin düşünce ve davranışları ve çalışma süresince sağlık kontrolüne gitme davranışı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmanın başında öğrencilerin ölüme ilişkin korku ve kaygılarını değerlendirebilmek amacıyla ölüm anksiyetesi ölçeği uygulanmış, 12 hafta sonunda sağlığa ilişkin düşünce ve davranışları değerlendirebilmek için deneklere bir ölçek (Health Opinion Survey) uygulanmış ve bu süre zarfında sağlık kontrolü yaptıranların sayısı tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, ölüm anksiyetesi yüksek olan deneklerin sağlığına daha az dikkat ettikleri ortaya çıkmıştır ($F(1.88) = 11.33, P < 0.01$). Yüksek anksiyeteli erkek deneklerin, yüksek anksiyeteli kadın deneklere göre sağlığını daha çok ihmal ettikleri ($F(1.89) = 12.16, P < 0.001$) ve araştırma süresi zarfında daha az oranda sağlık kontrolü yaptırdıkları bildirilmektedir ($F(1.90) = 9.84, P < 0.01$) (155).

A.B.D.’ nin Boston şehrinde yaşayan, yaşları 36-45 arasında değişen 732 bayanın katıldığı çalışmada, katılımcıların 363’ ü (%50) geçmişte travmatik bir durumla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Travma yaşamış olan gruptan 219 (%30) kişinin fiziksel tacize, 65 (%9) kişinin cinsel tacize, 79 (%11) kişinin hem fiziksel hem de cinsel tacize maruz kaldıkları belirlenmiştir. Travma yaşamayan grupta majör depresyon görülme sıklığı %17 (51 kişi) oranında olmasına karşın, travma yaşamış olan grupta bu oran %44’ tür (161 kişi) ($\chi^2 = 61.85, P < 0.0001$) (156).

A.B.D.’ de yaş ortalamaları 69.4 olan 197 kişinin (51 erkek, 147 kadın) katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlılık döneminde iki farklı etnik gruptan seçilen örneklem grubunun ölüm korkuları ve bu korkuların yaşlanmaya ilişkin tutumlar, cinsiyet ve etnik aidiyetlerle arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmaya

katılanların %75.8' ini beyaz Amerikalılar, %24.2' sini Afrika asıllı Amerikalılar oluşturmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılık gözlenmediği halde, kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla ölüm korkuları taşıdığı bildirilmiştir ($t = 4.75$, $P < 0.05$). Farklı etnik gruplara dahil olan kişilerin yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanamamış, buna karşın beyaz Amerikalıların Afrika kökenli Amerikalılara göre ölümden çok daha fazla korktukları ortaya çıkmıştır ($t = 4.60$, $P < 0.05$). Ölüm anksiyetesiyle, yaşlanmaya ilişkin kaygı düzeyleri arasında orta düzeyde anlamlı bir korelasyonun varlığı gözlenmiştir ($r = 0.42$, $P < 0.01$) (157).

A.B.D' de 79 kişi (20 erkek, 59 kız) üzerinde yapılan bir çalışmada ego gücü, ölüm anksiyetesi ve kendilik saygısı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ölüm anksiyetesi ile egonun gücü ($r = -0.48$, $P < 0.05$) ve kendilik saygısı ($r = -0.51$, $P < 0.01$) arasında anlamlı negatif yönde bir ilişkinin varlığı gözlenmiştir. Erkek deneklerin egonun gücü ölçeğinden aldıkları puanlar, kız deneklere oranla anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($t = 2.74$, $P < 0.01$) (158).

Psikiyatrik hasta grubu ve normalleri içine alan 765 kişilik bir örneklem grubu üzerinde, alt psikiyatrik gruplar ve normaller arasında ölüme ilişkin korkuların karşılaştırıldığı bir çalışma Mısır' da yapılmıştır. Örneklem belirlenirken üç kriter dikkate alınmıştır: a) yaş, 20-40 arasında değişmektedir, b) meslek, bir işte çalışmakta olanlar ve öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir, c) eğitim, deneklerin en az 9 yıl eğitim almış olması ön koşulu vardır. Çalışmada psikiyatrik olmayan (110 erkek, 110 kadın), anksiyete bozukluğu tanısı almış olan (109 erkek, 109 kadın), şizofreni tanısı konulmuş olan (107 erkek, 110 kadın), madde bağımlısı olan (110 erkek) deneklerden oluşan toplam 4 grubun ölüm takıntısı ölçeğinden almış oldukları puanlar karşılaştırılmıştır. Cinsiyet ve deney gruplarına göre 2x4 faktöriyel desende yapılan analiz sonuçları gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($F (6.758) = 224.41$, $P < 0.0001$). Scheffe testi sonuçlarına göre, her iki cinsiyet için de anksiyete bozukluğu tanısı almış grubun ölüm takıntıları diğer gruplara oranla en yüksek bulunmuştur. Bu grubu kadın şizofreni hastaları takip etmektedir. Psikiyatrik olmayan grupta yer alan kadınlar, erkek şizofreni hastaları ve madde bağımlıları ölçekten orta düzeyde puanlar alan gruplardır (159).

A.B.D.’ de yaşamı tehdit edici en az bir travma yaşamış olan 146 kadının katıldığı çalışmada, TSSB’ nun ciddiyeti, travma sırasında disosiyatif bulgular, travmatik olay sırasında yaşanan ölüm korkuları ve kontrolü kaybetmişlik duygusu arasındaki ilişkiler irdelenmiştir. Örneklem grubundaki kişiler geçmişlerinde doğal afet (50%), ölümcül kaza (79%), fiziksel saldırı ve soyulma (15.6%), cinsel taciz (19.7%), tecavüz (13.6%), aile dışından cinsel istismar (4.9–30%), incest (6.2%), fiziksel istismar (22.4%), ölümcül bir hastalık (34.7%) yaşamışlardır. Elde edilen sonuçlara göre, TSSB ile travma sırasında yaşanan ölüm korkuları ve kontrolü kaybetmişlik hissi arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir ($P < 0.05$). Travma sırasında yaşanan disosiyasyon sonrasında gelişen TSSB’ nun şiddetinin bir belirleyicisi olduğu görülmüştür. Travma sırasında gelişen disosiyatif semptomların, travma sırasında yaşanan ölüm korkuları ve kontrolü kaybetmişlik hissiyle arasında anlamlı bir ilişki bildirilmektedir ($P < 0.05$) (160)

2.5. Depresyon

Duygudurum bozuklukları depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar olarak iki temel başlık altında sınıflandırılmaktadır. DSM-IV depresif bozuklukları majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olarak kategorize etmektedir. Yine etyolojilerine göre farklılaşan genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı duygu durum bozukluğu da bu başlık altında kategorize edilmiştir (2)

Majör depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansı kadınlar için %10-%25 ve erkekler için ise %5-%12 arasında değişmektedir. Bu bozukluğun görülme oranları 25-44 yaşlar arasındaki erkek ve kadınlarda en yüksektir (161)

Majör depresyon tanısı alan hastalar kendilerini hüznü, kederli, umutsuz yada depresif hissettiklerini söyleyebilirler. Çoğu kez depresyon ızdırap veren hüznü bir ağrıymış gibi tanımlanır. Depresif duygu durum ve ilgi kaybı yada zevk alınan etkinliklerden artık zevk almıyor olmak depresyonun çekirdek semptomlarından (162).

Majör depresif epizodun DSM-IV' e göre tanı ölçüleri şunlardır:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan yada duygu duruma uygun olmayan hezeyan ya da halusinasyon semptomlarını katmayınız.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum,

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere),

(3) perhizde değilken, önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun %5' indenden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması,

(4) hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomninin (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün psikomotor ajitasyon yada retardasyon olması (sadece huzursuzluk yada ağırlaştığı duyguların olduğunu bildirmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca d gözleniyor olması gereklidir),

(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma suçluluk duyma olarak değil),

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir),

(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

- B.** Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçülerini karşılamamaktadır.
- C.** Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D.** Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E.** Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (2).

2.6. İntihar

ABD’ de 2001 yılı istatistiklerine göre, ölüm oranları içinde intihar ederek ölenlerin oranı %10.7’ dir. Söz konusu istatistikler incelendiğinde, ölüm nedeni olarak intiharın kadınlarla (%4.0) karşılaştırıldığında erkeklerde (%18) neredeyse 4 katında fazla oranda bildirildiği gözlenmektedir. ABD’ de ergenlerin ölüm nedenleri arasında intihar, ikinci sırada yer almaktadır. En fazla ölüm nedeni olarak intihar bildirilen grup, %34 ile 65 yaşın üzerindeki beyaz erkek Amerikalılardır (163).

Türkiye’ de 2001 yılı itibariyle 2585 kişi intihar etmiştir. İntihar edenlerin %64.9’ unun erkek, %35.1’ inin kadın olduğu görülmektedir. Yine en fazla intihar ile ölümün gözlemlendiği bölgemiz, yüz binde 5.34 ile Ege Bölgesi’ dir. Bunun yanında, yaş dağılımına bakıldığında en yüksek intihar riski, 25-34 yaş aralığında görülmektedir. İntihar ederek ölenlerin %32.6’ sı bu yaş grubu içinde bulunmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü’ nün kayıtlarına göre, Türkiye’deki intihar nedenlerinin başında hastalıklar ve geçim zorlukları gelmektedir. Ancak özellikle intihar konusunda istatistik kayıtların ne ölçüde yeterli bir şekilde tutulabildiği başka bir çalışmanın konusudur. Zira yıllardır olgulara ilişkin nedensel çözümleme başlıklarında her hangi bir değişiklik yapılmadığı görülmektedir (164). Yine de istatistik enstitüsünün kayıtlarından anlaşıldığı kadarıyla,

Türkiye’deki intihar oranları ABD’yle karşılaştırılamayacak oranda düşük seyretmektedir. İntihar oranları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında aşırı bir farklılık görülmemektedir.

Berman ve Jobes (1965) yapılmış olan pek çok araştırma sonucunda gençlerde intihar riskiyle ilişkili olarak bildirilen risk faktörlerinin, sınıflandırılmış gruplar halinde genel bir derlemesi yapmaktadır:

- 1) Olumsuz kişisel geçmiş: Önceki yaşam olayları ve narsistik yaralar, önemli beceri eksiklikleri (kişiler arası veya sosyal), olumsuz örnekleri model alma ve genetik biyokimyasal zayıflık gibi yaşam stres yapıcıları.
- 2) Psikopatoloji ve önemli olumsuz kişilik özellikleri: Yeterli semptomatik kanıtla ya da eksen I veya eksen II bozukluk tanısı almış olmak, yada sistemlere, yapılara veya obje ilişkilerine sağlıklı bağlanmayı azaltıcı özellikler. Madde bağımlılığı veya madde bağımlılığıyla şiddetlenen semptomatik psikopatolojiler özellikle önemli kişisel özelliklere örnek olarak saldırganlık, düşük engellenme toleransı, yalnızlık ve tepkisellik verilebilir.
- 3) Stres: Sorun çözme yeterliğini ve benlik saygısını koruma özelliğini tehdit eden,duygusal etkileri olan çevresel psiko-sosyal etkenler.Genelde bu stres yapıcılar beklendiktir, yaygındır, fakat kabullenilemeyen reddedilişler, utançlar veya cezalar olumsuz etki eder.
- 4) Duygu ve Davranış Bozuklukları: Zararlı madde kullanımına başlama veya artırma, panik, yaygın anksiyete, uyumsuzluk, öfke bilişsel katılık, mantıksız düşünce, düşünce karışıklığı, gerçeklik sınaması bozulması, ani davranış değişikliği ipuçlarıdır.
- 5) Sosyal İzolasyon ve Yabancılaşma: Davranışsal çekilme, izolasyon, normal bağılıklara yabancılaşma, yardımı reddeden ve uyumsuz davranış, sisteme ve otoriteye karşı kin duyma, toplumun genel yapısına ters düşen alternatif kimliklemeler.
- 6) Depresyona Sokan Düşünceler ve Ümitsizlik: Mutsuzluk ifadeleri, karamsarlık ve alınganlık, değersizlik hisleri, işe yaramazlık, aptallık, benliğe olumsuz bakış, ölümle ilgili intihar fantazileri.
- 7) Varolan Bir Metot, Ulaşılabilirlik ve Bilgi Sahibi Olma: Kendini yok etmeye istekli olması halinde veya ölüme eğilimi varsa kullanımını bildiği bir yöntemin bulunuyor olması genç için bir risktir.

2.6.1.İntihar ve travma

Yaşam streslerinin intihar davranışıyla ilişkisi kabul edilen bir durumdur. Yaşam stresörleriyle ilişkili olarak intihar davranışını ele alan çalışmaların konuyu daha çok boşanma, sevilen insanların kaybı, göç ve yerleşim yeri değişiklikleri, aile içi problemler ve hukuki sorunlar bağlamında ele aldığı görülmektedir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar, intihar davranışının cinsel ve fiziksel travmalar ve doğal afetlerle ilişkisini ortaya koymaktadır (166). Travmatik durumlar bu anlamda normal yaşam streslerine göre çok daha farklı bir nitelik taşımaktadır. Yaşam stresi, aslında kişilerin olaylar karşısında vermiş oldukları psikolojik tepki olarak da düşünülebilir. Buna karşın travmatik stres durumları değerlendirilirken olayın şiddeti ve kişinin direncinin önemli rol oynadığı görülmektedir. Travmatik durumlarda tehdidin ciddiyeti, olaya ilişkin uyumu sağlayıcı şemaların varlığı ve kişinin uyum sağlamaya dönük tepkilerinin yeterliliği olaya verilen psikolojik ve davranışsal tepkilerde belirleyici olmaktadır. Yine bir diğer belirleyici de tip II travmalar olarak ifade edilen olayın sürengenliğidir (9).

Ergenlerde fiziksel travmadan sonra 12 ay içinde intihar riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (167). Brown ve Anderson (168)' un A BD' de psikiyatrik hasta grubunda yer almayan genel nüfus araştırmasında 1040 kişide travma ve intihar ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma örnekleminin %9' unda geçmişte yaşanmış cinsel travma (fiziksel travma ile birlikte veya bağımsız olarak) %10' ununda fiziksel travma (cinsel travmayla birlikte veya bağımsız olarak) hikayesi olduğu görülmüştür. Geçmişte travma yaşamış olanların %75' inin intihar etmeye yatkın veya intihar girişiminde bulunmuş oldukları bildirilmektedir. İlgi çekici olan bir diğer bulgu ise araştırma örnekleminde intihara yatkınlık ve intihar girişiminde bulunmuş olma oranlarının yüksekliğidir (%57). Bunun yanında, travma yaşamış olanlarda alkol ve madde kullanımının yaygın olduğu, eksen II bozukları içinde de en fazla borderline kişilik bozukluğu tanısının konulduğu gözlenmiştir.

Özellikle çocukluk döneminde yaşanmış olan sürengen fiziksel ve cinsel travmalar, sonrasında yetişkinlik yıllarında gözlenen intihar girişimiyle ilişkili olduğunu gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır. Bu ilişkinin daha ayrıntılı bir çözümlemesi yapılacak olursa, öncelikle çocuk suiistimallerinin yaşandığı aileler, aile içi şiddet,

ebeveynlerde psikopatoloji ve aile içinde intihar girişimleri gibi gelişimsel psikopatolojiye zemin hazırlayacak pek çok olumsuz faktörü barındırabilmektedirler. Buna karşın özellikle çocukluk döneminde yaşanmış olan travmatik deneyimlerin standart bir tanımı bulunmadığı gibi, bu deneyimlere ilişkin kişilerin geçmişe yönelik bildirimleri de çok net ve güvenilir olamayabilmektedir. Psikiyatrik olduğu kadar psikiyatrik olmayan nüfus örnekleminde de intihar girişiminde bulunanların geçmişte, özellikle erken yaşlarda fiziksel veya cinsel travmaya maruz kaldıkları görülmüştür (169). Ebeveynleri madde bağımlısı olanlar ve şiddete maruz kalanlar arasında intihar girişimi oranlarının normal popülasyona göre çok daha yüksek olduğu görülmektedir (170). 420 üniversite öğrencisinin katıldığı araştırmada ailede alkol kullanımının ve çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantıların birbirinden bağımsız olarak intihar davranışının yordayıcısı olduğu gözlenmiştir (171.). Hollanda’ da yapılan bir başka araştırmada ise intihar girişiminde bulunan gençlerin depresif olanlara ve kontrol grubunda bulunanlara göre çok daha erken yaşlarda ve uzun süre aile içinde travmatik olaylara maruz kaldığı, daha fazla olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıkları ve akademik başarılarının çok daha düşük olduğu bildirilmiştir ($P < 0.01$) (172).

Kişilik bozuklukları içinde geçmişte yaşanan travmatik yaşantılarla en fazla ilişkisi kurulan bozukluk borderline kişilik bozukluğudur. Bu anlamda disosiyatif özellikleri DSM-IV’ te de vurgulanan borderline kişilik bozukluğu, intihar girişimlerine en sık rastlanan kişilik bozukluğu grubunu oluşturmaktadır (25). Yine Eksen I bozukluklar içinde en sık intihar girişimine majör depresif bozukluğu olan hastalar arasında rastlanmaktadır (173).

Özellikle aile bağlarının güçlü oluşunun, gençlerin marjinal gruplara bağlanmalarını, alkol ve madde kötüye kullanımını ve depresyonu engellediğini, bu nedenle de intihar riskini azalttığı ifade edilmektedir (174).

Literatür taramasında psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili olarak daha çok kişiler arası travmaların disosiyatif bozuklukla ilişkili olarak araştırıldığı görülmektedir. Bununla beraber, bu çalışmada genel travmalar başlığı altında ele alınan felaketlerin şiddeti ve olumsuz etkilerinin toplumsal ölçek bağlamında genişliği, travmanın meydana getirdiği psikolojik yıkımı derinleştirmektedir (175, 176). Travma öncesi aile çatışmaları, çocukların veya ebeveynlerin psikiyatrik premorbiditesi ve öncesinde travma yaşanmış olması genel travma mağdurları için psikolojik problemler ile

bağdaştırılan faktörlerdir. Böyle durumlarda travma sonrası stres bozukluğu semptomları en sık karşılaşılan durumdur (177). Yaş grupları içinde en ciddi olumsuz psikolojik tepkilerin ergenlerde görülmektedir. Özellikle yakınların kaybı durumu daha da ciddileştirmektedir. Bu durumda ergenlerde en yaygın gözlenen davranış bozuklukları, izolasyon ve çekilme, somatik şikayetler, artmış yaşam riski taşıyan davranışlar, anti-sosyal davranışlar ve madde kötüye kullanımı. Bu anlamda doğrudan olamasa da, dolaylı olarak psikopatolojiye etkileriyle, predispozisyonu olan ergen grubunun genel travmalar sonucu intihar davranışı açısından riskli grubu oluşturduğu görülmektedir (178).

