

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ŞEMA ALANLARI VE
YAYGIN ANKSİYETE BELİRTİLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Ceyda ÖZDEMİR BÜLBÜL
221180105

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Kuntay ARCAN

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2025

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ŞEMA ALANLARI VE
YAYGIN ANKSİYETE BELİRTİLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Ceyda ÖZDEMİR BÜLBÜL
221180105
ORCID: 0009-0003-2823-2102

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Kuntay ARCAN

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2025



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

CEYDA ÖZDEMİR BÜLBÜL'ın "Çocukluk Çağı Travmaları, Şema Alanları ve Yaygın Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" başlıklı tezi 10.02.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Doç. Dr. Kuntay ARCAN Maltepe Üniversitesi	
Üye	Doç. Dr. Başak BAHTİYAR Maltepe Üniversitesi	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seda ERZİ Çanakkale 18 Mart Üniversitesi	

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



TEŞEKKÜR

Öncelikle, bu sürecin her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, gelişimime katkıda bulunan ve her zaman destekleyici yaklaşımıyla sürecimi kolaylaştıran danışmanım Doç. Dr. Kuntay Arcan'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Onun yönlendirmeleri olmadan bu çalışmayı tamamlamak mümkün olmazdı.

Tezimi değerlendirmek üzere jüri üyeliğini kabul eden Doç. Dr. Başak Bahtiyar ve Dr. Seda Erzi'ye, zamanlarını ayırarak bu sürecin parçası oldukları için teşekkür ederim.

Mesleki gelişimime önemli katkılarda bulunan Dr. Emel Stroup'a, eğitimleri ve yönlendirmeleriyle sadece mesleki yetkinliğimi artırmakla kalmayıp, profesyonel kimliğimi şekillendirmemde de katkı sağladığı için teşekkür ederim.

Bu sürecin zorluklarını yakından bilen ve her an yanımda olduklarını hissettiren değerli arkadaşlarım Berfin Akan ve Şeyma Özdoğru'ya zorlandığım her an yanımda oldukları için teşekkür etmek isterim. Akademik yolculuğun getirdiği tüm stres ve yoğunluk içinde, onların desteği ve dayanışması benim için çok kıymetliydi.

Tez sürecim boyunca yanımda olan sevgili arkadaşım Oğulcan Ekiz'e de teşekkür ederim.

Veri toplama süreci başta olmak üzere, tez sürecinin her aşamasında yanımda olan, sevgileri ve destekleriyle bana güç veren sevgili babam Erdal Özdemir, annem Kübra Özdemir ve kardeşim Cansu Özdemir'e en içten teşekkürlerimi sunarım. Sabırları, teşvik edici sözleri ve koşulsuz destekleriyle bu süreci benim için daha kolay ve anlamlı hale getirdiler.

Veri toplama sürecine verdikleri katkılar ve tez sürecim boyunca yanımda oldukları için eşimin ailesine de en içten teşekkürlerimi sunarım. Başta eşimin ablaları Fevziye Korkmaz ve Rabia Albayrak olmak üzere, annesi Hatice Bülbül ve babası Mehmet Bülbül, destekleriyle bu süreci benim için daha kolay hale getirdiler. Üzerimdeki bazı sorumlulukları üstlenerek bana zaman kazandırmaları ve her zaman desteklerini hissettirmeleri, bu yoğun süreçte benim için son derece kıymetliydi.

Son olarak, bu sürecin en başından itibaren yanımda olan, tüm iniş çıkışlarda bana sabır ve anlayış gösteren, motivasyonumu kaybettiğim anlarda beni yeniden ayağa kaldıran sevgili eşime en derin teşekkürlerimi sunuyorum. Onun varlığı, bu süreci benim için çok daha anlamlı ve katlanılabilir hale getirdi.

Ceyda ÖZDEMİR BÜLBÜL

Şubat, 2025



ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, ŞEMA ALANLARI VE YAYGIN ANKSİYETE BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Ceyda Özdemir Bülbül

Yüksek Lisans Tezi

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Kuntay Arcan

Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2025

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travma deneyimi ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide, zedelenmiş otonomi ve performans (şema boyutları: başarısızlık, karamsarlık, terkedilme/istikrarsızlık, iç içe geçme/bağımlılık, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık) ve diğeri yönelimlilik (şema boyutları: cezalandırma, kendini feda) alanlarında yer alan şemaların aracı rolünü incelemektir. Araştırmanın örneklemini, Türkiye’de yaşayan, 18-67 yaş arasında ($Ort. = 46.7$, $SS = 12.7$) 327 kadın ve 238 erkek olmak üzere toplam 565 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Veri toplama sürecinde, katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, Young Şema Ölçeği Kısa Formu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Korelasyon analizi sonuçları, çocukluk çağı travma deneyimi alt boyutlarının (fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, aşırı koruma ve kontrol) tamamının, şema boyutları ve yaygın anksiyete semptomları ile pozitif ve anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, tüm şema boyutları ile yaygın anksiyete semptomları arasında da pozitif ve anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukluk çağı travma deneyimi, depresif semptomlar ve zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının, yaygın anksiyete semptomlarını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Aracılık analizi bulguları, zedelenmiş otonomi ve performans alanında yer alan şemaların, çocukluk çağı travma deneyimi ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide tam aracılık rolü üstlendiğini; diğeri yönelimlilik alanında yer alan şemaların ise bu ilişkide kısmi aracılık etkisi olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, yaygın anksiyete semptomlarının gelişimi ve sürdürülmesinde çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin ve

erken dönem uyumsuz şemaların önemine işaret etmekte, bu kapsamda geliştirilebilecek klinik müdahaleler ve önleyici çalışmalarda, erken dönem uyumsuz şemalar gibi bilişsel yapıların dikkate alınmasının gereğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk Çağı Travmaları, Yaygın Anksiyete Semptomları, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Zedelenmiş Otonomi Ve Performans, Diğer Yönelimlilik



ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIPS BETWEEN CHILDHOOD TRAUMAS, SCHEMA DOMAINS AND GENERALIZED ANXIETY SYMPTOMS