2.6.2.İntihar ve disosiyasyon

Araştırmalar disosiyatif yaşantıların yoğunluğu ve intihar girişimi arasında yakın ilişki bulunduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar, disosiyatif yaşantı ölçeğinden yüksek puan alan kişilerin geçmişlerinde daha fazla cinsel ve fiziksel travmaların bulunduğunu, intihar girişimlerinin de daha sık ve erken yaşlarda olduğunu bildirmektedir (179,180). ABD’ de psikiyatri kliniğine yatırılan ergenlerin disosiyasyon ve intihar eğilimlerinin düzeyini araştıran bir çalışmada, cinsel suistimal yaşamış erkek hastaların diğerlerine göre çok daha yüksek disosiyatif yaşantı puanları ($t(65) = 2.94, P < 0.01$). aldıkları ve intihar eğilimi ($t(65) = 4.0, P < 0.01$) gösterdikleri bulunmuştur. Fiziksel suistimal yaşayan hastaların disosiyatif yaşantı puanları ve intihar eğilimleri diğerlerine göre anlamlı bir biçimde farklılık göstermemiştir (181). Yaşları 10-18 arasında değişen 114 çocuk ve ergenin katıldığı bir başka çalışma ise, disosiyasyon düzeylerinin intihar girişimlerinin önemli bir yordayıcısı olduğu göstermektedir ($F(1.94) = 7.36, P < 0.01$). Bu çalışmada da geçmişte yaşanmış cinsel travmaların ($F(1.93) = 8.64, P < 0.01$) ve cinsel travma ile birlikte bildirilen fiziksel travmaların ($F(1.93) = 4.43, P < 0.05$) disosiyatif yaşantılar ve intihar davranışıyla olan ilişkisi gözlenmiştir (182). Londra’ da özel bir psikiyatri kliniğinde tedavi görmekte olan, kendine zarar verici davranışları çok fazla ($N = 15$), orta düzeyde ($N = 22$) ve hiç olmayan ($N = 13$) toplam 50 kadın deneğin katıldığı çalışmada, geçmişte yaşanmış travma, disosiyasyon ve self mutulatif davranışlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Disosiyatif yaşantılar ile geçmişte cinsel istismara uğramış olma durumu ($r = 0.27, P <$

0.05) ve kendine zarar verici davranış arasında ($r = 0.65$, $P < 0.05$) anlamlı ilişkiler gözlenmiştir (183).

Türkiye’ de disosiyatif bozukluğu olan hastalarla diğer hasta grupları arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalar sonucu, disosiyatif bozukluk tanısı konulmuş olan hastaların intihar girişiminde bulunma oranlarının yüksek olmasına karşın, diğer psikiyatrik bozukluklardan anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı gözlenmiştir. Bunun yanında, diğer psikiyatrik rahatsızlıklara oranla disosiyatif bozukluk tanısı konulan hastaların çok daha fazla self-mutilatif davranışlar sergiledikleri bildirilmektedir (60, 184).

Ağrı toleransına etki eden psikolojik unsurlar algı, motivasyon, duygulanım, ağrı kontrolüne ilişkin davranışsal ve bilişsel stratejiler olarak sıralanmaktadır. Bu faktörlere bağlı olarak ağrı eşiğinin yükselmesiyle birlikte stres durumlarında kendine zarar verici davranışların arttığı öne sürülmektedir (185). Kalıtsal olarak hipnoza yatkın kişilerin, yaşanan travmatik olaylarla birlikte disosiyasyonu yaşam stresleri karşısında bir savunma mekanizması olarak kullanmaya başladıkları bilinmektedir (53). Hipnotabiliteleri yüksek olan kişilerde ağrı eşiğinin yükseldiğini yapılan çalışmalar göstermektedir (106, 107, 108). Disosiyatif bozukluk başlığı altında sınıflandırılmış olan hastalık grubunun yanında pek çok ruhsal rahatsızlığa disosiyatif semptomların eşlik ettiği bilinmektedir. İntihar davranışının gözlenmesinde önemli bir risk faktörü olan ruhsal hastalıklarla ilişkili olarak, disosiyatif savunma mekanizmalarını yoğun olarak kullanan kişilerde analjezik etkinin, kişinin kendine zarar verici davranışlar ve intihar davranışına bağlanmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir (53, 185).

Ergenlerin intihar girişiminde bulunmalarında depresyon, umutsuzluk, olumsuz yaşam olayları, ailevi problemler, zayıf baş etme stratejileri, madde kullanımı, fiziksel özür ve sosyal destek kısıtlılığının etkili olduğunu yapılan çalışmalar göstermektedir (186, 187). Özellikle ergenlik çağında vücut algısının benlik tasarımı oluşturmada ne denli önemli olduğu bilinmektedir. Bu anlamda ergenlerin kendilerine bir bedensel sevgiyle kabullendikleri görülmektedir. Beden algısı yaşamdan keyif alınmasını sağlayan ve yaşamı çekici kılan bir haz kaynağı olmaktadır (188). Bedene ilişkin olumlu imajın kişiyi kendine zarar verici davranışlardan koruyan bir özelliği bulunmaktadır. Yaşanan fiziksel ve psikolojik travmalar sonucu bedene ilişkin olumlu imaj, algı, duygu ve yaşantıların, reddedici hatta nefret edici bir biçimde değişmesi, kişiyi intihara

eğilimli kılmaktadır. Özellikle stresle birlikte artan disosiyatif semptomlar vücut algısındaki değişimleri içermektedir. Bu durum kişilerin intihar davranışına bağlanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. ABD’ de intihar girişiminde bulunmuş 37 kişilik psikiyatrik grup, intihar girişiminde bulunmamış olan 30 kişilik psikiyatrik grup ve normal olarak nitelendirilen 30 kişilik kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada beden algısıyla ilişkili değişimlerin intihar davranışına etkileri araştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda intihar davranışı gözlenen deneklerin vücut algılarının intihar davranışı göstermeyen psikiyatrik gruba ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde bozuk olduğu ve bedenlerine yönelik duygu ve eğilimlerinin olumsuz olduğunu göstermektedir ($P < 0.001$). Bununla birlikte, beden algısındaki çarpıtmaların yaşama ilişkin olumsuz düşünceleri artırdığı ve kendini öldürme eğilimini güçlendirdiği görülmüştür (189).

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Verı Toplama Materyali

Genel Bilgi Formu: Literatür bilgileri gözden geçirilerek hazırlanmış bir form olup, araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yaş, cinsiyet, medeni durumu, nerede yaşadığı, çoğunlukla ikamet edilmiş olan yerleşim biriminin özelliği, kardeş sayısı, ekonomik durum, geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olma ve intihar girişiminde bulunmuş olma durumuna ilişkin bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler içermektedir (Bkz. Ek-1).

Travmatik Yaşantılar Soru Formu: Geçmişte yaşanmış olan olası yaşamı tehdit edici nitelikte olayların yer aldığı, literatür bilgileri ışığında hazırlanmış 7 soruluk bir formdur. Bu formda genel travmalar alt başlığı altında geçmişte yaşanması olası yangın, patlama, kaza, doğal afetler gibi travmatik durumlar iki soru ile irdelenmektedir. Fiziksel travma alt başlığına ilişkin üç soru ve cinsel travmalara ilişkin iki soru bulunmaktadır. Travmatik yaşantılar soru formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında test-tekrar test güvenilirliği 0.93 ve geçerlik için elde edilen crobach alfa katsayısı 0.52 bulunmuştur (Bkz. Ek-2).

Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES): 28 maddeden oluşan yapılandırılmış bir skaladır. Ölçeğin her bir maddesi için denekler 10-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar disosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir(190). Yargıç ve ark. (191) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbach alfa = 0.97) ve test-tekrar test korelasyonu ($r = 0.77$) yüksek bulunmuştur. Geçerlilik çalışmasında bir öz bildirim ölçeği olan DIS-Q toplam puanları ile korelasyonuna bakılmış, bu değer ($r = 0.90$) yüksek çıkmıştır (Bkz. Ek-3).

Ölüm Kaygısı Ölçeği (DAS): 15 soru içeren ölçeğin orijinal formu, her soru için 0-1 arasında değişen doğru-yanlış tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçek uygulandıktan sonra 6 tane (2,3,4,5 ve 15.sorular) madde tersine çevrilerek toplama katılmaktadır. Ölçekten 8' in üzerinde alınan puanlar ölüme ilişkin korku ve kaygıların anlamlı bir şekilde yaşandığına işaret etmektedir (192) Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışmasında Crobach alfa katsayısı 0.74 olarak tespit edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında, ölçeğin depresyon envanteri ve durumluk-sürekli kaygı envanteriyle

birlikte test geçerliğine bakılmıştır. Çalışmaya katılan deneklerin ölüm anksiyetesi ölçeğinden (DAS) elde ettikleri puanlarla depresyon envanteri puanları arasındaki Spearman Brown korelasyon katsayısı $r = 0.33$ ($P < 0.05$), durumluk kaygı envanteri alt ölçeğiyle Spearman korelasyon katsayısı $r = 0.16$ ($P < 0.05$) ve süreklilik kaygı envanteri alt ölçeğiyle Spearman korelasyon katsayısı $r = 0.22$ ($P < 0.05$) olarak bulunmuştur (193).

Araştırmada kullanılan diğer materyallerden elde edilen değişkenlere ilişkin verilerle, ölüm kaygısı ölçeği sonuçları arasında daha güçlü istatistik analizler uygulayabilmek için ölçeğin orijinal formu 5' li likert tipi ölçeğe dönüştürülerek geçerlik güvenirlik çalışması tekrar yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda ölüm kaygısı ölçeğinin test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.86 ve geçerliğine ilişkin hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.64 bulunmuştur. Sürekli kaygı ölçeği, durumluk kaygı ölçeği ve depresyon envanterinden alınan puanlarla birlikte-geçerlik düzeyini belirlemek adına yapılan istatistik analizlerde Pearson korelasyon analizi sonuçları sırasıyla, $r = 0.32$ ($P < 0.001$) ve $r = 0.18$ ($P < 0.001$), $r = 0.13$ ($P < 0.01$) bulunmuştur. Elde edilen sonuçlardan anlaşılabileceği üzere ölüm kaygısı ölçeğinin 5' li likert tipi ölçüme olanak tanıyan yeni versiyonun güvenirlik, geçerlik ve birlikte geçerlik düzeyleri, araştırmalarda kullanılabilecek yeterliliğe sahip olduğu görülmüştür (bkz. Ek-4).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI): Durumluk kaygıya ilişkin 20 ve sürekli kaygıya ilişkin 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşan bir öz bildirim envanteridir. Her madde denekler tarafından 1-4 arasında puanlanmaktadır. Envanterin bir alt ölçeği olan Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlediği halde, bir diğer alt ölçek olan Sürekli Kaygı Ölçeği bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Envanterden alınan puanlar hesaplanırken, durumluk kaygı alt ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) ve sürekli kaygı alt ölçeğinde 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) madde tersine çevrilerek diğer maddelerin puan değerleriyle kendi alt ölçekleri içinde toplanır. Her iki alt ölçek için ayrı ayrı elde edilen toplam puanlardan 40 puanın üzerinde olanlar kişinin kaygılı olduğuna işaret eder. Türkçe versiyonunun Pearson momentler çarpımı korelasyonu yöntemi ile hesaplanan test-tekrar test güvenirliği, sürekli kaygı ölçeği için 0.71-0.86, durumluk kaygı ölçeği için 0.26-0.68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve homojenlik

katsayıları, sürekli kaygı ölçeği için 0.83-0.87, durumluk kaygı ölçeği için 0.94-0.96 arasında bulunmuştur (194, 195) (Bkz. Ek-5, Ek-6).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): 21 kendini değerlendirme cümlesinden oluşan envanter, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her bir madde 0-3 arasında puan almaktadır. Toplam puan aralığı 0-63 arasında değişim göstermektedir. Envanterden 17' nin üzerinde alınan puanlar depresyonun varlığını bildirmektedir. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80, yarıya bölme test güvenilirliği $r = 0.74$ olarak bulunmuştur. Türkçe formun birlikte test geçerliliği MMPI uygulaması ile yapılmış, aralarındaki korelasyon $r = 0.50$ olarak tespit edilmiştir (196, 197) (Bkz. Ek-7).

3.2. Veri Toplama Metodu

Yapılan araştırmada çok daha güçlü istatistiksel analizler uygulanmak üzere, Türkçe versiyonun geçerlik güvenilirlik çalışması Ertufan (193) tarafından yapılmış olan ölüm kaygısı ölçeği (DAS), çevirisi yapılmış formun aslı korunarak ikili doğru-yanlış cevap seçenekleri 5' li likert tipi ölçeğe dönüştürülmüştür. Bu çalışmada ölçeğin yeni formu 147 kişilik üniversite öğrencilerinden oluşan bir gruba iki defa uygulanmış, bununla beraber sürekli-durumluk kaygı ölçeği ve Beck depresyon envanteri de birlikte-geçerlik analizi için çalışmaya dahil edilmiştir.

Travmatik yaşantılar soru formu, literatür taraması yapılarak araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin geçmişte yaşadığı travmatik olayları tespit edebilmek için hazırlanmış bir soru formudur. Bu soru formunun geçerlik güvenilirlik analizi de, yine 147 kişilik öğrenci grubuna test tekrar test tekniği kullanılmak suretiyle yapılmıştır.

Yapılan ön çalışmalar sonrasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinden 600 kişilik bir örneklem grubuna bir dizi psikiyatrik ölçek uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan bir genel bilgi formu, travmatik yaşantılar soru formu, disosiyatif yaşantılar ölçeği (DES), ölüm kaygısı ölçeği (DAS), durumluk-sürekli kaygı envanteri (STAI) ve Beck depresyon envanteri (BDE) yapılacak çalışmada belirlenen örneklem grubuna uygulanmıştır (190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197).

Araştırmaya katılmış olan denekler, rasgele örnekleme yöntemiyle Yüzüncü Yıl Üniversitesi lisans öğrencileri arasından şansa bağlı bir şekilde seçilerek belirlenmiştir. Araştırmaya katılacak öğrenci sayısına evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan örnekleme formülü hesaplanarak karar verilmiştir (198). Bu formüle göre,

$$n = \frac{N t^2 p q}{D^2(N-1) + t^2 p q}$$

N : Evrendeki birey sayısı.

n : Örneklem alınacak birey sayısı.

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q : İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (olasılığı).

t : Belirli serbestlik derecesine ve saptanan yanılma düzeyine göre t tablosunda bulunan teorik değeri.

D : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma.

Bu formüle göre söz konusu araştırmadan geçerliliği yüksek sonuçlar elde edebilmek için gereksinim duyulacak örnek büyüklüğünün alt limiti aşağıdaki gibi hesaplanmıştır:

$$n = \frac{13\ 000 \times (1.96)^2 \times (0.03) \times (0.97)}{(0.025)^2 (13\ 000 - 1) + (1.96)^2 \times (0.03) \times (0.97)} = 176 \text{ kişi.}$$

N : Yüzüncü Yıl Üniversitesi' nin öğrenci sayısı 2004 yılı itibarıyla 13 000' dir.

p : Literatürde disosiyasyon minimum %3 oranında bildirilmiştir (56).

q : Disosiyasyonun görülmemesi olasılığı bu durumda %97' dir.

t : ∞ serbestlik derecesine göre $\alpha = 0.05$ güven aralığında t tablosunda bulunan teorik değeri 1.96' dır.

D : Disosiyatif yaşantıların gözlenme oranı literatürde %3 ile % 8 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu duruma göre iki yüzde arasında sapma oranı $\pm$ %2.5' tir (56).

Örneklem formülüne göre yapılmış olan araştırma için gerekli örnek büyüklüğü için belirlenen alt limit 176 kişidir. Ancak araştırmada elde edilecek sonuçların güvenilirliğini artırabilmek amacıyla, 600 kişilik bir öğrenci grubuna araştırma materyalinin uygulaması yapılmıştır. Bununla beraber, klinik ölçeklerin herhangi birine veya diğer veri formlarına eksik cevap vermiş olmaları gerekçesiyle 29 deneğin uygulama sonuçları analizlere dahil edilmemiştir.

3.3.İstatistik Analizler

Araştırmada kullanılan travmatik yaşantılar soru formu ve ölüm kaygısı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik analiz için Pearson korelasyon analizi, cronbach alfa iç tutarlılık analizi ve alt başlıkları bulabilmek için faktör analizi yapılmıştır (199).

Yapılan uygulamalar sonucunda elde edilen ham verilerin istatistik analizlerinde, parametrik analizlerden Pearson korelasyon analizi, doğrusal ve çoklu regresyon analizleri, t testi, varyans analizi ve posthoc karşılaştırma yöntemi olarak Duncan testi kullanılmıştır. Nonparametrik analizlerden Spearman Brown korelasyon analizi, ve ki-kare testi tercih edilmiştir (200).

Yapılan istatistik analizlerde SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır (201)

4.BULGULAR

4.1.Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine İlişkin Geçerlik Güvenirlik Çalışması

Ölüm anksiyetesi ölçeği, kişilerin ölüme ilişkin kaygılarının düzeyinle ilişkili olarak bilgi veren iki seçenekli bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinalinde 40 maddeden elenerek elde edilmiş 15 madde bulunmaktadır. Maddelerden 6 tanesi tersine çevrilerek, her bir madde için 1 ve 0 puan verildikten sonra toplama katılmaktadır. Ölüm kaygısı ölçeğinin orijinal versiyonunun toplam puan aralığı 0 ile 15 arasındadır. Ölüm kaygısı ölçeğinin orijinal versiyonuna ilişkin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, üniversite öğrencilerinde test- tekrar-test güvenilirliği 0.83, iç tutarlılığı (KR-20) 0.76 bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puanlar, artmış olan ölüme ilişkin korku ve kaygılara işaret etmektedir (192). Yapılan klinik araştırmalarda ölçek sonuçlarının depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (202, 203).