Ceyda Özdemir Bülbül

Master Thesis

Department of Psychology

Clinical Psychology Master's Programme with Thesis

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Kuntay Arcan

Maltepe University Graduate School, 2025

The aim of the current study is to examine the mediating roles of schemas in the domains of impaired autonomy and performance (schema dimensions: failure, pessimism, abandonment/instability, enmeshment/dependence, vulnerability to harm and illness) and other-directedness (schema dimensions: self-sacrifice, punitiveness) in the association between childhood trauma experiences and generalized anxiety symptoms. The study sample consists of 565 voluntary participants residing in Turkey, including 327 women and 238 men, aged between 18 and 67 ($M = 46.7$, $SD = 12.7$). Data were collected using the Demographic Information Form, the Childhood Trauma Questionnaire, the Young Schema Questionnaire-Short Form, Generalized Anxiety Disorder Scale and Beck Depression Inventory. Correlation analyses revealed that subdimensions of childhood trauma experiences (physical neglect, emotional neglect, physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, overprotection, and overcontrol) were positively and significantly associated with schema dimensions (failure, pessimism, abandonment, dependence, vulnerability to harm, self-sacrifice, and punitiveness) and generalized anxiety symptoms. Furthermore, significant positive relationships were observed between schema dimensions and generalized anxiety symptoms. Regression analysis results indicated that childhood trauma experiences, depressive symptoms, and the schema domain of impaired autonomy and performance significantly and positively predicted generalized anxiety symptoms. Mediation analyses revealed that schemas within the impaired autonomy and performance domain fully mediated the relationship between childhood trauma experiences and generalized anxiety symptoms, while schemas in the other-directedness domain partially mediated this relationship. These findings highlight the significance of

childhood traumatic experiences and early maladaptive schemas in the development and maintenance of generalized anxiety symptoms. They further suggest the necessity of addressing cognitive structures such as early maladaptive schemas, in the design of clinical interventions and preventive efforts within this scope.

Keywords: Childhood Traumas, Generalized Anxiety Symptoms, Early Maladaptive Schemas, Impaired Autonomy And Performance, Other-Directedness



İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR.....	xvii
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem.....	1
1.2 Amaç.....	4
1.3 Önem.....	5
1.4 Varsayımlar.....	7
1.5 Sınırlılıklar	8
1.6 Tanımlar.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	9

2.1.1	Tanımı.....	9
2.1.2	Yaygınlık, başlangıç yaşı ve cinsiyet farklılıkları	10
2.1.3	Klinik görünüm.....	11
2.1.4	Komorbidite	12
2.1.5	Etiyolojisi.....	13
2.2	Çocukluk Çağı Travmaları.....	15
2.2.1	İhmal	16
2.2.2	İstismar	17
2.2.3	Aşırı Koruma ve Kontrol	20
2.3	Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	21
2.3.1	Erken dönem uyumsuz şemaların temeli	23
2.3.2	Şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalar	26
2.4	Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler.....	31
2.4.1	Çocukluk çağı travma yaşantısı ve yaygın anksiyete bozukluğu	31
2.4.2	Çocukluk çağı travma yaşantısı ve erken dönem uyumsuz şemalar.....	34
2.4.3	Erken dönem uyumsuz şemalar ve yaygın anksiyete bozukluğu	35
3.	YÖNTEM	37
3.1	Araştırma Modeli.....	37
3.2	Evren ve Örneklem	37
3.3	Veriler ve Toplanması	40
3.3.1	Demografik bilgi formu	40

3.3.2	Türkiye çocukluk çağı travmaları anketinin gözden geçirilmiş ve genişletilmiş versiyonu (ÇÇT).....	41
3.3.3	Young şema ölçeği – kısa form 3 (YŞÖ-KF3)	42
3.3.4	Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (YAB-7).....	42
3.3.5	Beck depresyon envanteri (BDE)	43
3.4	Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	45
4.	BULGULAR VE TARTIŞMA.....	46
4.1	Bulgular	46
4.1.1	Araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon analizi bulguları.....	46
4.1.2	Yaygın anksiyete semptomlarını yordayan değişkenlerin regresyon analizi bulguları	51
4.1.3	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde şemaların aracı rolü.....	54
4.1.3.1	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde iç içe geçme/bağımlılık şemasının aracılık etkisine yönelik bulgular	55
4.1.3.2	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının aracı rolü	56
4.1.3.3	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde karamsarlık şemasının aracı rolü.....	58
4.1.3.4	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde terkedilme/istikrarsızlık şemasının aracı rolü.....	60

4.1.3.5	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde başarısızlık şemasının aracı rolü.....	62
4.1.3.6	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde kendini feda şemasının aracı rolü.....	64
4.1.3.7	Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde cezalandırma şemasının aracı rolü	66
4.2	Tartışma	68
4.2.1	Çocukluk çağı travma yaşantısı, şema alanları ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkilerin korelasyon ve regresyon analizleri bağlamında değerlendirilmesi	68
4.2.2	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne yönelik değerlendirme	80
4.2.2.1	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide iç içe geçme/bağımlılık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi	81
4.2.2.2	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi	83
4.2.2.3	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide karamsarlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi	84
4.2.2.4	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide terkedilme/istikrarsızlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi	86
4.2.2.5	Çocukluk Çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide başarısızlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi.....	87

4.2.2.6	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide kendini feda şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi	88
4.2.2.7	Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide cezalandırma şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi.....	90
5.	SONUÇ ve ÖNERİLER	92
	KAYNAKÇA	97
	EKLER	122
	Ek:1: Etik Kurul Kararı.....	122
	Ek:2: Demografik Bilgi Formu.....	123
	Ek:3: Türkiye Çocukluk Çağı Travmaları Anketinin Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Versiyonu.....	124
	Ek:4: Young Şema Ölçeği Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)	126
	Ek:5: Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Anketi (YAB-7).....	129
	Ek:6: Beck Depresyon Envanteri.....	130
	ÖZ GEÇMİŞ	133

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	27
Tablo 2. YŞÖ-KF3'ün Türkçe Uyarlamasında Yer Alan Şema Alanları ve Şemalar ...	28
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	38
Tablo 4. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri	44
Tablo 5. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları	49
Tablo 6. YAB-7'nin Yordayıcıları.....	53
Tablo 7. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide İç İçe Geçme/Bağımlılık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları.....	56
Tablo 8. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları	58
Tablo 9. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Karamsarlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları	60
Tablo 10. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Terkedilme/İstikrarsızlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları.....	62
Tablo 11. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Başarısızlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları	64
Tablo 12. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Kendini Feda Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları	66
Tablo 13. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Cezalandırma Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde İç İç Geçme/Bağımlılık Şemasının Aracı Rolü	55
Şekil 2. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü	57
Şekil 3. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Karamsarlık Şemasının Aracı Rolü	59
Şekil 4. ÇÇT'nin YAB ile İlişkisinde Terkedilme/İstikrarsızlık Şemasının Aracı Rolü	61
Şekil 5. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Başarısızlık Şemasının Aracı Rolü	63
Şekil 6. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Kendini Feda Şemasının Aracı Rolü	65
Şekil 7. ÇÇT'nin YAB-7 ile ilişkisinde cezalandırma şemasının aracı rolü	67

KISALTMALAR

YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
ÇÇT	: Türkiye Çocukluk Çağı Travmaları Anketinin Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Versiyonu
APB	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Kaygı ya da anksiyete, bireyin belirsiz veya öngörülemeyen bir tehlike veya tehditle karşılaştığında hissettiği rahatsızlık, sıkıntı gibi duyguların genel bir ifadesi olarak tanımlanır (Zeidner ve Matthews, 2011). Anksiyete, olası tehlikeler karşısında hazırlıklı olmaya ve tehlikeyi azaltacak önlemler almaya yardımcı olabilmesi nedeniyle uyumlu bir duygudur. Bu nedenle, tek başına psikolojik bir sorunun nedeni olarak kabul edilmez. Gerçek bir tehlike durumunda anksiyetinin ortaya çıkması ve tehlikenin sona ermesiyle ortadan kalması, genellikle normal bir tepki olarak değerlendirilir. Ancak, risk ve olası tehlikenin şiddetiyle kıyaslandığında orantısız düzeydeyse ya da tehlike gerçek olmadığı halde devam ediyorsa, bu durumun anormal bir tepki olduğu düşünülür (Beck ve Emery, 2021).

Anksiyete bozukluğu, aşırı duyarlı bir alarm sistemi gibi düşünülebilir. Anksiyete düzeyi yüksek bireyler, gelecekte karşılaşılabilecek kötü olaylar ya da zarar ihtimaline karşı son derece hassas olup, olası tehlikelere karşı sürekli tetikte kalırlar. Anksiyete bozukluğu olan kişilerde görülen semptomlar, bilişsel, duygusal ve davranışsal sistemlerin sürekli bir şekilde aktive olduğunu gösterir (Beck ve Emery, 2021). Anksiyete bozukluğu tanımlı bireyler, yaşadıkları korku ve panik semptomlarının yoğunluğu ve bu semptomları tetikleyen nesne veya durumlar açısından farklılıklar gösterirler. Örneğin, sosyal fobi ya da belirli fobileri olan bireyler, korkulan durumlarla karşılaşma olasılığına dair çeşitli anksiyete semptomları geliştirirken, bu durumla karşı karşıya kaldıklarında ise panik ya da korku tepkisi verebilirler. Panik bozukluğunda ise sık yaşanan panik atakların yanı sıra, bir atak daha geçirme ihtimali konusunda yoğun bir anksiyete söz konusudur. Agorafobisi olan bireyler, açık alanlar, köprüler ya da kalabalık ortamlardan kaçınmak için ciddi çabalar gösterirler. Buna karşın, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanımlı bireyler genel olarak dağınık ve sürekli bir anksiyete hali yaşar ve gelecekte olabilecek potansiyel kötü olaylar hakkında aşırı endişe duyarlar (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013). YAB'ye sahip bireylerin, gündelik yaşamlarındaki ufak tefek olaylar da dahil birçok konuda endişeleri kronik, aşırı ve mantıksız bir hale gelebilir. Bu bireylerde sürekli

gelecek kaygısı, gerginlik, huzursuzluk ve kontrol edilemeyen bir tedirginlik hali gözlemlenir. Bu tür endişeli düşünceler diğer anksiyete bozukluklarında da görülse de yaşamın her alanına yayılması nedeniyle, YAB'nin belirgin bir özelliği olarak öne çıkmaktadır (Roemer, Orsillo ve Barlow, 2002). Bu nedenle Barlow ve arkadaşları (2002), YAB'yi 'temel' anksiyete bozukluğu olarak tanımlamışlardır.

YAB, sürekli ve aşırı endişe hali nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir. Bireylerin sosyal yaşamları, mesleki performansları ve diğer günlük işlevsellik alanlarında belirgin aksaklıklar meydana gelebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2013). Kessler ve arkadaşları (2005), diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla YAB tanılı bireylerde işlevselliğin daha yüksek düzeyde bozulduğunu belirtmiştir. Bu bireyler, yoğun kaygı nedeniyle günlük sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanabilir ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Yapılan araştırmalar, YAB'nin gelişiminde biyolojik, genetik, bilişsel ve psikososyal faktörlerin rol oynadığını göstermektedir (Hooley, Butcher, Nock ve Mineka, 2017; Nevid, Rathus ve Greene, 2018; Schienle, Hattema, Caceda ve Nemeroff, 2011). Bununla birlikte, ikiz çalışmaları genetik katkının dışında çevresel faktörlerin de bu süreçte belirgin bir rol oynayabileceğini göstermiştir (Torgersen, 1983; 1986). Çevresel faktörlerin, özellikle de çocukluk çağı travmalarının, YAB'nin gelişiminde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Hayward, Vartanian, Kwok ve Newby, 2020). Çocukluk döneminde yaşanan travma deneyimi, bireyin gelişimsel sürecini olumsuz etkileyerek, ilerleyen yaşamında çeşitli psikolojik sorunlar, özellikle kaygı ile ilişkili sıkıntıların gelişmesine neden olabilir (Cantón-Cortés, Cortés ve Cantón, 2019; Huh, Kim, Lee ve Chae, 2017). Travmatik deneyimlerin, YAB'nin oluşumunda çevresel bir tetikleyici olarak rol oynayabileceği hem nörobiyolojik hem de psikososyal bağlamda ele alınmaktadır (Juruena, Bourne, Young ve Cleare, 2021; Sadock, Sadock ve Ruiz, 2015). Genetik faktörlerin psikososyal etkilerle birleşerek kaygı gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Özellikle çocukluk çağı travmalarının, kaygı bozukluklarının gelişiminde önemli bir çevresel ve psikososyal risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (Kascakova ve diğerleri, 2020). Çocukluk travmalarının, hipotalamus-hipofiz-adrenal aks işleyişini bozarak nörobiyokimyasal değişimlere yol açtığı ve bu değişikliklerin YAB semptomlarına zemin hazırladığına dair bulgular bulunmaktadır (Juruena ve diğerleri,

2021; Liao ve diğerkleri, 2013). Ayrıca, çocuklukta yaşanan ihmal ve kötü muamelenin, YAB gelişme riskini %30-40 oranında artırdığı belirtilmiştir (Dannlowski ve diğerkleri, 2012).

Beck'in (1985) bilişsel modeline göre, YAB tanısı almış bireyler, kendileri ve dünya hakkında geliştirdikleri olumsuz inançlar nedeniyle birçok durumu tehdit olarak değerlendirme eğilimindedir. Yani, anksiyete duygusu genellikle olayların kendisinden değil, bu olaylara dair bilişsel yorumlardan kaynaklanır. Başka bir deyişle temel sorun, anksiyetenin kendisinden ziyade bireyin aşırı aktif bilişsel modellerinde, yani şemalarında yatmaktadır (Beck ve Emery, 2021). Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, bireylerin kendileri diğerkleri ya da dünyayla ilgili olumsuz şemaların gelişmesine yol açabilir. Travmatik deneyimlere maruz kalan çocuklar, ya bakım verenlerinin olumsuz davranışlarını kendi hataları olarak görüp (Babcock ve DePrince, 2012) olumsuz benlik şemaları geliştirebilir ya da onları sorumlu tutarak (McCarthy ve Lumley, 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2009) diğerklerine ya da dünyaya dair olumsuz şemalar oluşturabilir (Rezaei, Ghazanfari ve Rezaee 2016; Wright, Crawford ve Del Castillo, 2009; Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Young ve meslektaşarına (2013) göre ise, erken dönem uyumsuz şemaların gelişimi, bireyin çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimlerinden ve temel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamasından kaynaklanmaktadır. Karşılanmayan bu ihtiyaçlar, bir tür travmatik deneyim olarak değerlendirilebilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Bu tür olumsuz şemalar, bireyin tehdit algısını artırarak anksiyete gelişimine katkıda bulunabilir (Beck ve Emery, 2021).