Ölüm anksiyetesi ölçeğinin iki seçenekli doğru-yanlış olarak uygulanan orijinal versiyonu, bu çalışmada kullanılacak diğer değişkenlere ilişkin elde edilecek sonuçlarla ölüm kaygısı değişkeni arasında parametrik analizler uygulayabilmek adına 5' li likert tipi ölçeğe dönüştürülmüştür. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Ertufan (193) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yeni uygulama formunda kullanılan sorular Ertufan (193)' ın ölüm anksiyetesi ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında yapmış olduğu çeviriden alınmıştır. Ölçeğin bu yeni formundaki ifadelerle ilişkin, denekler 5 seçenektan birini çarpı içine alarak, kullanılan ifadeler karşısındaki tutumlarını belli etmektedirler. Likert tipi seçenekler 1' den 5' e kadar puanlanmakta, formdaki ifadelerle ilişkin cevap şıkları sırasıyla, “kesinlikle katılmıyorum”, “biraz katılıyorum”, “katılıyorum” “oldukça katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” ifadelerini içermektedir. Ölçeğin orijinal formundaki gibi 6 maddeye (2, 3, 5, 6, 7 ve 15. maddeler) verilen yanıtların puanları tersine çevrildikten sonra diğer maddelerle toplanarak toplam ölüm kaygısı düzeyi hesaplanmaktadır. Ölçeğin yeni versiyonunda toplam puan aralığı 15-75 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen skorlarla, ölüme ilişkin kaygılar doğru orantılıdır.

Ölüm kaygısı ölçeğinin yeni formunun geçerlik güvenirlik çalışmasında, ölçek toplam 147 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Uygulama grubu 83 erkek ve 64 kadın

denekten oluşmaktadır. Grubun yaşları 17 ile 33 arasında değişmekle beraber, grubun yaş ortalaması 22.46' dır.

Uygulamada 147 deneğe ölüm kaygısı ölçeğinin yeni versiyonu 1 saat arayla iki defa uygulanmıştır. Bununla birlikte, sürekli-durumluk kaygı ölçeği ve Beck depresyon envanteri de ikinci uygulama sırasında denekler tarafından doldurulmuştur.

Ölüm kaygısı ölçeğinin iki şıklı doğru ve yanlış şeklinde doldurulan orijinal soru formunu, beşli likert tipi ölçeğe dönüştürme çalışmasına ilişkin istatistik analizler sonucunda, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.86 ve geçerliğine ilişkin hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.64 bulunmuştur. Ölüm kaygısı ölçeğinin yeni versiyonu ile sürekli-durumluk kaygı ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında, birlikte-geçerlik düzeyleri yordanmıştır. Yapılan uygulamada ölüm anksiyetesi ölçeğinin 5' li likert tipi yeni formundan elde edilen toplam puanlar ile sürekli kaygı, durumluk kaygı ve Beck depresyon envanterinden alınan puanlar arasında yapılan Pearson koreasyon analizi sonucunda sırasıyla, $r = 0.32$ ($P < 0.001$) ve $r = 0.18$ ($P < 0.001$), $r = 0.13$ ($P < 0.01$) sonuçları elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlardan anlaşılabileceği üzere ölüm kaygısı ölçeğinin yeni versiyonun güvenilirlik, geçerlik ve birlikte geçerlik düzeyleri, bu ve bundan sonraki araştırmalarda kullanılabilecek yeterliliğe sahiptir.

4.2.Travmatik Yaşantılar Soru Formuna İlişkin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması

Bu araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin geçmişte yaşadıkları travmaları belirleyebilmek adına, travma ile ilişkili literatür taraması sonucu 7 soruluk bir soru formu bu çalışma özelinde hazırlanmıştır. Konuya ilişkin literatürde geliştirilmiş olan travma ölçeklerinden ulaşılabilenler incelenmiş ve sorular bu ölçeklerin travmaya bakış açıları çerçevesinde çıkarılmıştır (204, 205, 206). Travmatik yaşantılar soru formu doğru-yanlış şeklinde dolduran 7 soruyu içermektedir.

Travmatik yaşantılar soru formunun geçerlik güvenilirlik çalışmasında, toplam 147 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Uygulama grubunda 83 erkek ve 64 kadın denek bulunmaktadır. Grubun yaşları 17 ile 33 arasında değişmekle beraber, grubun yaş ortalaması 22.46' dır. Yapılan çalışmada 147 deneğe travmatik yaşantılar soru formu 1 saat arayla iki defa uygulanmıştır.

Travmatik yaşantılar soru formunun geçerlik güvenilirlik çalışmasına ilişkin istatistik analizler sonucunda, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.93 ve geçerliğine

ilişkin hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.52 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre travmatik yaşantılar soru formunun geçerlik ve güvenirlik katsayıları bilimsel araştırmalarda kullanılabilecek düzeyde yeterlidir. Soru formundan elde edilen ham verilere, ölçeğe ilişkin alt başlıkları belirleyebilmek amacıyla 30 derece varimax rotasyonu ile faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizinde öz değer 1 olarak kabul edilmiştir. Analiz sonucunda rotasyonlu faktör yüklerine göre yapılan sınıflamada, 1. ve 2. sorular genel travmalar, 3., 4. ve 5. sorular fiziksel travmalar, 6. ve 7. sorular ise cinsel travmalar başlığı altında 3 faktör olarak sınıflandırılmıştır. Travmatik yaşantılar soru formundan elde edilen veriler, formun tümü ve alt başlıkları için var-yok şeklinde araştırmacı tarafından çetele tutulmak suretiyle geçmişte yaşanan genel, fiziksel ve cinsel travmalara ilişkin bilgi edinilmektedir. Araştırmacı formun geneline aynı işlemi uygulayarak geçmişte denek tarafından bir şekilde travma yaşanıp yaşanmadığına ilişkin bilgi sahibi olabilmektedir.

4.3.Sosyodemografik Bulgular

Tablo4.3.1. Cinsiyet ve Yaşa İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.

	Kişi	Yüzde	Max. Yaş	Min. Yaş
Erkek	382	66.8	17	34
Kadın	189	33.2	17	32
Toplam	571	100	17	34

Tablo4.3.2. İkamet Edilmekte Olan Yere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.

	Kişi	Yüzde(%)
Ailesiyle Beraber	137	24.0
Yurtta	175	30.6
Pansiyon	17	3.0
Evde Tek Başına	18	3.2
Evde Arkadaşlarıyla	208	36.4
Diğer	9	1.6
Cevapsız	7	1.2
Toplam	571	100

Tablo4.3.3. Medeni Duruma İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.

	Kişi	Yüzde(%)
Bekar	544	95.3
Evli	18	3.2
Boşanmış	3	0.5
Cevapsız	6	1.1
Toplam	571	100

Tablo 4.3.4. Aile İle Birlikte Çoğunlukla Yaşanılmış Olan Yere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu.

	Kişi	Yüzde(%)
Büyük Şehir	138	24.2
Şehir	330	57.8
Kasaba	53	9.3
Köy	43	7.5
Yurtdışı	2	0.4
Cevapsız	5	0.9
Toplam	571	100

Tablo 4.3.5. Deneklerin Kendileriyle Birlikte Kardeş Sayılarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

Kardeş Sayısı	Kişi	Yüzde(%)
Bir	8	1.4
iki	47	8.2
Üç	78	13.7
Dört	105	18.4
Beş ve Üstü	329	57.6
Cevapsız	4	0.7
Toplam	571	100

Tablo 4.3.6. Ekonomik Duruma İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

Ekonomik Durum	Kişi	Yüzde(%)
Alt	42	7.4
Orta	389	68.1
İyi	137	24.0
Cevapsız	3	0.5
Toplam	571	100

Tablo 4.3.7. Ekonomik Duruma Göre İkamet Edilen Yere İlişkin Yüzdelik Dağılımlar.

İKAMET EDİLEN YER	EKONOMİK DURUM					
	Alt	%	Orta	%	İyi	%
Aile Yanı	12	28.6	73	18.9	52	38.2
Yurt	8	19.0	134	34.7	33	24.3
Pansiyon	1	2.4	13	3.4	3	2.2
Evde Tek Başına	2	4.8	11	2.8	5	3.7
Ev Arkadaşlarıyla	19	45.2	148	38.3	41	30.1
Diğer	0	0	7	1.8	2	1.5
Toplam	42	100	386	100	136	100

$$\chi^2_{(10, 0.01)} = 26.01$$

Barınılacak yere ilişkin tercihin önemli bir belirleyicisinin ekonomik durum olduğu gözlenmiştir ($\chi^2 (10) = 26.01$, $P < 0.01$). Ekonomik durum kötüleştikçe öğrencilerin daha çok arkadaşlarıyla birlikte kiraladıkları evlerde kalmaya yöneldikleri görülmektedir ($r = -0.121$, $P < 0.01$) (Tablo 4.3.8). Ekonomik durumlarını alt düzey olarak tanımlayan gruptakilerin daha çok arkadaşlarıyla birlikte (%45.2, $N = 19$), ekonomik olarak orta grupta yer alanların evde arkadaşlarıyla (%38.3, $N = 148$) ve yurttan (%34.7, $N = 134$), üst ekonomik gruba dahil olanların daha çok ailesiyle (%38.2, $N = 52$) ve arkadaşlarıyla birlikte evde (%30.1, $N = 41$) kalmayı tercih ettikleri anlaşılmaktadır (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.8. Demografik Göstergelere İlişkin Spearman Brown Korelasyon Tablosu

	Yaş	Cinsiyet	Med. Dur.	İkamet	Aile İkamet	Kardeş Sayısı
Cinsiyet	-0.301**					
Med. Dur.	0.168**	0.000				
İkamet	0.144**	-0.175**	-0.111**			
Aile İkamet	-0.143**	-0.055	-0.051	0.003		
Kardeş	0.085*	-0.228**	-0.018	0.087*	0.150**	
Eko. Dur.	-0.079	0.142**	0.014	-0.121**	-0.014	-0.098*

Yapmış olduğumuz çalışmaya katılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinden evli ve boşanmış olanların yaşlarının, bekarlara oranla daha büyük olduğu anlaşılmaktadır ($r = 0.168$, $P < 0.05$). Büyük şehir ve şehirlerden gelenlerin üniversite eğitime daha geç başladıkları ($r = -0.143$, $P < 0.05$) ve barınmak için daha çok arkadaşlarıyla veya kendi başlarına kiraladıkları evlerde kalmayı tercih ettikleri gözlenmiştir ($r = 0.144$, $P < 0.05$). Gözlenmiş olan bu ilişkilerden yapılabilecek diğer bir çıkarım da, örneklemin büyük çoğunluğunu şehir dışından gelenlerin oluşturduğudur. Büyük şehirlerden gelenler örneklem grubunun %24.2' sini ($N = 138$) ve şehirlerden gelenler %57.8' ni ($N = 330$) temsil etmektedirler (Tablo 4.3.4). Kardeş sayıları çok olanlar üniversite eğitime daha geç başlamışlardır ($r = 0.085$, $P < 0.05$). Çok çocuklu ailelerden gelenlerin barınacak yer olarak daha çok arkadaşlarıyla birlikte kiraladıkları evleri tercih ettikleri görülmektedir ($r = 0.087$, $P < 0.05$). Büyük şehirlerde ve şehirlerde yaşayan ailelerin daha kırsal yerleşim birimlerinde yaşayanlara göre daha çok çocuk sahibi oldukları anlaşılmaktadır ($r = 0.150$, $P < 0.05$). Kardeş sayıları ve ekonomik durum arasındaki ilişkiyi irdellemek için yapılan Spearman Brown korelasyon analizi sonucunda, örneklemin ekonomik durumu ve kardeş sayısı arasında pozitif yönde, ancak zayıf bir ilişkinin varlığı gözlenmiştir. Ekonomik durum iyileştikçe ailedeki çocuk sayısında azalma eğilimi görülmektedir ($r = 0.10$, $P < 0.05$) (Tablo 4.3.8). Bununla beraber, istatistik olarak anlamsız çıkan ki-kare analizinin sonucu, çocuk sayısının belirleyicisinin ekonomik durum olmadığını göstermektedir ($\chi^2 (30) = 3.394$, $P = 0.306$)

4.4.Cinsiyet

Tablo 4.4.1. Cinsiyete Göre Yaş Ortalamaları Arasında Yapılan T-Testi Tablosu

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Erkek	382	22.87 $\pm$ 0.104	569	6.916**
Kadın	189	21.49 $\pm$ 0.188		
Toplam	571	22.41 $\pm$ 0.097		

Çalışmaya katılmış olan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin %66.9 ‘u (N = 382) erkek, %33.12’ i (N = 189) kadındır. Erkeklerin yaşları 17 ile 34, kadınların ise 17 ile 32 arasında değişmektedir (Tablo 4.3.1). Cinsiyetlerin yaş ortalamaları arasında yapılan varyans analizi sonucunda, erkeklerin yaş ortalamaları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (t = 6.916, P < 0.01) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. Cinsiyete Göre İkamet Edilen Yerlere İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu

İKAMET EDİLEN YER	CİNSİYET			
	Erkek	%	Kadın	%
Aile Yanı	96	25.6	41	21.7
Yurt	72	19.2	103	54.5
Pansiyon	16	4.3	1	0.5
Evde Tek Başına	15	4.0	3	1.6
Ev Arkadaşlarıyla	170	45.3	38	20.1
Diğer	6	1.6	3	1.6
Toplam	375	100	189	100

$$\chi^2_{(5, 0.01)} = 81.051$$

Tabloda görüldüğü üzere ikamet edilecek yer tercihi cinsiyete bağlı olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($\chi^2 (5) = 81.051$, P < 0.01). Erkeklerin %45.3 ‘ü (N = 170) evde arkadaşlarıyla birlikte kaldıkları halde, kızlar %54.5 (N = 103) oranında yurttta kalmayı tercih etmektedirler (Tablo 4.4.2).

Cinsiyete göre kardeş sayılarının dağılımları ile ilişkili olarak yapılan çok gözlü ki-kare analizi sonucunda, kardeş sayılarının cinsiyete bağlı olarak değiştiği gözlenmiştir ($\chi^2 (15) = 27.953$, P < 0.001). Cinsiyeti erkek olan deneklerin kardeş sayıları ($\bar{X} = 6$) kızlara oranla fazladır ($\bar{X} = 5$). Erkeklerin %65.3’ ünün (N = 247) ve kızların %43.4’ ünün (N = 82) kendileri de dahil olmak üzere beş ve üzerinde kardeşi vardır. Örneklemin %58’ inin (N = 329) kardeş sayısı beş ve üzerindedir (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.3. Cinsiyete Göre Kardeş Sayılarına İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu

KARDEŞ SAYISI	CİNSİYET					
	Erkek	%	Kadın	%	Genel Toplam	%
Bir	5	1.3	3	1.6	8	1.4
İki	22	5.8	25	13.2	47	8.3
Üç	41	10.8	37		78	13.8
Dört	63	16.7	42	22.2	105	18.5
Beş ve Üstü	247	65.3	82	43.4	329	58.0
Toplam	378	100	189	100	567	100

$$\chi^2_{(4, 0.001)} = 27.953$$

Tablo 4.4.4. Cinsiyete Göre Ekonomik Duruma İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu

CİNSİYET	EKONOMİK DURUM							
	Alt	%	Orta	%	İyi	%	Toplam	%
Erkek	34	9.0	268	70.7	77	20.3	379	100
Kadın	8	4.2	121	64.0	60	31.7	189	100

$$\chi^2_{(2, 0.01)} = 11.483$$

Erkeklerin %70.7' si (N = 268) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğuna ilişkin bir değerlendirme yaptıkları halde, kadınların %31.7' si (N = 60) ve %64' ü (N = 121) ekonomik durumlarının sırasıyla, iyi ve orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.4.4).

Ruhsal rahatsızlık geçirme oranları cinsiyetle bağımlı olarak anlamlı bir şekilde değişme göstermemektedir. Geçmişte erkeklerin %7.1' i (N = 27) ve kadınların %11.6' sı (N = 22) ruhsal rahatsızlık geçirmişlerdir (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.5. Cinsiyete Göre Geçmişte Ruhsal Rahatsızlık Geçirme Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu.

CİNSİYET	RUHSAL RAHATSIZLIK					
	Var	%	Yok	%	Genel Toplam	%
Erkek	27	7.1	352	92.9	379	100
Kadın	22	11.6	167	88.4	189	100
Toplam	49	8.6	519	91.4	568	100

Tablo 4.4.6. Cinsiyete Göre Geçmişte İntihar Girişiminde Bulunma Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu.

CİNSİYET	İNTİHAR GİRİŞİMİ					
	Var	%	Yok	%	Genel Toplam	%
Erkek	18	4.7	361	95.3	379	100
Kadın	19	10.1	170	89.9	189	100
Toplam	37	6.5	531	93.5	568	100

$$\chi^2_{(1, 0.05)} = 5.825$$

Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olanların oranları cinsiyete bağlı olarak değişmektedir ($\chi^2(1) = 5.825$, $P < 0.05$). Erkeklerin %4.7' si ($N = 18$) ve kadınların %10.1' i ($N = 19$) geçmişte intihar girişiminde bulunmuşlardır (Tablo 4.4.6).

Tablo 4.4.7. Geçmişte Ruhsal Rahatsızlık Geçirmiş Olanlara Göre İntihar Girişiminde Bulunma Durumuna İlişkin Yüzdelik Dağılım Tablosu.

RUHSAL RAHATSIZLIK	İNTİHAR GİRİŞİMİ					
	Var	%	Yok	%	Genel Toplam	%
Var	13	2.3	36	6.3	49	8.6
Yok	24	4.2	495	87.1	519	91.4
Genel Toplam	37	6.5	531	93.5	568	100

$$\chi^2_{(1,0.01)} = 35.282$$

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olma durumuna bağlı olarak intihar girişiminde bulunma oranları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir ($\chi^2(1) = 35.282, P < 0.01$). Örneklemin geçmişte %8.6' sı ($N = 49$) ruhsal rahatsızlık geçirmiş, %6.5' i de ($N = 37$) intihar girişiminde bulunmuştur. Bu oranların %2.3' ü ($N = 13$) geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olduğu halde, intihar girişiminde bulunmuştur (Tablo 4.4.7).

4.5. Travma

Tablo 4.5.1. Tablosu Geçmişte Travmatik Yaşantının Varlığının Cinsiyete Göre Yüzdelik Dağılım Tablosu.

CİNSİYE T	TRAVMA					
	Var	%	Yok	%	Toplam	%
Erkek	288	75.4	94	24.6	382	100
Kız	139	73.5	50	26.5	189	100
Genel Toplam	427	74.7	144	25.3	571	100

Örneklemin %74.7' si ($N = 427$) geçmişte genel, fiziksel veya cinsel travma başlıkları altında tanımlanabilecek bir travmatik yaşantıyı deneyimlemişlerdir. Buna karşın geçmişte travma yaşamış olma yüzdeleri cinsiyete bağlı olarak değişmemektedir. Erkeklerin %74.5' i ($N = 288$) ve kadınların %73.5' i ($N = 139$) geçmişte travma yaşamış olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.2. Travma Çeşitleri Ve Bunların Aralarındaki Etkileşime Göre Cinsiyetler Arasındaki Yüzdelik Dağılım Tablosu.

TRAVMA ÇEŞİTLERİ	CİNSİYET					
	Erkek	%	Kadın	%	Genel Toplam	%
Genel	78	27.1	75	54.0	153	35.8
Fiziksel	58	20.1	12	8.6	70	16.4
Cinsel	15	5.2	3	2.2	18	4.2
Genel*Fiziksel	83	28.8	27	19.4	110	25.8
Genel*Cinsel	13	4.5	11	7.9	24	5.6
Fiziksel*Cinsel	10	3.5	3	2.2	13	3.0
Genel*Fiziksel*Cinsel	31	10.8	8	5.8	39	9.1
Toplam	288	100	139	100	427	100

$$\chi^2_{(6, 0.01)} = 36.782$$

Örneklemin geneline bakıldığında %35.8' i genel travma, %25.8' i genel ve fiziksel travma, %16.4' ü de fiziksel travma yaşamış olduklarını bildirmişlerdir. Erkeklerin %28.8' i genel ve fiziksel, %27.1' i genel travma ve %20.1' i fiziksel travma yaşamışlardır. Kadınların ise %54' ünün fiziksel, %19.4' ünün genel ve fiziksel travma yaşadıkları gözlenmiştir (Tablo 4.5.2). İstatistiksel analiz sonucu travma çeşitlerine göre belirlenen oranlar cinsiyete bağlı olarak anlamlı farklılıklar göstermektedirler ($\chi^2 (6) = 36.782, P < 0.01$).

Tablo 4.5.3. Geçmişte Yaşanmış Travma Çeşitleri Ve Sosyodemografik Göstergeler Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu.

	Yaş	Cins.	Med. Dur.	Kardeş Sayısı	Ekono. Durum	Ruh Sağ.	İntihar
Travma	-0.043	-0.020	-0.060	0.058	0.056	0.076	0.070
Genel Travma	-0.050	0.098*	-0.039	-0.020	0.065	0.100*	0.025
Fiziksel Travma	0.011	-0.203**	0.009	0.091*	-0.037	0.167**	0.101*
Cinsel Travma	0.045	-0.061	-0.011	0.004	-0.022	0.083*	0.113**

Kardeş sayısı fazla olanların daha çok fiziksel travmaya maruz kaldıkları gözlenmiştir ($r = 0.091, P < 0.05$). Geçmişte Travma yaşamış olma durumuyla medeni

durum ve ekonomik gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ruh sağlığı problemi yaşamış olanların geçmişlerinde genel travma ($r = 0.10$, $P < 0.05$), fiziksel travma ($r = 0.167$, $P < 0.05$) ve cinsel travma ($r = 0.083$, $P < 0.05$) vardır. İntihar girişiminde bulunmuş olanlar ağırlıklı olarak geçmişte fiziksel ($r = 0.101$, $P < 0.05$) ve cinsel travma ($r = 0.113$, $P < 0.01$) yaşadıklarını bildirmektedirler (Tablo 4.5.3).

Tablo 4.5.4. Travma Çeşitleri Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu.

	Genel Travma	Fiziksel Travma
Fiziksel Travma	0.119**	
Cinsel Travma	0.089*	0.133**

Geçmişte genel travma yaşamış olanların büyük bölümü fiziksel ($r = 0.119$, $P < 0.01$) ve cinsel ($r = 0.089$, $P < 0.05$) travma yaşadıklarını bildirmektedir. Bununla beraber, cinsel travma yaşamış olanların önemli bir kısmı aynı zamanda fiziksel travma yaşadıklarını ifade temektedirler ($r = 0.133$, $P < 0.01$) (Tablo 4.5.4).

4.6.Disosiyasyon

Tablo 4.6.1. Cinsiyete Göre DES Ortalamalarına İlişkin T-Testi Tablosu.

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Erkek	382	22.54 $\pm$ 0.601	569	0.221
Kadın	189	22.77 $\pm$ 0.861		
Toplam	571	22.62 $\pm$ 0.493		

Örneklemin disosiyatif yaşantılar ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 22.62' dir ($S_{\bar{X}} = 0.493$). Araştırmaya katılmış olan erkeklerle kadınların DES ölçeğinden almış oldukları puanların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.2. Travma Çeşitlerine Göre DES Ortalamalarına İlişkin Varyans Analizi Tablosu

TRAVMA ÇEŞİTLERİ	TRAVMA				
	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Genel Travma	23.30 $\pm$ 0.669	326	21.71 $\pm$ 0.723	245	2.576
Fiziksel Travma	24.30 $\pm$ 0.788	232	21.46 $\pm$ 0.624	339	8.125**
Cinsel Travma	25.97 $\pm$ 1.191	94	21.96 $\pm$ 0.536	477	9.274**
Toplam	23.58 $\pm$ 0.573	427	19.77 $\pm$ 0.928	144	11.483**

Geçmişte herhangi bir şekilde travma yaşamış olanların DES ölçeğinden almış oldukları puanların ortalaması ($\bar{X} = 23.58$, $S_{\bar{X}} = 0.573$, $N = 427$), travma yaşamamış olanlara oranla ($\bar{X} = 19.77$, $S_{\bar{X}} = 0.928$, $N = 144$) istatistik olarak anlamlı biçimde yüksek çıkmıştır ($F(569) = 11.483$, $P < 0.01$). Geçmişte fiziksel travma ($F(569) = 8.125$, $P < 0.01$) ve cinsel travma ($F(569) = 9.274$, $P < 0.01$) yaşamış olanların DES ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları, bahsi geçen travma çeşitlerini yaşamamış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.3. Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre DES Puanlarının Ortalamalarına İlişkin Varyans Analiz Tablosu

	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Ruh Hastalığı	27.24 $\pm$ 1.839	49	22.22 $\pm$ 0.509	519	8.250**
İntihar Girişimi	28.56 $\pm$ 1.910	37	22.24 $\pm$ 0.508	531	10.120**

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olanların ($\bar{X} = 27.24$, $S_{\bar{X}} = 1.839$, $N = 49$), herhangi bir ruhsal rahatsızlık geçirmemiş olanlara ($\bar{X} = 22.22$, $S_{\bar{X}} = 0.509$, $N = 519$) nazaran DES ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($F(566) = 8.250$, $P < 0.01$). Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olanların ($\bar{X} = 28.56$, $S_{\bar{X}} = 1.910$, $N = 37$) ortalama DES puanları, intihar girişiminde bulunmamış olanlara ($\bar{X} = 22.24$, $S_{\bar{X}} = 0.508$, $N = 531$) göre önemli düzeyde yüksek çıkmıştır ($F(566) = 10.120$, $P < 0.01$) (Tablo 4.6.3).

Tablo 4.6.4. DES Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu.

	ΔR^2	β_0	β_1	B	$S_{\bar{X}}$	t
Yaş	0.03	41.03				
			-0.821	-0.162	0.209	-3.922***
Ölüm Kaygısı	0.01	15.96				
			0.147	0.107	0.057	2.559*
Durumluk Kaygı	0.05	9.42				
			0.306	0.235	0.053	5.778***
Sürekli Kaygı	0.12	1.06				
			0.481	0.351	0.054	8.940***
Depresyon	0.17	14.77				
			0.593	0.410	0.055	10.732***

Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin DES ölçeğinden aldıkları puanlarla yaş ($t(569) = -3.922, P < 0.001$), ölüm kaygısı ($t(569) = 2.559, P < 0.05$), durumluk kaygı ($t(569) = 5.778, P < 0.001$), sürekli kaygı ($t(569) = 8.940, P < 0.01$) ve depresyon ($t(569) = 10.732, P < 0.01$) arasında istatistik olarak anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Yaş, ölüm kaygısı, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri örneklemin DES’ ten aldıkları puanlardaki değişiminin sırasıyla, %3, %1, %5, %12 ve %17’ sini açıklamaktadırlar. Buna göre, yaş büyüdükçe disosiyatif yaşantıların yoğunluğu azalmakta, ölüm kaygısı, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon puanlarındaki artışla doğru orantılı olarak, DES puanları artış göstermektedir (Tablo 4.6.4).

Tablo 4.6.5. Yaş, Ölüm Kaygısı, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ve Depresyon Puanları İle Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanları Arasında Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Tablosu.

	ΔR^2	R^2 değ.	β_0	β	B	$S_{\bar{x}}$	t
MODEL 1	0.17	0.17	14.768				
Depresyon				0.593	0.41	0.055	10.732***
MODEL 2	0.18	0.01	6.898				
Depresyon				0.452	0.31	0.069	6.504***
Sürekli Kaygı				0.217	0.16	0.066	3.295**
MODEL 3	0.20	0.02	21.346				
Depresyon				0.425	0.294	0.069	6.129***
Sürekli Kaygı				0.230	0.168	0.065	3.513***
Yaş				-0.654	-0.129	0.191	-3.415**

Yaş, ölüm kaygısı, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyonun disosiyatif yaşantılar üzerindeki ortak etkisi basamaklı çoklu regresyon analiziyle tespit edilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda ölüm anksiyetesi ve durumluk kaygı düzeylerinin etkisi gözardı edilebilecek kadar düşük bulunmuş ve modelden çıkarılmıştır. Analiz sonucu elde edilen en uygun model depresyon ($t(569) = 6.129, P <$

0.001), sürekli kaygı ($t(569) = 3.513, P < 0.001$) ve yaş ($t(569) = -3.415, P < 0.01$) değişkenlerini içerdiği görülmektedir. Sonuçta elde edilen en uygun model DES puanlarındaki değişimin %20' sini açıklamaktadır. Model içinde depresyon düzeylerinin tek başına DES puanlarındaki değişimin %17' sini açıklayabildiği gözlenmiştir (Tablo 4.6.5).

Tablo 4.6.6. DES Puanlarıyla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu

	Medeni Durum	Kalınan Yer	Ailenin Kal. Yer	Kardeş Sayısı	Ekonomik Durum
Disosiyasyon	-0.091*	-0.032	0.077	0.060	0.029

Çalışmaya katılan öğrencilerin elde etmiş oldukları DES puanları ile medeni durumları arasında negatif yönde anlamlı, ancak zayıf bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0.091, P < 0.05$) (Tablo 4.6.6)

Tablo 4.6.7. Medeni Duruma Göre DES Ortalamaları Arasında Yapılan Varyans Analizi Tablosu.

Medeni Durum	N	Ortalama	F
Bekar	544	22.85 ± 0.506	2.329
Evli	18	17.33 ± 2.581	
Boşanmış	3	16.55 ± 5.981	
Toplam	565	22.64 ± 0.496	

Örneklemin medeni durumlarına göre aldıkları DES puanlarının ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.6.7).

4.7.Ölüm Kaygısı

Tablo 4.7.1. Cinsiyete Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ortalamalarına İlişkin T-Testi Tablosu.

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Erkek	382	44.27 $\pm$ 0.437	569	-3.983***
Kadın	189	47.26 $\pm$ 0.594		
Toplam	571	45.26 $\pm$ 0.357		

Araştırma içinde yer almış olan üniversite öğrencileri, ölüm anksiyetesi ölçeğinden ortalama 45.26 puan almışlardır ($S_{\bar{X}} = 0.357$). Erkeklerin bu ölçekten almış oldukları ortalama puanlar ($\bar{X} = 44.27$, $S_{\bar{X}} = 0.437$, $N = 382$), kadınların almış oldukları ortalama puanlara ($\bar{X} = 47.26$, $S_{\bar{X}} = 0.594$, $N = 189$) göre daha düşüktür. Kadınların ölüme ilişkin kaygılarının önemli oranda daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($t(569) = -3.983$, $P < 0.001$) (Tablo 4.7.1).

Tablo 4.7.2. Travma Çeşitlerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Ortalamalarına İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

TRAVMA ÇEŞİTLERİ	TRAVMA				
	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Genel Travma	45.21 $\pm$ 0.466	326	45.33 $\pm$ 0.556	245	0.30
Fiziksel Travma	44.76 $\pm$ 0.592	232	45.61 $\pm$ 0.445	339	1.364
Cinsel Travma	45.97 $\pm$ 0.826	94	45.12 $\pm$ 0.395	477	0.768
Toplam	45.10 $\pm$ 0.418	427	45.75 $\pm$ 0.686	144	0.627

Geçmişte travma yaşamış olanların ($\bar{X} = 45.10$, $S_{\bar{X}} = 0.418$, $N = 427$) ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları ortalama puanlarla, böyle bir deneyim yaşamamış olanları ortalama puanları ($\bar{X} = 45.75$, $S_{\bar{X}} = 0.686$, $N = 144$) arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Travma çeşitlerine göre analiz edilen ortalama puanlar,

geçmişte genel, fiziksel veya cinsel travma yaşamış olanlarla, söz konusu travmaları yaşamamış olanlar arasında ölüm kaygısı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedirler (Tablo 4.7.2).

Tablo 4.7.3. Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Ölüm Kaygısı Ölçeğine İlişkin Varyans Analiz Tablosu.

	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Ruh Hastalığı	44.49 $\pm$ 1.351	49	45.35 $\pm$ 0.371	519	0.452
İntihar Girişimi	40.97 $\pm$ 1.553	37	45.57 $\pm$ 0.365	531	10.186**

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olanlarla, herhangi bir şekilde ruh sağlığı problemi yaşamamış olanlar arasında ölüme ilişkin korku düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Buna karşın, geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olanların ($\bar{X} = 40.97$, $S_{\bar{X}} = 1.553$, $N = 37$) ölüme ilişkin korku ve kaygıları, geçmişte böyle bir girişimde bulunmamış olanlara ($\bar{X} = 45.57$, $S_{\bar{X}} = 0.365$, $N = 531$) nazaran önemli oranda daha düşüktür ($F(566) = 10.186$, $P < 0.01$) (Tablo 4.7.3).

Tablo 4.7.4. Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu.

	ΔR^2	β_0	β_1	B	$S_{\bar{X}}$	t
Yaş	0.00	44.366				
			0.011	0.01	0.154	0.260
Durumluk Kaygı	0.04	37.536				
			0.179	0.19	0.039	4.619***
Sürekli Kaygı	0.09	31.684				
			0.303	0.31	0.040	7.634***
Depresyon	0.02	43.465				
			0.136	0.13	0.044	3.118**

Yaş değişkeniyle ölüm kaygısı düzeyleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda istatistik olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bununla birlikte, çalışmaya katılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin durumluk kaygı ($t(569) = 4.619$, $P < 0.001$), sürekli kaygı ($t(569) = 7.634$, $P < 0.001$) ve depresyon ($t(569) = 3.118$, $P < 0.01$) düzeyleri ile ölüme ilişkin kaygıları arasında anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon düzeylerindeki artışla birlikte ölüm kaygıları sırasıyla, %4, %9 ve %2 oranında artmaktadır (Tablo 4.7.4).

Tablo 4.7.5. Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ve Depresyon Puanları İle Ölüm Kaygısı Ölçeği Puanları Arasında Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Tablosu.

	ΔR^2	R^2 değ.	β_0	β	B	$S_{\bar{x}}$	t
MODEL 1	0.09	0.09	31.684				
Sürekli Kaygı				0.303	0.305	0.040	7.634***

Örneklemin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlarla durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon puanları arasında yapılan basamaklı çoklu regresyon analizi sonucunda, durumluk kaygı ve depresyon değişkeninin etkileri çok küçük bulunarak modelden çıkarılmışlardır. En uygun model olarak sürekli kaygı ($t(569) = 7.634$, $P < 0.001$) ve ölüm korkuları arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır. İdeal modelimizde sürekli kaygı düzeyindeki artış, ölüme ilişkin kaygılarda %9' luk artışa neden olmaktadır (Tablo 4.7.5).

Tablo 4.7.6. Ölüm Kaygısı Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu

	Medeni Durum	Kalınan Yer	Ailenin Kal. Yer	Kardeş Sayısı	Ekonomik Durum
Ölüm Kaygısı	-0.016	-0.072	0.032	0.000	0.036

Yapılan korelasyon analizi sonucunda ölüme ilişkin kaygılarla sosyo-demografik bulgular arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır (Tablo 4.7.6).

4.8. Durumluk ve Sürekli Kaygı

Tablo 4.8.1. Cinsiyete Göre Durumluk Kaygı Ölçeğinin Ortalamalarına İlişkin T-Testi Tablosu.

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Erkek	382	42.60 $\pm$ 0.464	569	-2.150*
Kadın	189	44.33 $\pm$ 0.652		
Toplam	571	43.18 $\pm$ 0.379		

Örneklemin durumluk kaygı ölçeğinden aldığı ortalama puan 43.18' dir ($S_{\bar{X}} = 0.379$). Kadınların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 44.33$, $S_{\bar{X}} = 0.652$, $N = 189$), erkeklere ($\bar{X} = 42.60$, $S_{\bar{X}} = 0.464$, $N = 382$) oranla daha yüksek çıkmıştır ($t(569) = -2.150$, $P < 0.05$) (Tablo 4.8.1).