Erken dönem uyumsuz şemalar ve bunların sürdürülmesine yönelik başa çıkma stratejilerinin kaygı bozukluklarının altında yatan önemli faktörler olabileceği ifade edilmiş olsa da (Young, Klosko ve Weishaar, 2009), YAB ile bu şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görölmektedir. Bu çalışmalar, YAB belirtileri ile zedelenmiş otonomi ve performans (Shorey, Elmquist, Anderson ve Stuart, 2015) ve diğeri yönelimlilik (Koerner, Tallon ve Kusec, 2015) şema alanlarının ilişkili olabileceğini göstermektedir. YAB semptomlarının, özellikle cezalandırma, karamsarlık ve terkedilme/istikrarsızlık şemalarıyla daha yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (Popa, Rus, Skinner ve Jakab, 2017). Buradan hareketle, mevcut araştırma kapsamında önceki araştırmalarda YAB'nin yüksek korelasyon gösterdiği şema alanları

olan diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş otonomi ve performans şema alanlarına odaklanılmıştır. Bununla birlikte, bu alandaki mevcut çalışmalar oldukça sınırlıdır ve özellikle diğeri yönelimlilik ile zedelenmiş otonomi ve performans şema alanlarının YAB ile ilişkisini anlamaya yönelik ilave çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir. Buradan hareketle mevcut çalışmada, çocukluk çağı travma deneyimi ile YAB semptomları arasındaki ilişkiyi incelerken, zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanlarında yer alan şemaların da rolüne odaklanılmıştır. Bu şemaların çocukluk çağı travma deneyimi ile YAB arasındaki ilişkiye aracılık edeceği düşünülmektedir. Bu ilişkilerin incelenmesiⁿⁱⁿ, risk altında olabilecek bireylerin belirlenmesi ve YAB'ye gelişimine neden olabilecek faktörlerin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

1.2 Amaç

Bu araştırma kapsamında öncelikle amaçlanan, çocukluk çağı travma deneyimlerinin yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde, diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş otonomi ve performans şema alanlarındaki şema boyutlarının aracılık etkisini incelemektir. Bunun yanı sıra, araştırmada yer alan değişkenler olan çocukluk çağı travma yaşantısı, şema alanları, yaygın anksiyete ve depresyon semptomları arasındaki ilişkilerin ilişkisel tarama modeli doğrultusunda analiz edilmesi ve demografik değişkenlerin rolünün incelenmesi de hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında test edilmesi planlanan hipotezleri aşağıda sunulmaktadır:

H1: Çocukluk çağı travma yaşantısı, zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanları ve bu alanların altında yer alan şema boyutları (zedelenmiş otonomi ve performans alanında iç içe geçme/bağımlılık, karamsarlık, terkedilme/istikrarsızlık, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık, başarısızlık; diğeri yönelimlilik alanında kendini feda, cezalandırma) ve yaygın anksiyete semptomları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Çocukluk çağı travma yaşantısı, zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanları ve bu alanların altındaki şema boyutları yaygın anksiyete semptomlarını pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordar.

H3: Çocukluk çağı travma yaşantısının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik alanlarındaki şemaların aracılık etkisi vardır.

Bu araştırmada ele alınan araştırma soruları aşağıda sıralanmıştır:

S1: Çocukluk çağı travma yaşantısı, diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş otonomi ve performans şema alanları, bu alanlarda yer alan şemalar ve yaygın anksiyete semptomları arasında nasıl bir ilişki vardır?

S2: Yaygın anksiyete semptomlarını yordayan faktörler nelerdir?

S3: Çocukluk çağı travma yaşantısı ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik alanlarının altında yer alan şema boyutlarının aracılık etkisi var mıdır?

1.3 Önem

Araştırmalar, çocukluk dönemi travmatik deneyimlerinin oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Dünya Ruh Sağlığı Girişimi tarafından 21 farklı ülkede 51.945 yetişkinle (18 yaş üstü) gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların %40'ının çocukluk döneminde en az bir tür travma deneyimine maruz kaldığı belirtilirken (Kessler ve diğerleri, 2010), daha yakın bir tarihte Avustralya'da 16 yaş üstü 8.503 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada bu oranın %32 olduğu gözlemlenmiştir (Mathews ve diğerleri, 2023). Benzer şekilde, Türkiye'de üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada öğrencilerin %43.5'inin en az bir tür travmatik deneyim bildirdiği ifade edilmektedir (Üstüner Top ve Cam, 2021). Bu tür olumsuz deneyimler YAB de dahil olmak üzere çeşitli psikolojik sorunların gelişme olasılığını arttırabilir (Rapee, 2012). Literatürdeki çalışmalar, çocuklukta kötü muamele gören bireylerin %40'ında, çocuklukta ya da yetişkinlikte anksiyete bozuklukları geliştiğini göstermektedir (Dannlowski ve diğerleri, 2012). Keskin ve diğerleri tarafından (2013) gerçekleştirilen çalışma, ülkemizde yaşam boyu görülme sıklığı %6.8 olan YAB'nin en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlardan biri olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, çocukluk çağı travma yaşantısı ile YAB arasındaki ilişkinin temellerinin araştırılması, kaygı sorunları için potansiyel risk kaynaklarının belirlenmesinde yardımcı olacaktır.