Tablo 4.8.2. Travma Çeşitlerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

TRAVMA ÇEŞİTLERİ	TRAVMA				
	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Genel Travma	43.33 $\pm$ 0.487	326	42.97 $\pm$ 0.603	245	0.220
Fiziksel Travma	44.43 $\pm$ 0.607	232	42.32 $\pm$ 0.481	339	7.511**
Cinsel Travma	44.48 $\pm$ 0.987	94	42.92 $\pm$ 0.410	477	2.325
Toplam	43.52 $\pm$ 0.436	427	42.15 $\pm$ 0.765	144	2.497

Araştırmaya katılan öğrencilerden geçmişte herhangi bir şekilde travma yaşamış ($\bar{X} = 44.52$, $S_{\bar{X}} = 0.436$, $N = 427$) olanların, travma yaşamamış ($\bar{X} = 42.15$, $S_{\bar{X}} = 0.765$, $N = 144$) olanlara göre durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Travma çeşitlerine göre durumluk kaygı ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde, yalnızca geçmişte fiziksel travma yaşamış olanların ($\bar{X} = 44.43$, $S_{\bar{X}} = 0.607$, $N = 232$), fiziksel travma yaşamamış olanlara ($\bar{X} = 42.32$, $S_{\bar{X}} =$

0.481, N = 339) göre durumluk kaygı düzeyleri istatistik olarak anlamlı biçimde yüksektir ($F(569) = 7.511$, $P < 0.01$) (Tablo 4.8.2).

Tablo 4.8.3. Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analiz Tablosu.

	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Ruh Hastalığı	45.63 $\pm$ 1.374	49	42.93 $\pm$ 0.395	519	3.974*
İntihar Girişimi	43.81 $\pm$ 1.708	37	43.12 $\pm$ 0.390	531	0.199

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olanların ($\bar{X} = 45.63$, $S_{\bar{X}} = 1.374$, $N = 49$) durumluk kaygı düzeylerinin, bu tip bir rahatsızlık geçirmemiş olanlara ($\bar{X} = 42.93$, $S_{\bar{X}} = 0.395$, $N = 519$) göre çok daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($F(566) = 3.974$, $P < 0.05$). Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olanlarla, intihar girişiminde bulunmayanlar arasında durumluk kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 4.8.3).

Tablo 4.8.4. Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu.

	ΔR^2	β_0	β_1	B	$S_{\bar{X}}$	t
Yaş	0.00	38.52				
			0.208	0.053	0.163	1.272
Sürekli Kaygı	0.38	13.91				
			0.653	0.618	0.035	18.770***
Depresyon	0.30	35.13				
			0.608	0.546	0.039	15.548***

Araştırmaya katılmış olan öğrencilerin yaşlarıyla durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır. Bununla birlikte, öğrencilerin sürekli kaygı ($t(569) = 18.770$, $P < 0.001$) ve depresyon düzeyleri ($t(569) = 15.548$, $P < 0.001$) arttıkça durumluk kaygı düzeylerinde artış gözlenmiştir. Sürekli kaygı ve depresyon

düzeylerindeki yükselmeler durumluk kaygı düzeyinde sırasıyla, %38 ve %30' luk artışa neden olmaktadır (Tablo 4.8.4).

Tablo 4.8.5. Durumluk Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu

	Medeni Durum	Kalınan Yer	Ailenin Kal. Yer	Kardeş Sayısı	Ekonomik Durum
Durumluk Kaygı	-0.077	0.048	0.063	0.043	-0.119**

Tablo 4.8.6. Ekonomik Duruma Göre Durumluk Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

Ekonomik Durum	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	F
Alt	42	44.12 $\pm$ 1.388 ^A	4.160*
Orta	389	43.74 $\pm$ 0.441 ^{AB}	
İyi	137	41.23 $\pm$ 0.851 ^B	
Toplam	568	43.17 $\pm$ 0.381	

Öğrencilerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlarla sosyodemografik bulgular arasında yapılan korelasyon analizi sonucu ekonomik durumla negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin varlığı belirlenmiştir ($r = -0.119$, $P < 0.05$) (Tablo 4.8.5). Bunun üzerine, ekonomik duruma göre durumluk kaygı puanları arasında yapılan varyans analizi sonucunda alt ekonomik sınıftaki öğrencilerin durumluk kaygı düzeylerinin ($\bar{X} = 44.12$, $S_{\bar{X}} = 1.388$, $N = 42$), ekonomik durumları iyi olanlara ($\bar{X} = 41.23$, $S_{\bar{X}} = 0.381$, $N = 137$) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($F(565) = 4.160$, $P < 0.05$) (Tablo 4.8.6).

Çalışmaya alınan öğrencilerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları ortalama puan 44.83' tür ($S_{\bar{X}} = 0.359$). Kadınların sürekli kaygı düzeylerinin ($\bar{X} = 46.42$, $S_{\bar{X}} = 0.691$, $N = 189$) erkeklere ($\bar{X} = 44.04$, $S_{\bar{X}} = 0.409$, $N = 382$) göre yüksek çıktığı gözlenmiştir ($t(569) = -3.138$, $P < 0.01$) (Tablo 4.8.7).

Tablo 4.8.7. Cinsiyete Göre Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin T-Testi Tablosu.

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Erkek	382	44.04 $\pm$ 0.409	569	-3.138**
Kadın	189	46.42 $\pm$ 0.691		
Toplam	571	44.83 $\pm$ 0.359		

Tablo 4.8.8. Travma Çeşitlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

TRAVMA ÇEŞİTLERİ	TRAVMA				
	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Genel Travma	44.76 $\pm$ 0.482	326	44.92 $\pm$ 0.540	245	0.048
Fiziksel Travma	45.88 $\pm$ 0.582	232	44.12 $\pm$ 0.452	339	5.813**
Cinsel Travma	46.30 $\pm$ 0.862	94	44.54 $\pm$ 0.394	477	3.291
Toplam	45.16 $\pm$ 0.426	427	43.87 $\pm$ 0.658	144	2.431

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinden geçmişte herhangi bir şekilde travma yaşamış olanların ($\bar{X}$ =45.16, $S_{\bar{X}}$ = 0.426, N = 427), travma yaşamamış ($\bar{X}$ = 43.87, $S_{\bar{X}}$ = 0.658, N = 144) olanlara göre durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Geçmişte fiziksel travma yaşamış olanların ($\bar{X}$ =45.88, $S_{\bar{X}}$ = 0.582, N = 232), fiziksel travma yaşamamış olanlara ($\bar{X}$ = 44.12, $S_{\bar{X}}$ = 0.452, N = 339) göre sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (F (569) = 5.813, P < 0.01) (Tablo 4.8.8).

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olanlar ve intihar girişiminde bulunanların, geçmişte bir ruhsal rahatsızlık geçirmemiş ve intihar girişiminde bulunmamış olanlara göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.8.9).

Tablo 4.8.9. Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Varyans Analiz Tablosu.

	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Ruh Hastalığı	46.90 $\pm$ 1.738	49	44.62 $\pm$ 0.359	519	3.148
İntihar Girişimi	45.16 $\pm$ 1.640	37	44.79 $\pm$ 0.369	531	0.064

Tablo 4.8.10 . Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarıyla Diğer Değişkenler Arasında Yapılan Regresyon Analizleri Tablosu.

	ΔR^2	β_0	β_1	B	$S_{\bar{X}}$	t
Yaş	0.00	46.39	-0.001	-0.019	0.155	-0.448
Depresyon	0.38	36.24	0.649	0.615	0.035	18.624***

Regresyon analizi sonucu örneklem grubunun depresyon ölçeğinden aldıkları puanlarla, sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (t (569) = 18.624, P < 0.001). Depresyon düzeylerindeki artış, sürekli kaygı düzeyinde %38' lik bir yükselmeye neden olmaktadır (Tablo 4.8.10).

Tablo 4.8.11. Örneklem Grubunun Durumluk Kaygı Ölçeği Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Arasında Yapılan T-Testi Tablosu.

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Durumluk Kaygı	571	43.18 $\pm$ 0.379	1140	-3.166**
Sürekli Kaygı	571	44.83 $\pm$ 0.359		

Çalışmaya katılan deneklerin sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ = 44.83, $S_{\bar{X}}$ = 0.359, N = 571), durumluk kaygı düzeylerine ($\bar{X}$ = 43.18, $S_{\bar{X}}$ = 0.379, N = 571) göre yüksek çıkmıştır (t (1140) = -3.166, P < 0.05) (Tablo 4.8.11).

Tablo 4.8.12. Sürekli Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu

	Medeni Durum	İkamet Edilen Yer	Ailenin Kal. Yer	Kardeş Sayısı	Ekonomik Durum
Sürekli Kaygı	-0.098*	-0.053	0.075	0.058	-0.119**

Tablo 4.8.13. Medeni Duruma Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analiz Tablosu.

Medeni Durum	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	F
Bekar	544	44.96 $\pm$ 0.369 ^A	3.30*
Evli	18	41.61 $\pm$ 1.797 ^{AB}	
Boşanmış	3	35.00 $\pm$ 1.528 ^B	
Toplam	565	44.83 $\pm$ 0.359	

Örneklemin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlarla medeni durumları arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r = -0.098$, $P < 0.01$) (Tablo 4.8.12). Bununla beraber, medeni duruma göre sürekli kaygı ölçeğinden alınan puanlar arasında yapılan varyans analizi ve Duncan testi sonucunda, bekar olanların ($\bar{X}=44.96$, $S_{\bar{X}} = 0.369$, $N = 544$) sürekli kaygı düzeyleri, boşanmış olanlara ($\bar{X} = 35.00$, $S_{\bar{X}} = 1.528$, $N = 3$) göre anlamlı biçimde yüksektir ($F(562) = 3.30$, $P < 0.05$) (Tablo 4.8.13).

Tablo 4.8.14. Ekonomik Duruma Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

Ekonomik Durum	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	F
Alt	42	46,69 $\pm$ 1,127	2.851
Orta	389	45,08 $\pm$ 0.425	

İyi	137	43,48 ± 0.806
Toplam	568	44,82 ± 0.361

Ekonomik durumla sürekli kaygı ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde anlamlı, ancak zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = 0.119$, $P < 0.05$) (Tablo 4.8.12). Bununla beraber, yapılan varyans analizi sonucunda ekonomik duruma göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.8.14).

4.9. Depresyon

Tablo 4.9.1 Cinsiyete Göre Depresyon Envanterinden Alınan Puanlara İlişkin T-Testi Tablosu.

	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	sd	t
Erkek	382	12.74 $\pm$ 0.407	569	-2.122*
Kadın	189	14.27 $\pm$ 0.615		
Toplam	571	13.24 $\pm$ 0.341		

Çalışmaya katılanların depresyon envanterinden almış oldukları ortalama puan 13.24' tür ($S_{\bar{X}} = 0.341$). Araştırmaya katılmış olan kadınların depresyon düzeyleri ($\bar{X} = 14.27$, $S_{\bar{X}} = 0.615$, $N = 189$), erkeklere ($\bar{X} = 12.74$, $S_{\bar{X}} = 0.407$, $N = 382$) göre çok daha yüksektir ($t(569) = -2.122$, $P < 0.05$) (Tablo 4.9.1).

Tablo 4.9.2. Travma Çeşitlerine Göre Depresyon Envanterine İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

TRAVMA ÇEŞİTLERİ	TRAVMA				
	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Genel Travma	13.47 $\pm$ 0.433	326	12.95 $\pm$ 0.548	245	0.570
Fiziksel Travma	14.65 $\pm$ 0.579	232	12.28 $\pm$ 0.408	339	11.845**
Cinsel Travma	15.11 $\pm$ 0.839	94	12.88 $\pm$ 0.371	477	5.928**
Toplam	13.80 $\pm$ 0.404	427	11.60 $\pm$ 0.612	144	7.893**

Geçmişte herhangi bir şekilde travma yaşamış olanların depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ($\bar{X} = 13.80$, $S_{\bar{X}} = 0.404$, $N = 427$), travma yaşamamış olanlara ($\bar{X} = 11.60$, $S_{\bar{X}} = 0.612$, $N = 144$) göre daha yüksektir ($F(569) = 7.893$, $P < 0.01$). Geçmişte fiziksel travma yaşamış olanların ($\bar{X} = 14.65$, $S_{\bar{X}} = 0.579$, $N = 232$), fiziksel travma yaşamamış olanlara ($\bar{X} = 12.28$, $S_{\bar{X}} = 0.408$, $N = 339$) göre depresyon düzeyleri daha yüksektir ($F(569) = 11.845$, $P < 0.01$). Yine cinsel travma yaşamış olanlar ($\bar{X} = 15.11$,

$S_{\bar{X}} = 0.839$, $N = 94$), bu çeşit bir travma yaşamamış olanlara ($\bar{X} = 12.88$, $S_{\bar{X}} = 0.371$, $N = 477$) göre depresyon ölçeğinden çok daha yüksek ortalama puanlar almıştır ($F(569) = 5.928$, $P < 0.01$) (Tablo 4.9.2).

Tablo 4.9.3. Geçmişte Ruh Hastalığı Geçirmiş Olma Ve İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumuna Göre Depresyon Ölçeğine İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

	VAR		YOK		F
	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	N	
Ruh Hastalığı	17.16 $\pm$ 1.426	49	12.84 $\pm$ 0.346	519	12.850***
İntihar Girişimi	16.62 $\pm$ 1.764	37	12.97 $\pm$ 0.343	531	6.990**

Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirmiş olanların ($\bar{X}=17.16$, $S_{\bar{X}}= 1.426$, $N = 49$) depresyon düzeylerinin, herhangi bir şekilde ruhsal bir rahatsızlık geçirmemiş olanlara ($\bar{X}=12.84$, $S_{\bar{X}}= 0.346$, $N = 519$) göre çok daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($F(566) = 12.850$, $P < 0.001$). Bununla beraber, geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olanların ($\bar{X}= 16.62$, $S_{\bar{X}}= 1.764$, $N = 37$) depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar, intihar girişiminde bulunmamış olanlara ($\bar{X}= 12.97$, $S_{\bar{X}}= 0.343$, $N = 531$) göre yüksek çıkmıştır ($F(566) = 6.990$, $P < 0.01$) (Tablo 4.9.3).

Tablo 4.9.4. Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarla Sosyodemografik Bulgular Arasında Yapılan Spearman Brown Korelasyon Analizi Tablosu

	Medeni Durum	Kalınan Yer	Ailenin Kal. Yer	Kardeş Sayısı	Ekonomik Durum
Depresyon	-0.098*	0.001	0.094*	0.046	-0.099*

Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlarla çalışmaya katılanların medeni durumları arasında negatif yönde anlamlı, ancak zayıf bir ilişki gözlenmiştir ($r = -0.098$, $P < 0.05$) (Tablo 4.9.4). Buna karşın, medeni duruma göre depresyon puanları arasında yapılan varyans analizi sonucunda anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.9.5).

Tablo 4.9.5. Medeni Duruma Göre Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

Medeni Durum	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	F
Bekar	544	13.34 $\pm$ 0.353	2.837
Evli	18	9.39 $\pm$ 1.164	
Boşanmış	3	7.33 $\pm$ 2.404	
Toplam	565	13.18 $\pm$ 0.343	

Tablo 4.9.6. Çoğunlukla Kalınan Yere Göre Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

Çoğunlukla Kalınan Yer	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	F
Büyük Şehir	138	11.62 $\pm$ 0.661	2.084
Şehir	330	13.71 $\pm$ 0.456	
Kasaba	53	14.55 $\pm$ 1.172	
Köy	43	12.70 $\pm$ 1.165	
Yurtdışı	2	10.50 $\pm$ 0.500	
Toplam	566	13.19 $\pm$ 0.343	

Aileyle birlikte çoğunlukla kalınmış olan yer ve depresyon düzeyleri arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.094$, $P < 0.05$) (Tablo 4.9.4). Ancak yapılan varyans analizi sonucunda yerleşim birimleri arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.9.6).

Tablo 4.9.7 Ekonomik Duruma Göre Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara İlişkin Varyans Analizi Tablosu.

Ekonomik Durum	N	$\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$	F
Alt	42	14,93 $\pm$ 1,150	1.564
Orta	389	13,30 $\pm$ 0.407	
İyi	137	12,44 $\pm$ 0.739	
Toplam	568	13,21 $\pm$ 0.342	

Ekonomik durum ve depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.099$, $P < 0.05$) (Tablo 4.9.4). Yapılan varyans analizi sonucunda ekonomik düzeyler arasında depresyon ölçeğinden alınan puanlar bakımından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.9.7).

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Yüzüncü Yıl Üniversitesi lisans öğrencilerini temsil eden 571 kişilik bir örneklem grubunda disosiyatif yaşantıların yoğunluğu ve disosiyatif yaşantılarla bazı değişkenler (travma, ölüm kaygısı, depresyon, intihar girişimi) arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu amaçla Yüzüncü Yıl Üniversitesi lisans öğrencilerini temsil eden 571 kişilik bir örneklem grubuna, çalışmanın konusu olan bir grup değişkene ilişkin veriler elde edebilmek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri irdeleyebilmek amacıyla bir grup anket sorusu ve yapılandırılmış klinik ölçekler uygulanmıştır. Örneklem grubunun %66.8' ini (N = 382) erkekler ve %33.2' sini (N = 189) kadın denekler oluşturmuştur. Örneklem grubunun yaş ranjı 17 ve 34 arasında değişmektedir (Tablo 4.3.1). Bu yaş grubu gelişim dönemi olarak ergenlik ve erken yetişkinlik evrelerini içine almaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 22.41' dir (Tablo 4.4.1). Çalışmaya katılanların %95.3' ü bekindir (Tablo 4.3.3). Eldeki veriler yüksek öğrenim yaşının ilerlediğini göstermektedir. Bu durum üniversite sınavıyla bir programa yerleşmenin gittikçe güçleşmesinin yanında, örneklem grubunun sosyoekonomik özellikleriyle de ilişkili olabilir.

Örneklemin yalnızca %24' ü ailesiyle birlikte kalmaktadır. Öğrencilerin büyük bölümü yurttan (%30.6) ve evde arkadaşlarıyla (%36.4) ikamet etmektedirler (Tablo 4.3.2). Bu durumda Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin büyük kısmının şehir dışından gelmiş oldukları ifade edilebilir. Öğrencilerin %82' si büyük şehir ve şehir durumundaki yerleşim birimlerinden gelmektedir (Tablo 4.3.4). Deneklerin %57.6' sının kendisiyle birlikteki kardeş sayısı beş ve beşten fazladır (Tablo 4.3.5). Ekonomik düzeye ilişkin sorulan soruya örneklemin %68.1' i orta düzeyde yanıtını vermiştir (Tablo 4.3.6). Bu sorunun göreceli oluşu dikkate alındığında, elde edilen bulgulardan yola çıkarak örneklem grubuna ilişkin ekonomik düzeyin, denekler tarafından bildirilenin daha da altında olduğu düşünülebilir. Kadınların ekonomik durumunun, erkeklere oranla daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 4.4.4). Bu bulgu ışığında ekonomik durumları iyi olan ailelerin kız çocuklarını daha fazla eğitim olanaklarından yararlandırma yoluna gittikleri söylenebilir.

Geçmişte ruh sağlığı problemi yaşamış olanların oranları, cinsiyete göre değişiklik göstermemektedir. Araştırmaya katılan grubun %8.6' sı geçmişte bir şekilde ruhsal rahatsızlık yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.4.5). Buna karşın, kadınların

(%10.1) erkeklere (%4.7) oranla geçmişte çok daha fazla intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir (Tablo 4.4.6). Çalışmada araştırmaya katılan grupta gözlenen bu durum, ABD ve Türkiye’deki intihar istatistiklerinde söz konusu yaş grubu için bildirilen verilere göre farklılıklar taşımaktadır (163, 164). Bununla beraber, örneklem grubuna ilişkin elde edilen bulgular sonuçlanmamış intihar girişimlerini göstermektedirler. Yapılan çalışmalar ölümle sonuçlanan intiharların erkeklerde fazla olmasına karşın, kadınların erkeklere nazaran daha yüksek oranda sonuçlanmamış intihar girişiminde bulunduklarını göstermektedir (207, 208).

Eksen I içinde yer alan ruhsal rahatsızlıklar içinde majör depresyon, eksen II içinde yer alan kişilik bozuklukları arasında da borderline kişilik bozukluğunun, intihar davranışı açısından en yüksek riski taşıyan ruhsal rahatsızlık grupları oldukları ifade edilmektedir (209). Özellikle ergenlik döneminde, ruhsal rahatsızlık yaşıyor veya geçmişte böyle bir problem yaşamış olmak, genç için intihar davranışı gösterme olasılığını artırıcı önemli bir risk faktörüdür (165). Elde edilen verilerle yapılan istatistik analizler, intihar girişimlerinin geçmişte yaşanmış olan ruhsal rahatsızlıklarla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır ($\chi^2 (1) = 35.282, P < 0.01$). Geçmişte ruhsal rahatsızlık geçirdiğini ifade eden 49 (%8.6) kişiden 13 (%2.3)’ü intihar girişiminde bulunmuştur (Tablo 4.4.7). Sonuçlar ruhsal rahatsızlıkların intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu ifade eden literatür bilgileriyle tutarlıdır.

Yapılan araştırmalar erkeklerin %60’ının ve bayanların %50 sinin yaşamları boyunca en az bir kez travma yaşadığını göstermektedir (12). Buna karşın, kadınların geçmişlerinde erkeklere nazaran çok daha fazla oranda, travmatik yaşam olayları bildirdiklerini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (31, 32, 33). Daha çok ABD’de yapılmış olan bu çalışmalar, kadınların en çok cinsel travmaya maruz kaldığını göstermektedirler. Bulgular, araştırmaya katılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin %74.7’ sinin bir şekilde geçmişte travmatik bir durumla karşılaştığını göstermektedir. Bu oran literatür çalışmalarında bildirilen oranların çok üzerindedir. Duruma ilişkin çarpıcı bir başka bulgu ise, geçmişte yaşanmış olan travmatik durumlara ilişkin kavramsal sınırların söz konusu araştırmalardan daha dar bir şekilde belirlenmiş olmasıdır. Daha yapılandırılmış bir ölçme aracıyla yapılacak derinlemesine çalışmaların, toplumumuzda karşılaşılmakta olan travma sıklığının çok daha üst noktalarda olduğunu ortaya koyması hiç de şaşırtıcı olmayacaktır. Bununla beraber,

travmaya maruz kalma sıklığının cinsiyetten bağımsız olarak her iki grupta da çok yüksek ve birbirine yakın oranlarda bildirildiği gözlenmiştir (Tablo 4.5.1). Travma çeşitleri ve cinsiyet arasındaki ilişkiler irdelendiğinde, erkek öğrenciler daha çok genel ve fiziksel travma birlikte (%28.8), genel (%27.1) ve fiziksel (%20.1) travma bildirdikleri halde; kız öğrenciler en çok genel (%54), genel ve fiziksel travma birlikte (%19.4) yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5.2). Ülkemizde son yıllarda yaşanan depremlerin sıklığı dikkate alındığında gözlenen durum hiç de şaşırtıcı değildir. Genel travmaların göz ardı edilmesi halinde toplumumuzda, batılı toplumlara nazaran cinsel travmadan çok fiziksel saldırı gibi olumsuzlukların yaşanmakta olduğu görülmektedir. Yine bu çalışma göstermektedir ki, kardeş sayısının fazla oluşu fiziksel travma yaşama olasılığını artırmaktadır.

Yapılan çalışmalar geçmişte yaşanmış olan travmalar ve psikopatoloji arasındaki güçlü ilişkileri ortaya koymaktadır (210, 211, 212). ABD’ de yapılmış olan epidemiyolojik bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş olanların pek çoğunun geçmişte fiziksel ve cinsel travmaya maruz kaldıkları gözlenmiştir (168). Elde edilen bulgularla yapılan analizler sonucu, geçmişte fiziksel ve cinsel travma yaşamış olmanın ruhsal hastalıklar ve intihar davranışıyla ilişki olduğu görülmektedir ($P < 0.01$) (Tablo 4.5.3).

Çalışmaya katılmış olan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinden oluşan örneklem grubunun toplam DES puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.6.1). Kişiler arası travmatik yaşantılar grubunda yer alan fiziksel ve cinsel travmaların, psikolojik stres cevabı üzerinde çok daha etkili olduğu yapılan pek çok çalışma sonucunda bildirilmektedir (84, 85, 86, 87). Travmanın özellikle aile içinde ve süregelen biçimde yaşanmış olması bir savunma mekanizması olarak patolojik disosiyasyona daha sıklıkla yol açmaktadır (9, 55). Literatürle uyumlu olan bulgular, geçmişte fiziksel ve cinsel travma yaşadıklarını ifade eden üniversite öğrencilerinin, DES’ ten anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığını göstermektedir ($P < 0.01$) (Tablo 4.6.2). Bununla beraber, ruhsal rahatsızlık geçirdiğini ve intihar girişiminde bulunduğunu bildiren deneklerin disosiyasyonu bir savunma mekanizması olarak daha yoğun bir şekilde kullandıkları anlaşılmaktadır ($P < 0.01$). Bu öğrencilerin disosiyatif yaşantılar ölçeğinden aldıkları puanlar patolojik disosiyasyon sınırlarıdır (Tablo 4.6.3).

Disosiyasyona yatkınlık çocukluktan ergenlik dönemine doğru, 9-11 yaşlarında zirveye ulaşmakta ve sonrasında gittikçe düşmektedir (55). Bu çalışmada da örneklem grubunun yaş ortalaması yükseldikçe disosiyatif savunma mekanizmasının anlamlı düzeyde gerilediği görülmüştür ($t(569) = -3.922, P < 0.001$). Çalışmada ele alınan değişkenler bağlamında yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda yaş, depresyon ve sürekli kaygı düzeylerinin disosiyatif yaşantılar üzerinde durumluk kaygı ve ölüm anksiyetesine nazaran çok daha anlamlı etkilerinin olduğu bulunmuştur ($P < 0.001$) (Tablo 4.6.5). Buna karşın, bu üç değişken kişilerin DES puanlarındaki değişimlerin yalnızca %20' si gibi düşük bir bölümünü açıklayabilmektedir. Öyle anlaşılmaktadır ki, disosiyasyon olgusu bu çalışmada ele alınan değişkenlerin dışında pek çok unsurdan etkilenmekte, araştırmada konu edilen değişkenler disosiyatif yaşantıların yoğunluğun ilişkin %80' e varan bir oranda açıklayıcı olamamaktadırlar. Ölüme ilişkin kaygı ve korkuların ise, disosiyasyonla çok zayıf bir ilişkisi olduğu görülmektedir ($P < 0.05$) (Tablo 4.6.4).

Farklı kültürlerde yapılmış olan araştırmalar kadınların erkeklere göre ölüme ilişkin korkuları daha fazla yaşadıklarını bildirmektedirler (146, 150, 152). Buna karşın, cinsiyete göre ölüme ilişkin korku ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (149, 153). Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, erkeklerin ölüme ilişkin kaygıları, kız öğrencilere nazaran anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır ($P < 0.001$) (Tablo 4.7.1). Geçmişte bir şekilde travmatik deneyimleri olan öğrencilerin, bu tip deneyimler yaşamadıklarını ifade etmiş olan öğrencilerle karşılaştırıldığında, ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.7.2). Buna karşın, geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olanların, diğerlerine nazaran ölümden daha az korktukları gözlenmiştir ($P < 0.05$) (Tablo 4.7.3). Bu durum, hakkında pek az şey bilinen bir olgunun kısmen deneyimlenmesiyle birlikte bir duyarsızlaşma etkisi olarak açıklanabilir.

Fortner ve Neimeyer (153)' in yaşlılarda ölüm kaygısıyla ilişkili olarak yapılan araştırmaları çözümledikleri meta-analizde, yaş ve ölüme ilişkin korkular arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Rasmussen ve Brems (213)' in yaşlanmaktan çok psikolojik olgunlaşma düzeyinin ölüm korkularıyla daha çok ilişkili olduğunu ifade etmektedirler. Bu çalışmada elde edilen bulguların analizi sonucunda da, ölüm

kaygısıyla yaş arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Tablo 4.7.4). Durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon düzeylerinin ölüm kaygısı ölçeğinden alınan puanlardaki değişimleri açıklama düzeylerini irdeleyebilmek amacıyla yapılmış olan çoklu regresyon analizi sonucunda, söz konusu değişkenlerden yalnızca sürekli kaygı düzeylerinin ölüm kaygısını yordadığı, diğerlerinin etkilerinin gözardı edilebilir olduğu görülmüştür (Tablo 4.7.5). Bununla beraber, ölüme ilişkin kaygı ve korku düzeyleriyle sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır (Tablo 4.7.6). Bu anlamda kişilerin ölümden kaygı duyma düzeylerinin, dahil oldukları sosyoekonomik grubun etkilerinden bağımsız olduğu söylenebilir.

Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ele alındığında kız öğrencilerin her iki kaygı ölçeğinden de erkeklere göre çok daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bunun yanında, çalışmaya katılmış olan grubun her iki envanterden de aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde, kaygı düzeylerinin normalde olması beklenen sınırların üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.8.1; Tablo 4.8.7). Öğrencilerin durumluk kaygı düzeyleriyle sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığı t testi sonucunda, grubun toplamının sürekli kaygı düzeyleri durumluk kaygılarına nazaran çok daha yüksek çıkmıştır ($P < 0.05$) (Tablo 4.8.11). Geçmişte bir şekilde travma yaşamış olanların sürekli ve durumluk kaygı envanterlerinden aldıkları puanlar, travma bildirmeyen öğrencilere göre anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir (Tablo 4.8.2; Tablo 4.8.8). Geçmişte ruh sağlığı problemi yaşamış olan öğrencilerin durumluk kaygı düzeyleri, diğerlerine oranla yüksektir ($P < 0.05$) (Tablo 4.8.3). Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olma durumunun sürekli ve durumluk kaygı düzeyine bir etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 4.8.3, Tablo 4.8.9). Yapılan regresyon analizleri sonucunda depresyon düzeyindeki artışların, sürekli ve durumluk kaygıdaki artışları önemli ölçüde yordadığı gözlenmiştir ($P < 0.001$) (Tablo 4.8.4; Tablo 4.8.10).

Sosyodemografik bulgular ele alındığında, ekonomik sınıf olarak kendisinin alt düzeyde yer aldığını ifade eden öğrencilerin durumluk kaygıları daha yüksek çıkmıştır ($P < 0.05$) (Tablo 4.8.6). Buna karşın, medeni durum ve sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (Tablo 4.8.12). Bekar olan öğrencilerin sürekli kaygı düzeyleri, boşanmış olanlara göre çok daha yüksektir ($P < 0.05$) (Tablo 4.8.13).

Araştırmaya katılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencilerinin depresyon envanterinden aldıkları puanlar ele alındığında, kız öğrencilerin depresyon düzeylerinin

erkek öğrencilere göre çok daha yüksek olduğu görülmektedir ($P < 0.05$) (Tablo 4.9.1). Bu durum kadınlarda depresyonun görülme sıklığının erkeklere nazaran iki katı olduğunu bildiren literatür bilgileriyle de tutarlıdır (162). Geçmişte fiziksel ve cinsel travma yaşadıklarını bildiren öğrencilerin depresyon puanları diğerlerine nazaran anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır ($P < 0.01$) (Tablo 4.9.2). Geçmişte ruh sağlığı problemi yaşamış olan öğrencilerin depresyon envanterinden aldıkları puanlar diğerlerine nazaran çok daha yüksektir ($P < 0.001$). Bununla birlikte, intihar girişiminde bulunmuş olan öğrencilerin de depresyon düzeylerinin diğerlerine nazaran anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir ($P < 0.01$) (Tablo 4.9.3). Depresyon düzeyleri ve sosyodemografik göstergeler arasında yapılan korelasyon analizi sonucu, depresyonla medeni durum, ailenin kaldığı yer ve ekonomik durum arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki gözlenmesine karşın (Tablo 4.9.4), yapılan varyans analizleri söz konusu göstergelerin alt unsurları arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 4.9.5; Tablo 4.9.6; Tablo 4.9.7).

ÖZET

Boysan M, Üniversite öğrencilerinde disosiyatif yaşantılar, travma ve ölüm anksiyetesi: Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencileri üzerine bir çalışma, Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Van, 2005. Bu çalışma üniversite öğrencilerinde disosiyatif semptomlar, trauma ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek adına yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 382 erkek ve 189 kız olmak üzere toplam 571 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %74.7'sinin (N = 427) geçmişte bir şekilde travma yaşadıkları gözlenmiştir. Bu bağlamda travma yaşamış olma durumuna göre cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Kızların büyük çoğunluğu (%54) geçmişte genel travma yaşadıklarını bildirdikleri halde, erkek öğrencilerin %28.8'i fiziksel ve genel travma, %21.1'i ise sadece genel travma yaşadıklarını ifade etmektedirler. 37 öğrencinin (%6.5) öncesinde en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Fiziksel ve cinsel travma yaşamış olan gruplarda disosiyatif yaşantı düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek çıkmasının (P < 0.01) yanı sıra, öncesinde ruhsal rahatsızlık geçirdiğini ve intihar girişiminde bulunduğunu ifade eden grupların da DES puanları diğerlerine nazaran anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (P < 0.01). Disosiyatif yaşantılar ve diğer değişkenler arasında yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, depresyon (P < 0.001) ve sürekli kaygı düzeylerinin (P < 0.001) pozitif yönde, yaşın (P < 0.01) ise negatif yönde disosiyatif yaşantılara etki ettiği gözlenmiştir. DES puanları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Erkeklerle karşılaştırıldığında, kız öğrencilerin ölüme ilişkin kaygıları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (P < 0.001). Geçmişte yaşanmış travma çeşitlerine göre ölüme ilişkin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bir grup değişkenle ölüm kaygısı ölçeğinden alınan puanlar arasında yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, yalnızca sürekli kaygı düzeylerinin ölüme ilişkin kaygıları pozitif yönde yordadığı gözlenmiştir (P < 0.001).

Anahtar sözcükler: Disosiyasyon, Depresyon, İntihar , Travma, Ölüm Anksiyetesi.

SUMMARY

Boysan M, Dissosiative experiences, trauma and death anxiety among college students: a study on students at University of Yuzuncu Yıl, University of Yuzuncu Yıl Health Sciences Institute MA Thesis in Department of Psychiatry, Van, 2005. The research was conducted to determine the relationship between dissociative symptoms, trauma and death anxiety in college students. College students with a sample of 571 subjects, 382 males and 189 females included in this scrutiny. It is observed that %74.7 (N = 427) of the sample have experienced a kind of trauma in any way. In this vein, gender differences according to traumatic experiences were insignificant. Female subjects with majority (%54) proclaimed as they had experienced general trauma; however, male subjects declared both general and physical trauma together with a percentage of %28.8 and %21.1 general trauma per se, in sample population. 37 subjects (%6.5) had previous suicidal attempts once at least. Dissociative experiences scores were significantly higher in physically and sexually abused groups, nevertheless, the groups declaring previous mental illness and suicidal attempt revealed higher DES scores in comparison to lacking groups ($P < 0.001$). It appeared that the variables depression and trait anxiety impinged positively and age negatively on dissociative experiences in multiple regression analysis. There was no significant distinction between genders due to the DES scores. Comparing with male subjects, females had elevated death anxiety ($P < 0.001$). There was no significant disparity between average death anxiety scores among subjects suffering from trauma and the others without trauma. Nevertheless gender differences on death anxiety scale was significant ($P < 0.001$). Solely trait anxiety was found significant on death anxiety in consequence of multiple regression analysis among a cluster of variables ($P < 0.001$).

Key words: Dissociation, Depression, Death Anxiety, Suicide, Trauma.