Bilişsel psikolojiye göre şema, bilgilerin yorumlanması ve problem çözme süreçlerinde rehber görevi gören bilişsel bir arka plan olarak ele alınmaktadır (Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013). Bu tür şemalar, zaman zaman uyum bozucu nitelikte olabilir. Erken dönem uyumsuz şemaların kökeninin çocukluk yaşantılarından geldiği ve bu dönemde karşılanmayan bazı önemli ihtiyaçların şemaların temelini oluşturduğu vurgulanmaktadır (Young, 1990). Bununla birlikte, erken dönem uyumsuz şemalar ve bu şemaların sürdürülmesine neden olan baş etme stillerinin, kaygı sorunlarının altında yatan etkenler arasında yer alabileceği belirtilmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Hawke ve Provencher'ın (2011) çalışması, duygu durum ve kaygı sorunlarının temelinde belirli şemaların varlığına dair farklı araştırmalardan elde edilen kapsamlı sonuçları derlemektedir. Sonuçlar, şema terapinin, kaygı belirtilerini formüle edip tedavi etmek için kullanılabileceğini göstermektedir (Hawke ve Provencher, 2011). YAB belirtilerinin nispeten dirençli olması nedeniyle, erken dönem uyumsuz şemaların değişmediği durumda, bilişsel davranışçı terapi gibi diğer terapilerin etkili olmayabileceği belirtilmektedir (Hoffart, 2012). Bu bulgular, YAB belirtilerine yardımcı olma konusunda kullanılabilirliği açısından şema terapiyi makul bir seçenek olarak öne çıkarmaktadır.

Clark ve Beck'e (2010) göre, YAB, diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırıldığında depresyon ya da distimi ile daha güçlü bir ilişki içindedir. YAB tanısı olan bireylerin sıkça depresyon geliştirmesi ve depresyon tanılı kişilerin de anksiyete yaşaması, bu iki patoloji arasında önemli bir örtüşmenin varlığına işaret etmektedir. Ayrıca, yalnızca bir tanının bulunduğu vakalarda bile bireylerin kendilik kavramıyla ilgili düşünceleri, olumsuz beklentilere kapılmaları ve mevcut deneyimlerini değerlendirirken olumsuz önyargılar geliştirmeleri açısından her iki sorun benzer özellikler göstermektedir (Beck ve Emery, 2021). YAB tanısı konmuş bireylerde majör depresif bozukluk prevalansı klinik örneklem gruplarına göre değişiklik gösterse de, literatürde genellikle YAB semptomlarına en sık eşlik eden psikiyatrik sorunun depresif semptomlar olduğu kabul görmektedir (Judd ve diğerleri, 1998; Kalin, 2020; Kessler ve Wang, 2008; Mohammadi ve diğerleri, 2020; Noyes, 2001; Zhou ve diğerleri, 2017). Papp ve Gorman'a (1995) göre; YAB tanılı kişilerde, depresyon tanısı var olmasa bile bazı depresif semptomlar gözlenebilir. ABD'de gerçekleştirilen bir araştırmada, klinik örnekleme, YAB tanılı kişilerin %39'unda mevcut durumda eşlik eden majör depresyonun varlığı ve %62'sinde majör depresyon öyküsünün bulunduğu belirtilmektedir (Judd ve diğerleri, 1998). Dunner

(2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada YAB tanılı bireylerin %43'üne majör depresyon tanısına eşlik ettiği bildirilmektedir. Daha yakın tarihli bir Çin çalışmasında ise, YAB tanılı bireylerin %71'inde majör depresyon görüldüğü bildirilmektedir (Zhou ve diğerleri, 2017). Mevcut araştırma kapsamında, YAB hastalarının klinik görünümünde depresyon hastalarıyla benzerlikler bulunması ve bu iki durumun sıklıkla komorbid gözlemlenmesi nedeniyle, depresif semptomların kontrol edilmesi, araştırma değişkenlerinin YAB semptomlarıyla olan ilişkisini değerlendirirken karıştırıcı etki oluşturmaması amacıyla önem taşımaktadır.

Literatürde çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomlarıyla ilişkisini ve bu bağlamda zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanlarının rolünü inceleyen spesifik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, çocukluk çağı olumsuz yaşantıların erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisi (Cecero, Nelson ve Gillie, 2004; Lumley ve Harkness, 2007; Narimani, Aghdam, Abolghasemi, 2012; Tezel, Kışlak ve Boysan, 2015; Yiğit ve Erden, 2015), şema terapi modeli bağlamında bu şemaların psikopatolojiye katkısı (Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013) ve zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanlarının YAB semptomları ile ilişkisi göz önüne alındığında; bu şema alanlarının çocukluk çağı travma yaşantısı ile yaygın anksiyete belirtileri arasındaki ilişkide aracılık edebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın, mevcut literatürde sınırlı olan yaygın anksiyete belirtileri ile sözü edilen şema alanları arasındaki ilişkileri anlamaya yönelik çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir. Literatürdeki sınırlılıklardan yola çıkarak, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin yaygın anksiyete semptomlarıyla ilişkisinde diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş otonomi ve performans şema alanlarında yer alan şema boyutları aracılığıyla açıklamaya yönelik bir perspektif ortaya koyulması amaçlanmaktadır. Eğer hipotez doğrulanırsa, bu bulgular, şema terapinin yaygın anksiyete semptomlarını tedavisinde potansiyel etkilerini daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Çalışmanın sonuçları, YAB ile ilgili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

1.4 Varsayımlar

18 yaş ve üzeri bireylerden oluşan araştırma örnekleminin evreni temsil edebildiği ve katılımcıların öz bildirime dayalı ölçeklere tarafsız ve doğru yanıtlar verdiği

varsayılmaktadır. Ayrıca, veri toplama araçlarının araştırılan değişkenler açısından en uygun ölçüm yöntemleri olduğu varsayılmaktadır.

1.5 Sınırlıklar

Araştırmada değişkenlerin incelenmesi amacıyla öz bildirime dayalı ölçekler kullanılmıştır. Bu bağlamda, katılımcıların yanıtlarının yanlı olma olasılığı, çalışmanın bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, araştırmada katılımcıların seçkisiz olmayan bir yöntemle belirlenmiş olması, bulguların genellenebilirliği konusunda sınırlılık oluşturmaktadır. Katılımcıların %46.9'unun lisans düzeyinde eğitim almış olması araştırma bulgularının evreni temsil etme gücünü sınırlandırdığı ifade edilebilir. Son olarak, kesitsel desen kullanılmış olması da bir diğer sınırlılıktır. Boylamsal desen kullanılmaması nedeniyle bu çalışma, değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisi bağlamında bilgi sunamamaktadır.

1.6 Tanımlar

Anksiyete, Kaygı: Belirsiz veya öngörülemeyen tehlike veya tehdit durumlarında ortaya çıkan rahatsızlık, sıkıntı ve benzeri duyguların genel bir ifadesidir ve duygusal bir süreç olarak ifade edilir (Zeidner ve Matthews, 2011).

Endişe: Olumsuz etkiler taşıyan ve kontrol edilmesi nispeten zor olan düşünce ve imge zinciridir. Çözülmeden tekrar tekrar tekrarlanan olası gelecekteki tehlikenin sürekli farkındalığı olarak da ifade edilmektedir (Borkovec, Shadick ve Hopkins, 1991).