KAYNAKLAR

1. Ross AC, Joshi S, Currie R (1990). Dissociative experiences in general population, *The American Journal Of Psychiatry*, 147, 11, 1547-1552.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* Koroğu E (Çev.), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
3. Rusch MD, (1998). Psychological response to trauma, *Plastic Surgical Nursing*, 18, 3, 147-157.
4. ICD-10 (1992). Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu, Öztürk M O, Uluğ B (Ed.) Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.
5. Sedlak A, Broadhurst D (1996). Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect, U. S. Department Of Health And Human Services.
6. Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma, *The American Journal Of Psychiatry*, 152, 9, 1329-1334.
7. Michael DN, Thomas FL (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concept obscured by methodological limitations, *Child Abuse & Neglect*, 25, 9, 1219-1240.
8. Kira IA (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment, *Traumatology*, 7, 2, 73-86.
9. Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview, *The American Journal Of Psychiatry*, 148, 1, 10-20.
10. Hartmann E (1991). *Boundaries in The Mind*, Basic Boks, New York.
11. Young SA (2001). Posttraumatic stress disorder: acute and long-term responses to trauma and disaster, *American Journal Of Psychiatry*, 158, 7, 1178.
12. Schore AN (2002). Dyregulation of right brain : a fundemental mechanism of traumatic attachment and psychopathogenesis of posttraumatic stres disorder, *Australian And New Zeland Journal Of Psychiatry*, 36, 1, 9-30.
13. Brian PM, Denise MS (2003). The effects of trauma history, gender, and race on alcohol use and posttraumatic stress symptoms in a college student sample, *Addictive Behaviors*, 28, 9, 1631-1647.
14. Sherry HS (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review, *Psychological Bulletin*, 120, 1, 83-112.
15. Karen H, Marylene C, Kenneth T, Peter MM, Laura P, Andrew CL (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients, *Addictive Behaviors*, 25, 5, 797-803.
16. Dansky BS, Saladin ME, Brady KT, Kilpatrick DG, Resnick HS (1995). Prevalence of victimization and posttraumatic stress disorder among women with substance use disorders: comparison of telephone and in-person assessment samples, *The International Journal Of The Addictions*, 30, 9, 1079-1099.
17. Tania MD, Peggy SW (1999). Substance abuse and sexual trauma in a female veteran population, *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 16, 2, 123-127.

18. Powers PS (2000). Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders, *The American Journal Of Psychiatry*, 157, 8, 1358-1359.
19. Groot J, Rodin GM (1999). The relationship between eating disorders and childhood trauma, *Psychiatric Annals*, 29, 4, 225-230.
20. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood, *International Journal Of Eating Disorders*, 30, 4, 401-412.
21. Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Kuile MM, Mourits MJE (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain, *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynecology*, 24, 2, 87-99.
22. Miliora MT (1998). Trauma, dissociation, and somatization: a self-psychological perspective, *Journal Of The American Academy Of Psychoanalysis*. 26, 2, 273-294.
23. Waitzkin H, Magana H (1997). The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma, *Social Science & Medicine*, 45, 6, 811-825.
24. Tezcan E, Atmaca M, Kuloğlu M, Geçici O, Büyükbayram A, Tutkun H (2003). Dissociative disorders in turkish inpatients with conversion disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 44, 4, 324-30.
25. Goodman M, Yehuda R (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorders, *Psychiatric Annals*, 32, 6, 337-346.
26. Herman JL, Perry C, Van Der Kolk BA (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder, *The American Journal Of Psychiatry*. 146, 4, 490-496.
27. Estes LS, Tidwell R (2002). Psychosocial issues. Sexually abused children's behaviours: impact of gender, *Family Practice*, 19, 1, 36-44.
28. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study, *The Gerontologist*. 37, 4, 469-474.
29. Knutson JF (1995). Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences, *Annual Review Of Psychology*, 46, 401-33.
30. Straus MA, Kantor GK (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating, *Adolescence*, 29, 115, 543-562.
31. Lane T (2003). Women have different risk factors for verbal, physical partner abuse, *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*. 35, 2, 106-111.
32. Himelein MJ, Vogel RE, Wachowiak DG (1994). Nonconsensual sexual experiences in precollege women: prevalence and risk factors, *Journal Of Counseling And Development*, 72, 4, 411-415.
33. Small SA, Kerns D (1993). Unwanted sexual activity among peers during early and middle adolescence: incidence and risk factors, *Journal Of Marriage And The Family*, 55, 4, 941-953.
34. Becker DF, Daley M, Gadpaille WJ, Green MR (2003). Trauma and adolescence I : The nature and scope of trauma, *Adolescent Psychiatry*, 27, 143-164.

35. Van Der Kolk BA (1998) Trauma and memory, *Psychiatry And Neuroscience*, 52, 5, 97-109.
36. Siegel DJ (1994). Perception And Cognition, In “Comprehensive Textbook Of Psychiatry” Editors, RM Kaplan, B Sadock, 7th Edition, Lippincott William And Wilkins, New York.
37. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder, *Psychological Review*, 103, 670–686.
38. Brewin CR, Holmes EA (2003) Psychological theories of posttraumatic stress disorder, *Clinical Psychology Review*, 23, 3, 339-376.
39. Bremner JD, Krystal JH, Southwick SM, Charney DS (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory, *Journal Of Traumatic Stress*, 8, 527–553.
40. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, Kasai K, Lasko NB, Orr SP, Pitman RK (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma, *Nature Neuroscience*, 5, 11, 1242-1247.
41. Ehlers A, Hackmann A, Steil R, Clohessy S, Wenninger K, Winter H (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis, *Behaviour Research And Therapy*. 995-1002.
42. Williams JMG, Broadbent K (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal Of Abnormal Psychology*, 95, 144–149.
43. Wessel I, Meeren M, Peeters F, Arntz A, Merckelbach H (2001). Correlates of autobiographical memory specificity : The role of depression, anxiety and childhood trauma, *Behaviour Research And Therapy*, 39, 4, 409-421
44. Meesters C, Merckelbach H, Muris P, Wessel I (2000). Autobiographical memory and trauma in adolescents, *Journal Of Behaviour. Therapy And Experimental Psychiatry*, 31, 1, 29-39.
45. Wessel I, Merckelbach H, Kessels C, Horselenberg R (2001). Dissociation and autobiographical memory specificity, *Clinical Psychology And Psychotherapy*. 8, 411–415.
46. Pillemer DB (1998). *Momentous Events, Vivid Memories*. Harvard University Press, Cambridge.
47. Hellawell SJ, Brewin CR (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: content and language, *Behaviour Research And Therapy*, 42, 1, 1-12.
48. Van Der Kolk BA, Van Der Hart O (1998). Pierre janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma, *The American Journal Of Psychiatry*, 146, 12, 1530-1540.
49. Zoellner LA, Sacks MB, Foa EB (2001). Stability of emotions for traumatic memories in acute and chronic PTSD, *Behaviour Research Therapy*, 39, 6, 697-711
50. Cassidy J, Mohr JJ (2001). Unsolvability fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span, *Clinical Psychology: Science And Practice*, 8, 3, 275-298.
51. Linley PA, Joseph S (2004). Positive change following trauma and adversity: a review, *Journal Of Traumatic Stress*, 17, 1, 11–21.
52. Ross CA (1996). History, Phenomenology, And Epidemiology Of Dissociation. In “Handbook Of Dissociation”, Editors, L K Michelson, W J

- Ray, Plenum Press, New York.
53. Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Kopman C, Spiegel D (1996). Hypnotizability and traumatic experience : a diathesis-stress model of dissociative symptomatology, *The American Journal Of Psychiatry*, 153, 7, 42-63.
 54. Nijenhuis ERS (2000). Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders, *Journal Of Trauma & Dissociation*, 1, 4, 7-32.
 55. Putnam FW (1997). *Dissociation In Children And Adolescents: A Developmental Perspective*, The Guilford Press, New York.
 56. Demitreck MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA, Gold PW (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders, *American Journal Of Psychiatry*, 147, 9, 1184-1188.
 57. Ross CA(1991). Epidemiology of multiple personality disorder and disociation, *Psychiatry Clinics Of North America*, 14, 503-518.
 58. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the dissociative experience scale, *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
 59. Spitzer C, Klauer T, Grabe H, Lucht M, Stieglitz RD, Shneider W, Freyberger HJ (2003). Gender differences in dissociation: a dimensional approach, *Psychopathology*, 36, 2, 65-73.
 60. Tutkun H, Şar V, Yargıç LI, Özpulat T, Yanık M, Kiziltan E (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a turkish university clinic, *American Journal Of Psychiatry*, 155, 6, 800-805.
 61. Ellason WJ, Ross CA, Fuchs DL (1996). Lifetime axis I and axis II comorbidity and childhood trauma history in dissociative personality disorders, *Psychiatry*, 59, 3, 255-266.
 62. Goodman M, Mitropoulou V, New AS, Sprung L, Siever LJ (2000). Pathological dissociation in borderline personality disorder-the role of childhood trauma and serotonergic genes, *Biological Psychiatry*, 47, 8, 133-134.
 63. Timmerman IGH, Emmelkamp PMG (2001). The relationship between traumatic experiences, dissociation, and borderline personality pathology among male forensic patients and prisoners, *Journal Of Personality Disorders*, 15, 2, 136-150.
 64. Paris J, Zweig-Frank H (1997). Dissociation in patients with borderline personality disorder, *American Journal Of Psychiatry*, 154, 137-139.
 65. Guz H, Doganay Z, Ozkan A, Colak E, Tomac A, Sarisoy G (2004) conversion and somatization disorders:dissociative symptoms and other characteristics, *Journal Of Psychosomatic Research*, 56, 287-291.
 66. Everill JT, Waller G, Macdonald W (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women, *International Journal Of Eating Disorders*, 17, 127-134.
 67. Mccallum KE, Lock J, Kulla M, Rorty M, Wetzel RD (1992). Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders, *Dissociation*, 5, 227-235.
 68. Vanderlinden J, Vandereycken W, Van Dyck R, Vertommen H (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders, *International Journal Of Eating Disorders*, 13, 187-193.

69. Johnson DM, Pike JL, Chard KM (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors, *Child Abuse & Neglect*, 25, 1, 179-198.
70. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence, *American Journal Of Psychiatry*, 157, 6, 911-916.
71. Feeny NC, Zoellner LA, Fitzgibbons LA, Foa EB (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD, *Journal Of Traumatic Stress*, 13, 3, 489-498.
72. Warshaw MG, Fierman E, Pratt L, Hunt M, Yonkers KA, Massion AO, Keller MB (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patient, *The American Journal Of Psychiatry*, 150, 10, 1512-1517.
73. Köroğlu E (1997). *Psikiyatrik  yk  Alma Kılavuzu Ve Klinik Psikopatoloji*, "Psikiyatri Temel Kitab  1. Cilt"  inde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
74.  ar V (1997). Dissosiyatif Bozukluklar. "Psikiyatri Temel Kitab  2. Cilt"  inde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 75.x Cerezuela GP, Tejero P, Cholz M, Chisvert M, Monteagudo MJ (2004). Wertheim's hypothesis on 'highway hypnosis': empirical evidence from a study on motorway and conventional road driving. Accident analysis and prevention (Baskıda)
76. Irwin HJ (1999). Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma, *The Journal Of Psychology*, 133, 2, 157-164.
77. Wise TN, Mann LS, Sheridan MJ (2000). Relationship between alexithymia, dissociation and personality in psychiatric outpatients, *Psychotherapy And Psychosomatics*. 69, 3, 123-128.
78. Elzinga BM, Bermond B, Van Dyck R (2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia, *Psychotherapy And Psychosomatics*, 71, 2, 104-112.
79. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van Der Hart O, Vanderlinden J (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma, *Journal Of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
80. Irwin HJ (2000). The disembodied self: an empirical study of dissociation and the out of body experience, *The Journal Of Parapsychology*, 64, 261-277.
81. Bremner JD, Brett E (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder, *Journal Of Traumatic Stress*, 10, 1, 37-49.
82. Briere J, Conte J (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children, *Journal Of Traumatic Stress*, 6, 21-32.
83. Zlotnick C, Begin A, Sheat MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E (1994). The relationship between characteristics of sexual abuse and dissociative experiences, *Comprehensive Psychiatry*, 35, 465-470.
84. Irwin HJ (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events, *Journal Of Nervous And Mental Disorders*, 182, 456-460.
85. Maynes LC, Feinauer LL (1994). Acute and chronic dissociation and somatized anxiety as related to childhood sexual abuse, *American Journal Of*

- Family Therapy, 22, 165–175.
86. Shearer SL (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder, *American Journal Of Psychiatry*, 148, 50–54.
 87. Kirby JS, Chu JA, Dill DL (1993). Severity, frequency, and age of onset of physical and sexual abuse as factors in the development of dissociative symptoms, *Comprehensive Psychiatry*, 34, 258–263.
 88. Brewin CR, Andrews B (1998). Recovered memories of trauma : phenomenology and cognitive mechanisms, *Clinical Psychology Review*, 18, 949-970.
 89. Merkelbach H, Peter M (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review, *Behaviour Research And Therapy*, 39, 245-254.
 90. Cimilli C (1997). Kişilik Ve Psikopatoloji Kuramları. “Psikiyatri Temel Kitabı 1. Cilt” İçinde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
 91. Geçtan E (1998). Psikanaliz Ve Sonrası. Remzi Kitabevi, İstanbul.
 92. Kohut H (1971). Kendiliğin Çözümlemesi. Metiş Yayınları, İstanbul.
 93. Kohut H (1977). Kendiliğin Yeniden Yapılanması. Metiş Yayınları, İstanbul.
 94. Piaget J (1951). The Child' s Conception Of The World. Humanities Press, Maryland.
 95. Kernberg O (1975). Sınır Durumlar Ve Patolojik Narsisizm. Metiş Yayınları, İstanbul
 96. Bowlby J (1988). A Secure Base. Basic Books, London.
 97. Svanberg POG (1998). Attachment, resilience and prevention, *Journal Of Mental Health*. 7, 6, 543-579.
 98. Main M, Solomon J (1986). Discovery Of An Insecure Disorganized/Disoriented Attachment Pattern: Procedures, Findings, And Implications For The Classification Of Behavior. In “Affective Development In Infancy”, Editors, M Yogman, B Brazelton,. Alex Publishing Corporation, Norwood.
 99. George C, West M (1999). Developmental vs. Social personality models of adult attachment and mental ill health, *British Journal Of Medical Psychology*, 72, 285-303.
 100. Anderson CL, Alexander PC (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest, *Psychiatry*, 59, 3, 240-246.
 101. Schuengel C, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Blom M (1998). Frightening maternal behaviour, unresolved loss, and disorganized infant attachment: a pilot study, *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 16, 4, 277-284.
 102. Armsworth MW, Stronck K (1999). Intergenerational effects of incest on parenting: skills, abilities, and attitudes, *Journal Of Counseling And Development*, 77, 3, 303-325.
 103. Yates TM (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation, *Clinical Psychology Review*, 24, 1, 35-74.
 104. Burk LR, Burkhart BR (2003). Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance:developmental experience and the motivation for sexual offending, *Aggression And Violent Behavior*, 8, 5, 487-511.

105. Spiegel H, Greenleaf M, Spiegel D (1995). Hypnosis. In "Comprehensive Textbook Of Psychiatry" Editors, RM Kaplan, B Sadock, 7th Edition, Lippincott William And Wilkins, New York.
106. Basoglu C, Cetin M, Ebrinc S, Maden B, Balibey H, Baykiz AF (2002) hypnotizability, pain threshold and dissociative experiences in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior, *European Neuropsychopharmacology*, 12, 3, 433-434.
107. Ebrinc S (2002). Hypnotizability, pain threshold and dissociative experiences, *European Neuropsychopharmacology*, 12, 3, 427-428.
108. De Pascalis V, Magurano MR, Bellusci A (1999). Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: effects of differential pain reduction strategies, *Pain*, 83, 3, 499-508.
109. Ağargün MY, Tekeoğlu I, Kara H, Adak B, Ercan M (1998). Hypnotizability, pain threshold, and dissociative experiences, *Biological Psychiatry*, 44, 1, 69-71.
110. Spitzer C, Spelsberg B, Grabe HJ, Mundt B, Freyberger HJ (1999). Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 3, 291-294.
111. Saxe GN Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, Van Der Kolk BA (1994). Somatization in patients with dissociative disorders, *American Journal Of. Psychiatry*, 151, 1329-1334.
112. Reuber M,. House A, Pukrop R, Bauer J, Elge CE (2003). Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures, *Epilepsy Research*, 57, 159-167.
113. Krüger C, Mace CJ (2002). Psychometric validation of state scale of dissociation, *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 75, 33-51.
114. Putnam FW, Helmers K, Horowitz LA (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls, *Child Abuse & Neglect*, 19, 5, 645-655.
115. Bonta IL (2004). Schizophrenia, dissociative anaesthesia and near-death experience, three events meeting at the nmda receptor, *Medical Hypotheses*, 62, 1, 23-28.
116. Evans JM (2002). Near-death experiences, *The Lancet*, 359, 9323, 2116.
117. Greyson B (2003). Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit, *General Hospital Psychiatry*, 25, 4, 269-276.
118. Parnia S, Fenwick P (2002). Near death experiences in cardiac arrest: visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness, *Resuscitation*, 52, 1, 5-11.
119. Sotelo J, Perez R, Guevara P, Fernandez A (1985). Changes in brain, plasma and cerebrospinal fluid contents of b-endorphin in dogs at the moment of death, *Neurological Research*, 17, 223.
120. Blackmore SJ, Troscianko T (1988). The physiology of the tunnel, *Journal Of Near Death Studies*, 8, 15-28.
121. Blackmore SJ (1996). Near death experiences, *Journal Of Preventive And Social Medicine*, 89, 73-76.
122. Morse M, Castillo P, Venecia D, Milstein J, Tyler DC (1986). Childhood near death experiences, *American Journal Of Diseases Of Children*, 140, 111 0-