Çocukluk Çağı Travmaları: Ebeveyn kaybı, boşanma, şiddete tanık olma, göç, kazalar ve doğal afetler gibi çeşitli deneyimlerin yanı sıra 18 yaşına gelmeden önce yaşanan cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, ihmal (Herman, 2015) ve aşırı koruma ve kontrol (Şar, 2020) gibi olguları kapsar.

Erken dönem uyumsuz şemalar: Bireyin kendisi ya da başkalarıyla etkileşimleri sonucu oluşan bilişler, anılar, bedensel duyular ve duyguları içeren son derece istikrarlı ve kalıcı temalar ve kalıplar olarak ele alınmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.1.1 Tanımı

Bireyler yaşamlarının farklı evrelerinde, çeşitli nedenlerle endişe ve kaygı deneyimleyebilirler. Ancak bu kaygının uzun süre devam etmesi, kontrol dışına çıkması, şiddetlenmesi ve günlük yaşamın herhangi bir anında kendini göstermesi ile birlikte kişilerin günlük işlevselliklerine, aktivitelere katılımlarına ve kişiler arası ilişkilerine tehdit oluşturması durumunda YAB'den söz edilir (Robichaud ve Dugas, 2015; Wittchen, 2002).

YAB, sağlık, aile, iş, ilişkiler gibi yaşamın farklı alanlarına dair aşırı ve sürekli kaygı ve endişe ile karakterizedir. Bazı durumlarda, bireyler belirli bir tetikleyici olmaksızın bile yüksek düzeyde kaygı yaşayabilirler (Wittchen, 2002). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2013) göre, YAB tanısı koyulabilmesi için en az 6 ay süresince, günlerin çoğunda kontrol edilmesi güç, aşırı endişe ve kaygıya ek olarak, huzursuzluk, sinirlilik, kas gerginliği, kolay yorulma, konsantrasyon eksikliği ve uyku problemleri gibi fiziksel belirtilerden an üz üçünün eşlik etmesi gereklidir (APB, 2013).

YAB'li bireyler birçok konuda sürekli kaygı veya endişe hissederler, ancak semptomların şiddeti kişiden kişiye değişir. Bazıları hafif semptomlar yaşarken, diğerleri günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen ciddi semptomlarla karşılaşabilir (Bandelow ve Michaelis, 2015). YAB'ye sahip bireylerin bir kısmı, yüksek endişe düzeylerine ve algılanan düşük refah seviyelerine rağmen işlevlerini sürdürebilmektedir (Lewis-Fernández ve diğerleri, 2010). Bu bireyler, genellikle günlük yaşamlarının bazı alanlarında yeterince işlev gösterebilmesi ve semptomların kronik olması nedeniyle endişelerini ve kaygılarını bir sorun olarak değil, kendilerinin bir parçası olarak görme eğilimindedirler (Rosenberg ve Kosslyn, 2014). Ancak, yüksek düzeyde endişenin bireyin sosyal yaşamında, diğer insanlarla ilişkilerinde, iş hayatında ya da diğer alanlarda işlevsellikle ilgili sorunlara neden olduğu bilinmektedir (APB, 2013).

2.1.2 Yaygınlık, başlangıç yaşı ve cinsiyet farklılıkları

YAB, toplumda ve sağlık kuruluşlarında yaygın olarak rastlanan sorunlardan biridir (Kessler ve diğerleri, 2005). DSM-5 tanı kriterlerine göre Amerika’da yapılan araştırmalarda, nüfusun yaklaşık %3’ünün herhangi bir 1 yıllık dönemde ve %5.7’sinin yaşamlarının bir noktasında YAB'den muzdarip oldukları ifade edilmektedir (Kessler ve diğerleri, 2005). Amerika genelindeki diğer verilere göre, nüfusun %3.1’i YAB tanısı almış durumdadır (Merikangas ve Swanson, 2010). Ruscio ve diğerleri (2017) tarafından 26 farklı ülkede 147.261 katılımcı ile gerçekleştirilen araştırmada, YAB’nin yaşam boyu yaygınlığı %3.7, 1 yıllık yaygınlık oranı %1.8 ve 30 günlük yaygınlık oranı ise %0.8 olarak rapor edilmiştir. Daha yakın tarihte, Çin’de gerçekleştirilen bir çalışmada YAB’nin yaşam boyu yaygınlık oranı %5.3 bulunmuştur (Yu ve diğerleri, 2018). Ülkemizdeki psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisini inceleyen Keskin ve diğerleri (2013); YAB yaygınlığının %6.8 ile daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, YAB’nin kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha yaygın olduğu da araştırmalar tarafından bildirilmektedir (Grant ve diğerleri, 2005; Vesga-Lopez ve diğerleri, 2008).

YAB’nin başlangıç yaşını belirlemek genellikle zordur çünkü tanı almış kişilerin yüzde 60 ila 80’i neredeyse tüm yaşamları boyunca kaygılı olduklarını bildirmektedir (Roemer ve diğerleri, 2002). YAB’li bazı kişiler, erken yetişkinlik döneminde yaşadıkları bir stres etkenine tepki olarak kaygılarının başladığını bildirmektedir. Çok sayıda çalışma YAB’nin diğer kaygı bozukluklarına kıyasla daha erken ve daha kademeli bir başlangıç gösterdiğini ortaya koymuştur (Barlow, 2002; Beesdo, Pine ve Wittchen, 2010; Chorpita ve Barlow, 1998; Sanderson ve Barlow, 1990). Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada, ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-4’e göre YAB tanısı alan 98 kişide, YAB için ortalama başlangıç yaşı 32 ± 10 ve başvuru yaş ortalaması 37.7 ± 11 olarak belirlenmiştir (Özcan, Uğuz ve Çilli, 2006). Benzer şekilde Kessler ve arkadaşlarının (2005) gerçekleştirdikleri görüşmelere göre ortalama başlangıç yaşı 31 olarak rapor edilmiştir. YAB’nin genellikle yirmili yaşların sonlarına doğru başladığı, görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı ve en sık orta yaş grubunda görüldüğünü bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Carter, Wittchen, Pfister ve Kessler, 2001; Kessler ve diğerleri, 2007; Wittchen ve diğerleri, 1994). Ayrıca araştırmalar, YAB’nin yetişkinlerde en yaygın görülen kaygı bozukluğu olduğunu da göstermektedir (Roemer ve diğerleri,

2002; Stein, 2004). YAB'li bireylerle 40 yıllık takip ile gerçekleştirilen bir araştırmada, 50 yaş ve üzeri hastalarda hastalığın kronikleşmesinin seyrek görüldüğü ve yaş ilerledikçe YAB semptomlarının somatizasyon eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir (Rubio ve López-Ibor, 2007).