- 1114.
123. Lempert T (1994). Syncope and near death experience, *Lancet*, 344, 829–830.
124. Appleton RE (1993). Reflex anoxic seizures, *British Journal Of Medicine*, 307, 214–215.
125. Van Lommel P, Van Wees R, Meyers V, Elfferich I (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands, *The Lancet*, 358, 9298, 2039-2045.
126. Greyson B (1992). Near-Death Experiences And Antisuicidal Attitudes. *Omega*, 26, 2, 81-87.
127. Audain L (1999). Gender and trauma in the near-death experience: an epidemiological and theoretical analysis, *Journal Of Near-Death Studies*, 18, 1, 35-49.
128. Greyson B (2000). Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds?, *Lancet*, 355, 9202, 460-464.
129. Kierkegaard S (2002). Kaygı Kavramı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
130. Mulhall S (1998). Heidegger Ve “Varlık Ve Zaman”. Sarmal Yayınevi, İstanbul.
131. Bock PK (2001). İnsan Davranışının Kültürel Temelleri Psikolojik Antropoloji İmge Kitabevi Yayınları, Ankara.
132. Geçtan E (1999). Psikodinamik Psikiyatri Ve Normaldışı Davranışlar. Remzi Kitabevi, İstanbul.
133. Sürmeli A (1997) Anksiyete Kavramı Ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. “Psikiyatri Temel Kitabı 1. Cilt” İçinde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
134. Kerridge IH, Saul P, Lowe M, Mcphee J, Williams D (2002). Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death, *Journal Of Medical Ethics*, 28, 2, 89-95.
135. Beklin GS (2003). Brain death and the historical understanding of bioethics, *Journal Of The History Of Medicine And Allied Sciences*, 3, 325-359.
136. Kübler-Ross E (1997) Ölüm Ve Ölmek Üzerine. Boyner Yayınları, İstanbul.
137. Pine DS (1994). Anxiety Disorders: Clinical Features, In “Comprehensive Textbook Of Psychiatry” Editors, RM Kaplan, B Sadock, 7th Edition, Lippincott William And Witkins, New York.
138. Freud S (1930). Uygarlığın Huzursuzluğu. Metiş Yayınları, İstanbul.
139. Freud S (1940). Haz İlkesinin Ötesinde: Ben Ve Id. Metiş Yayınları, İstanbul.
140. Brown NO (1996). Ölüme Karşı Hayat: Tarihin Psikanalitik Anlamı. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
141. Rank O (2001). Doğum Travması. Metiş Yayınları, İstanbul.
142. Klein M (1957). Haset Ve Şükran. Metiş Yayınları, İstanbul.
143. Yalom I (1999). Varoluşçu Psikoterapi. Kabalcı Yayınevi, İstanbul.
144. Bauman Z (2000). Ölüm, Ölümsüzlük Ve Diğer Hayat Stratejileri. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
145. Kağıtçıbaşı Ç (2000). Kültürel Psikoloji. Evrim Yayınevi, İstanbul.
146. Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G, (1991). Death anxiety in Japan and Australia,. *Journal Of Social Psychology*, 131, 511-518.
147. McLennan J, Akande A, (1993). Death anxiety and death denial: Nigerian and Australian students' metaphors of personal death, *Journal Of Psychology*,

- 127, 4, 399-408.
148. Yazıcı R (1994). Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı Ve Bunun Günlük Yaşam Aktivetelerine Olan Etkisinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 149. Suhail K, Arkam S (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan, *Death Studies*, 26, 39-50.
 150. Florian V, Mikulincer M (1997). Fear of personal death in adulthood: the impact of early and recent losses, *Death Studies*, 21, 1-24.
 151. Mikulincer M, Florian V (1995). Stress, coping and fear of death : the case of middle-aged men facing early job retirement, *Death Studies*, 19, 413-431.
 152. Tang CS, Wu AMS, Yan ECW (2002). Psychological correlates of death anxiety among chinese college students, *Death Studies*, 26, 491-499.
 153. Fortner BV, Neimeyer RA (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review, *Death Studies*, 22, 5, 387-411.
 154. Reiter HH, Sanderson A, Scheer B (1999). Relation of death to personal traits, *The Mankind Quarterly*, 113, 3, 49-53.
 155. Knight KH, Eleenbein MH (1996). Relation of death anxiety\feared to health seeking beliefs and behaviours, *Death Studies*, 20, 23-31.
 156. Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL (2001). Adult onset of major depressive disorders in relation to early life violent victimisation: a case-control study, *The Lancet*, 358, 15, 881-887.
 157. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer R (2003). Death anxiety toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity, *Death Studies*, 27, 335-354.
 158. Davis SF, Bremer SA, Anderson BJ, Tramill JL (1983). The interrelationships of ego strength, self-esteem, death anxiety and gender in undergraduate college students, *The Journal Of General Psychology*, 108, 55-59.
 159. Abdel-Khalek AM (2002). Death obsession in egyptian samples: differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals, *Death Studies*, 26, 413-424.
 160. Gershunya BS, Cloitre M, Otto MW, (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event related fears about death and control mediate their relation?, *Behaviour Research And Therapy*, 41, 157-166.
 161. Köroğlu E (1997). Majör Depresif Bozukluk. "Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt" İçinde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
 162. Öztürk MO (2001). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
 163. Anonymus (2001) Suicide Statistics. U.S. National Center For Health Statistics, Washington.
 164. Anonim (2001). İntihar İstatistikleri. Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara
 165. Berman AL, Jobes AD (1991). Adolescent suicide: assessment and intervention, American Psychological Association, Washington.
 166. Adams DM, Lehnert KL (1997). Prolonged trauma and subsequent suicidal behavior: child abuse and combat trauma reviewed, *Journal Of Traumatic Stress*, 10, 4, 619-638.
 167. Brent DA., Perper JA, Moritz G., Liotus L, Schweers J, Balach L, Roth C (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study, *Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.

168. Brown GR, Anderson B (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse, *American Journal Of Psychiatry*, 148, 55-61.
169. Brodskya BS, Stanley B (2001). Developmental effects on suicidal behavior: the role of abuse in childhood, *Clinical Neuroscience Research*, 1, 331–336.
170. Ragin DF, Pilotti M, Madry L, Sage RE (2002). Intergenerational substance abuse and domestic violence as familial risk factors for lifetime attempted suicide among battered women, *Journal Of Interpersonal Violence*. 17, 10, 1027.
171. Yama MF, Tovey SL, Fogas BS, Morris J (1995). The relationship among childhood sexual abuse, parental alcoholism, family environment and suicidal behaviour in female college students, *Journal Of Child Sexual Abuse*, 4, 4, 79-94.
172. De Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in children and adolescents, *The American Journal Of Psychiatry*., 149, 1, 45-52.
173. Odağ C (1997). İntihar (Özkıyım): Dinamik Bir Yaklaşım. “Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt” İçinde, Editörler C Güleç, E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
174. Lynskey MT, Fergusson DM (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in youth exposed to childhood sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 21, 617–630.
175. Gurwitch RH, Sullivan MA, Long PJ (1998). The impact of trauma and disaster on young children. *Child and adolescence psychiatry, Clinic Of North America*, 7, 19-32.
176. Pfefferbaum B (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1503-1511.
177. Flynn BW, Nelson ME (1998). Understanding the needs of children following large-scale disasters and the role of government, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 7:211-227
178. Treadwell-Deer DE., Hanisch SU (2002). Psychological response to disaster in children and families, *Clin Ped Emerg Med* 3:268-274.
179. Saxe GN, Chawla N, Van Der Kolk BA (2002). self-destructive behavior in patients with dissociative disorders, *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 32, 3, 313-320.
180. Arata CM (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization, *Clinical Psychology: Science And Practice*, 9, 2, 135-164.
181. Lipschitz DS., Bernstein DP., Winegar RK., Southwick SM (1999). Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: a comparison of two self-report measures, *Journal Of Traumatic Stress*, 12, 4, 641-654.
182. Kiesel CL, Lyons JS (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents, *The American Journal Of Psychiatry*, 158, 7, 1034-1039.
183. Low D, Jones D, Macleod A, Power M, Duggan C (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study, *British Journal Of Medical Psychology*, 73, 269-278.
184. Yargıç I, Sar V, Tutkun H, Alyanak B (1998) Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in

- Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, 39, 6, 345-351.
185. Orbach I (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis, *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 24, 1, 68.
 186. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley RJ (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications, *Clinical Psychology: Science And Practice*, 3, 25-46.
 187. Rotheram MJ, Trautman PD, Dopkin SC, Shrout PE (1990). Adolescent suicide attempters' deficits in cognitive style or pleasant activity, *Journal Of Consulting In Clinical Psychology*, 27, 700-704.
 188. Harter S (1999). *The Construction Of The Self: A Developmental Perspective*, Guilford Publications, New York.
 189. Orbach I, Stein D, Shani-Sela M, Har-Even D (2001). Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents, *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 31, 3, 237-249.
 190. Bernstein EM, Putnam PW, (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174, 727-735.
 191. Yargıç LI, Tutkun H, Şar V (1995). The reliability and validity of the turkish version of the dissociative experiences scale, *Dissociation*, 8, 10-12.
 192. Templer DI (1970). The construction and validation of a death anxiety scale, *The Journal Of General Psychology*, 82, 165-177.
 193. Ertufan H (2000). Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenirlik çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
 194. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushane RE (1970). *Manual For State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologist Press, California.
 195. Öner N, Le Compte A (1985). *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
 196. Beck AT (1961). An inventory for measuring depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571.
 197. Hisli N (1989). Beck depresyon ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.
 198. Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V (2002). *Biyoistatistik*. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
 199. Büyüköztürk Ş (2002). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Pegem Yayıncılık, Ankara.
 200. Akgül A (2003). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Emek Ofset, Ankara.
 201. SPSS 11.0 (2001). *Statistical Programme Of Social Science*. SPSS Inc
 202. Templer DI (1971). Death anxiety as related to depression and health of retired persons, *Journal Of Gerontology*, 4, 521-523.
 203. Templer DI (1976). Two factor theory of death anxiety: a note, *Essence*, 1, 2, 91-93.
 204. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the early trauma inventory, *Depression And Anxiety*, 12, 1-12.
 205. Lundgren K, Gerdner AV, Lundquist L (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: homogeneity and reliability of a swedish version of childhood trauma questionnaire, *International Journal Of*

- Social Welfare, 11, 219-227.
206. McIntyre LM, Butterfield M, Nanda K, Parsey K, Stechuchak KM, Mcchesney AW, Koons C, Bastian LA (1999). Validation of a trauma questionnaire in veteran women, *Journal Of Intern. Gen. Med.*, 14, 186-189.
 207. Wichstrom L, Rossow I (2002) explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: a nationally representative study of Norwegian adolescents, *Suicide & Life - Threatening Behavior*. 32, 2; 101-117.
 208. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions, *Suicide & Life - Threatening Behavior*. 32, 4; 380-393.
 209. Roy A (1994). Suicide, In "Comprehensive Textbook Of Psychiatry" Editors, RM Kaplan, B Sadock, 7th Edition, Lippincott William And Witkins, New York.
 210. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders, *Child Maltreatment*, 5, 3, 205-227.
 211. Marshall RD, Schneier FR, Lin SH, Simpson HB (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder, *American Journal Of Psychiatry*, 157, 3; 451-453.
 212. Michelson L, June K, Vives A, Testa S, Marchione N (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia, *Behaviour Research And Therapy*, 36, 11; 1011-1050.
 213. Rasmussen CA, Brems C (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity, *The Journal of Psychology*, 130, 2; 141-144.

ÖZGEÇMİŞ

1973 yılında Ankara’ da doğdu. 1996 yılında Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi’ nden mezun oldu. 2003 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri ABD’ da yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Y.Y.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji ABD’ da araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

EKLER

Ek-1

GENEL BİLGİ FORMU

Aşağıdaki sorular size özel bilgileri irdelemektedir. Soruları dikkatlice okuduktan sonra, lütfen boşlukları doldurunuz ve çoktan seçmeli sorularda size uygun seçeneğin yanındaki kutucuğa çarpı (X) işareti koyunuz. Teşekkürler.

YAŞINIZ:

CİNSİYETİNİZ: ☐ Erkek ☐ Kız

MEDENİ DURUMUNUZ: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

NEREDE YAŞIYORSUNUZ: ☐ Ailemin Yanında ☐ Yurtta ☐ Pansiyonda
☐ Evde Tek ☐ Evde Arkadaşlarımla
DİĞER.....

ŞİMDİYE KADAR ÇOĞUNLUKLA İKAMET ETTİĞİNİZ YER : ☐ Büyük Şehir ☐ Şehir ☐ Kasaba
☐ Köy ☐ Yurtdışı

KAÇ KARDEŞSİNİZ:.....

EKONOMİK DURUMUNUZ: ☐ Alt ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

GEÇMİŞTE HERHANGİ BİR RUHSAL RAHATSIZLIK GEÇİRDİNİZ Mİ?

☐ Evet ☐ Hayır

GEÇMİŞTE İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNDUĞUNUZ OLDU MU?

☐ Evet ☐ Hayır

TRAVMATİK YAŞANTILAR SORU FORMU

Aşağıdaki formda insanların aile içinde veya dışında karşılaşması olasılığı bulunan 7 grup olumsuz yaşam olayı sıralanmıştır. Olay ve olaylar sırasında çaresizlik, korku ve dehşet hissini çok yoğun olarak yaşadığınız, hatta ölebileceğiniz hissine kapıldığınız durumlardan, listedeki başlıklara uygun olanların karşısındaki EVET seçeneğini çarpı (X) koyarak işaretleyiniz. Soruların doğru cevabı yoktur, önemli olan size uygun şıkları işaretlemenizdir. Birden fazla sorunun sizin yaşadığınız travmatik olayları ifade ediyor olması halinde, birden fazla soru şikkının karşısına (X) işareti koyunuz.

		EVET	HAYIR
1.	Geçmişte büyük bir yangın, patlama yada kaza yaşadınız mı?		
2.	Geçmişte doğal afet yaşadınız mı ? (Örneğin sel, deprem gibi.)		
3.	Şimdiye kadar fiziksel saldırıya uğradığınız veya şiddet suçunun mağduru olduğunuz bir olay yaşadınız mı?		
4.	Şimdiye kadar bir başkası tarafından fiziksel zarar verilmekle veya ölümle tehdit edildiğiniz oldu mu?		
5.	Şimdiye kadar bir başkası tarafından size, fiziksel olarak zarar verildi mi?		
6.	Şimdiye kadar, olay sırasında size çaresizlik duyguları yaşatacak şekilde, beklemediğiniz ve istemediğiniz bir cinsel ilginin hedefi oldunuz mu?		
7.	Şimdiye kadar isteğiniz dışında cinsel ilişkiye girmeniz için zorlandığınız veya tehdit edildiğiniz oldu mu?		

EK-3

DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bu test, günlük yaşantınızda başınızdan geçmiş olabilecek olayları konu almaktadır. Cevap verirken alkol veya ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları **dikkate almayınız**. Her soruda anlatılan durumun size ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz.

ÖRNEK:

%0 %10 ~~%20~~ %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

1. Bazı insanlar, araba kullanırken (yada yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

6. Bazı insanlar zaman zaman yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden yada önceden tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

7. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını yada aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (mesela nikah veya mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamındaki önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

13. Bazı insanlar kimi zaman, vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

14. Bazı insanlar zaman zaman, geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

15. Bazı insanlar zaman zaman olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon yada film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki, çevrelerinde olup bitenin farkına varmazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

18. Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar başlarından gerçekten geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

19. Bazı insanlar ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin, zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

21. Bazı insanlar yalnız olduklarında, zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman, iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki ayrı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, iş, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

24. Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akallarından geçirmiş olduklarını mı (mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

26. Bazı insanlar zaman zaman, eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

27. Bazı insanlar zaman zaman, kafalarının içerisinde, belirli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

28. Bazı insanlar zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki, insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

EK-4**ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ (DAS)**

AŞAĞIDAKİ CÜMLELERİ OKUYUP SİZE UYGUN İFADENİN ÜZERİNE (X) KOYUNUZ.

ÖRNEK:

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

1. Ölmekten çok korkuyorum.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

3. İnsanların ölüm hakkında konuşmaları beni rahatsız etmez.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

4. Ameliyat olmak zorunda kalma düşüncesi beni çok korkutur.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

5. Ölmekten hiç korkmuyorum.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

6. Kanser olmaktan özel bir korku duymuyorum.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

7. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

8. Zamanın hızlıca akıp gitmesinden sıkıntı duyarım.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

9. Acı çekerek ölmekten korkarım.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

10. Ölümünden sonra bir hayat olduğu fikri beni huzursuz ediyor.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

12. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

13. İnsanların III. Dünya savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

14. Ölü bir beden görüntüsü beni dehşete düşürür.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

15. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.

Kesinlikle	Biraz	Katılıyorum	Oldukça	Kesinlikle
Katılmıyorum	Katılıyorum		Katılıyorum	Katılıyorum

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Hayır	Biraz	Çok	Her zaman
1.	Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlatmış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hayır	Biraz	Çok	Her Zaman
1. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğuk kanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Genellikle kendimi hüznü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi yuvarlak içine alınız.

- A** 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- B** 0 **Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.**
1 **Gelecek hakkında karamsarım.**
2 **Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.**
3 **Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.**
- C** 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- D** 0 **Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
1 **Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.**
2 **Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.**
3 **Her şeyden sıkılıyorum.**
- E** 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F** 0 **Kendimden memnunum.**
1 **Kendi kendimden pek memnun değilim.**
2 **Kendime çok kızıyorum.**
3 **Kendimden nefret ediyorum.**
- G** 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım yada hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- H** 0 **Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1 **Bazen kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.**
2 **Kendimi öldürmek isterdim.**
3 **Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.**
- I** 0 Her zamankiden daha fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- J** 0 **Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1 **Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor yada sinirleniyorum.**
2 **Şimdi hep sinirliyim.**
3 **Bir zamanlar beni sinirlendirmeyen şeyler şimdi hep sinirlendiriyor.**

- K. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma görüşme, isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.
- L 0 **Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.**
1 **Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.**
2 **Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.**
3 **Artık hiç karar veremiyorum.**
- M 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- N 0 **Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1 **Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.**
2 **Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.**
3 **Hiçbir şey yapamıyorum.**
- O 0 Her zaman ki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- P 0 **Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1 **Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.**
2 **Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.**
3 **Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.**
- R 0 İştahım her zaman ki gibi.
1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
2 İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- S 0 **Son zamanlarda kilo vermedim.**
1 **İki kilodan fazla kilo verdim.**
2 **Dört kilodan fazla kilo verdim.**
3 **Altı kilodan fazla kilo verdim.**
- T 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeleniyorum ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- U 0 **Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**
1 **Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.**
2 **Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.**
3 **Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.**
- V 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1 Cezalandırılabileceğimi seziyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.