2.1.3 Klinik görünüm

YAB çeşitli semptomlarla kendini gösterebilir. Bazen bireyler yalnızca uykusuzluk gibi tek bir semptomdan yakınırken, YAB ile ilişkili olabilecek başka bir semptom dile getirmezler. Bazı kişiler hiçbir anksiyete semptomu belirtmeden, yalnızca göğüs bölgesinde ağrı, baş ağrısı, kalp çarpıntısı gibi bedensel yakınmalardan bahsedebilirler (Gliatto, 2000). YAB'li bireyler, genellikle psikolojik belirtilerle ilgili yardımı, bedensel yakınmalar sonrasında aramaktadır. Bu kişilerin, farklı tıp uzmanlık alanlarına başvuruları, psikolojik yardım başvurularına oranla iki kat daha fazladır (Balcıoğlu ve Ünsalver, 2006; Kessler ve Wittchen, 2002; Roy-Byrne ve Wagner, 2004).

YAB tanılı kişilerin klinik görünümünde sürekli olarak geleceğe yönelik endişe içerikli düşünceler, kronik gerginlik, telaş ve denetlemekte güçlük çektikleri huzursuz duygu durum yaşadıkları görülmektedir. Genellikle çevredeki olası tehlike işaretlerine karşı sürekli tetikte olurlar ve kontrol etme, kaçınma ya da erteleme davranışlarında bulunurlar (Roemer ve diğerleri, 2002). Bu sürekli endişe hali, YAB'li bireylerin sürekli sinirli ve yılgın olmalarına yol açar. Öte yandan bu endişe YAB'nin ayırt edici özelliğidir (Roemer ve diğerleri, 2002; Wells ve Butler, 1997).

Klinik bağlamda, YAB'nin son derece zorlayıcı bir sıkıntı olduğu ifade edilebilir. Bu sıkıntı bireylerin sadece sosyal işlevselliğini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda iş yaşamlarına zarar vererek yaşam beklentisini ve psikolojik refahını ciddi şekilde olumsuz yönde etkiler (Comer, 2015). Diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla, YAB tanılı bireylerin işlevselliklerinde daha yüksek düzeyde bozulma tespit edilmiştir (Kessler ve diğerleri, 2005). Wittchen'in (2002) gerçekleştirdiği çalışmada, son 1 yıl içinde YAB tanısı konmuş bireylerin %34'ü, son bir ay içinde mesleki işlevselliklerinde %10, aktivitelere katılımlarında ise %50 azalma bildirmiştir.

Sonuç olarak, YAB'nin kronik seyri nedeniyle son derece zorlayıcı bir sorun olduğu ifade edilmektedir (Montgomery, 2011). Takip çalışmalarına göre, YAB tanısı almış bireylerin

5 yıl içinde iyileşme oranlarının %0.38 ile oldukça düşük olduğu ve nükslerin ilk 3 yılda sıkça meydana geldiği; bu kişilerin genellikle tam iyileşmedikleri belirtilmektedir (Yonkers, Bruce, Dyck, ve Keller, 2003). Buna paralel olarak, Bruce ve meslektaşları (2005), YAB epizodunun başlangıcından 12 yıl sonra iyileşme oranının yalnızca %58 olduğunu bildirmiştir. Ancak iyileşen kişilerin %45'inde daha sonra hastalığın tekrarlaması muhtemeldir. Bu durum, YAB'nin semptomların artması ve azalmasıyla karakterize kronik bir seyir izlediğini ortaya koymaktadır (Bruce ve diğerleri, 2005).

2.1.4 Komorbidite

YAB tanısı almış bireylerde, sosyal kaygı, panik bozukluk, özgül fobiler, takıntı-zorlantı bozukluğu ve majör depresyon gibi diğer psikiyatrik sorunlar yaygın olarak görülmektedir (Noyes, 2001; Nutt, Argyropoulos, Hood ve Potokar, 2006; Özcan, Uğuz ve Çilli 2006). Ayrıca bu bireyler, kronik ağrı sendromları, kalp hastalıkları, irritabl bağırsak sendromu, astım, KOAH, hipertansiyon ve diyabet gibi birçok tıbbi hastalıkla da karşılaşabilirler (Culpepper, 2009; Maier ve Falkai, 1999; Sherbourne ve diğerleri, 1996). YAB tanısı almış bireylerin yaklaşık %35'i, zaman içinde anksiyetelerini hafifletmek amacıyla alkol ve madde kullanımına yönelmektedir ki bu da YAB tanısı alan kişilerde bağımlılık riskini arttırabilir (Sareen ve diğerleri, 2005; Smith ve Book, 2010). Kessler ve arkadaşlarının (2005) gerçekleştirdiği araştırmaya göre; YAB tanısına duyu durum veya farklı bir anksiyete bozuklukluğu tanısının eşlik ettiği durumlarda kişilerin yardım arayışının arttığı belirtilmiştir.

Angst (1993) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, YAB tanılı bireylerin %90'ına en az bir farklı psikiyatrik sorunun eşlik ettiği rapor edilmiştir. YAB'ye sıklıkla eşlik eden psikiyatrik tanılar; majör depresyon, distimi, sosyal kaygı, özgül fobi (Wittchen ve diğerleri, 1994), agorafobili panik bozukluk (Angst, 1993) takıntı- zorlantı bozukluğu (Ballenger ve diğerleri, 2001) olarak bildirilmektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada, YAB tanılı bireylerin %90.8'inde eş tanı görüldüğü rapor edilirken, bu tanılar %83.7 oranında majör depresyon, %30.6 oranında sosyal kaygı, %19.4 oranında takıntı-zorlantı bozukluğu ve %17.4 oranında özgül fobi olarak bildirilmektedir (Özcan ve diğerleri, 2006).

2.1.5 Etiyolojisi

YAB'nin etiyojisine yönelik araştırmalar, biyolojik, genetik, bilişsel ve psikososyal faktörleri incelemektedir (Hooley ve diğeri, 2017; Nevid, Rathus ve Greene, 2018; Schienle ve diğeri, 2011).

YAB ile ilişkili biyolojik faktörler incelendiğinde, beyin görüntüleme çalışmaları önemli bulgular sunmaktadır. YAB tanısı alan bireylerde, endişe azaltıcı uyaranlarla ilgili beyin bölgelerinde sürekli bir aktivasyon olduğu raporlanmıştır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2015). Ayrıca, GABA, serotonin ve norepinefrin gibi beyin kimyasallarındaki dengesizliğin de YAB'nin oluşumuna katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Ruhsal Hastalıklar Araştırma, Eğitim ve Klinik Merkezi, 2019).

YAB ile ilişkili bilişsel süreçler ele alındığında; belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe odaklı düşünce kalıpları, zayıf problem çözme becerisi ve bilişsel kaçınma YAB'nin temel bilişsel özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Dugas ve diğeri, 1998). Beck'in (1985) bilişsel modeli doğrultusunda, YAB tanılı bireyler kendilerine ve dünyaya dair inançlarından dolayı pek çok durumu tehdit olarak değerlendirme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Tehlikeyi olduğundan daha abartılı şekilde algılamaları, anksiyete duygusunun ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Özetle, bireyler anksiyete duygusunu olayların kendisi nedeniyle değil, bu olaylarla ilgili kendi yorumları sonucunda yaşarlar (Beck ve Emery, 2021).

Genetik faktörler incelendiğinde; ailedeki psikopatolojinin aile üyeleri için risk oluşturduğu araştırmacılar tarafından ifade edilmektedir. Kaygı bozukluğuna sahip çocuklarla gerçekleştirilen çalışmalar, bu çocukların aile üyelerinin %77.5'inde en az bir psikolojik soruna; özellikle de kaygı bozukluklarına rastlandığını göstermektedir (Barlow, Durand ve Hofmann, 2018; McLaughlin, Behar ve Barkovec, 2008; Rosenbaum ve diğeri, 1993). Ayrıca, başka bir çalışmada, kaygı bozukluğu bulunan bireylerin çocuklarında korku ve kaygıya ilişkin belirtilerinin görüldüğü ve bu çocuklarda kaygı bozukluğu görülme riskinin 7 kat daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Turner, Beidel ve Costello, 1987). Bu bulgu, genetik geçişin önemli bir göstergesi olarak dikkat çekmektedir.

Diğer yandan, araştırmacılar bireyler üzerinde genetiğin etkisinin %30-%40 arasında olduğunu ifade etmektedir ki bu düşük varyans çevresel etkinin önemini göstermektedir (Fisher, 2007; Hetttema, Prescott ve Kendler, 2001; Hudson ve Rapee, 2004; Kendler ve diğerleri, 1995; McLaughlin, Behar ve Borkovec, 2008). Benzer şekilde ikiz çalışmaları da, çevresel faktörlerin YAB üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (Torgersen, 1983; 1986). Bazı araştırmacılar, YAB'nin gelişiminde çevresel faktörlerin genetik kalıtıma kıyasla daha belirleyici bir rol oynadığını savunmaktadır (Gottschalk ve Domschke, 2017; McLaughlin, Behar ve Borkovec, 2008; Torgersen, 1983; 1986). Panik bozukluk, takıntı-zorlantı bozukluğu ve YAB tanısı alan bireylerin katıldığı bir araştırmada, YAB tanısı olanların %76'sının, sorunun başlangıcına denk gelen stresli yaşam olayları bildirdikleri belirtilmiştir. Ek olarak YAB tanısı alan bireyler, panik bozukluk ve takıntı-zorlantı bozukluğu tanısı alanlara kıyasla daha az aile üyesinin psikiyatrik tanı aldığını ifade etmiştir (Benatti ve diğerleri, 2016).

Hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde ortaya çıkan stresli yaşam olayları, özellikle YAB'nin başlangıcıyla ilişkilidir (Baer, Kim ve Wilkenfeld 2012; Moffitt ve diğerleri, 2007; Moreno-Peral ve diğerleri, 2014). Çevresel faktörler ele alındığında; düşük sosyo-ekonomik durumun, kadın olmanın, bekar olmanın, düşük eğitim seviyesinin, sağlıkla ilgili sorunların ve stresli yaşam koşullarının YAB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Munir ve Takov, 2020).

Benzer şekilde ebeveyn tutumlarının da YAB gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (Vasey ve Dadds, 2001). Kaygılı çocukların ebeveynlerinin genellikle aşırı korumacı, eleştirel ve reddedici tutum sergilemeye yatkın oldukları bildirilirken, en güçlü ilişkinin aşırı korumacı tutum ve anksiyete arasında olduğu bulunmuştur (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2015). Başka bir araştırma, anksiyete düzeyi yüksek çocukların ebeveynlerinin, çocukların kaçınma tepkilerine daha fazla ve olumlu yanıt verdiğini göstermektedir (Dadds ve diğerleri, 1996). Bu durum, ebeveynlerin, pekiştirme ile anksiyete düzeyi yüksek çocuğun sorundan kaçınmasına neden olarak anksiyetenin sürdürülmesine katkıda bulunabilir (Vasey ve Dadds, 2001). Çevresel faktörler ile YAB arasındaki ilişkinin anlaşılması, önleme ve müdahale çalışmaları açısından önemlidir.

2.2 Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları ebeveyn kaybı, boşanma, şiddete tanık olma, kazalar, doğal afetler ve göç gibi çeşitli deneyimlerin yanı sıra 18 yaş öncesi yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile ihmal olaylarını kapsar (Herman, 2015). Çocukluk çağı travmaları doğal afetler veya kazalar sonucu ortaya çıkan olayları (deprem, yangınlar, trafik kazaları vb.), büyük sosyal felaketleri (savaş, göç, salgın hastalık vb.), tıbbi travmaları (felç, kalp krizi vb.), kişisel travmaları (saldırı, tecavüz şiddet gibi olaylara tanıklık etmek) ve son olarak kişiler arası travmaları (ihmal ve istismar) içerir (Fink, Bernstein, Handelsman, Foote ve Lovejoy, 1995). Bu araştırma, çocukluk dönemine ait kişiler arası travmaları ele almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ, 2006) göre, çocuk istismar ve ihmali, çocuğa yönelik kötü muamele olarak da adlandırılır ve çocuğun hayatını, gelişimini, sağlığını ve onurunu tehlikeye sokan veya tehlikeye sokma potansiyeline sahip duygusal ve/veya fiziksel kötüye kullanımı, ihmal davranışını, cinsel istismarı veya çocukla kurulan güç, güven ve sorumluluk ilişkisi içinde zarar veren veya zarar verebilecek her türlü ticari veya ticari olmayan sömürüyü içerir. Zarar kasıtlı olmak durumunda değildir (Gilbert ve diğerleri, 2009), bu nedenle önemli olan ebeveynin eylemle ilgili amacı değil, eylemin çocuk üzerindeki etkisi, yani eylemin sonuçlarıdır (Bahar, Savaş ve Bahar, 2009).

Kişiler arası travmalar, fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört alt kategoride incelenir (DSÖ, 2006). Fakat Bernstein ve arkadaşları (1994), ihmalin de duygusal ve fiziksel olmak üzere iki ayrı kategoride sınıflandırılabileceğini belirtir. Bu alt boyutlar genellikle 28 maddelik Çocukluk Çağı Travma Anketi ile değerlendirilir (Bernstein ve diğerleri, 2003).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, diğer önemli olumsuz çocukluk deneyimlerinin de benzer şekilde travmatik olabileceğini, ancak yukarıda belirtilen beş faktör içinde sınıflandırılmadığını göstermektedir (Şar, 2020). Ebeveynler, bakım verenler ya da diğer aile üyelerinden çocuğa yönelen aşırı koruma ve aşırı kontrolün, çeşitli psikolojik sorunlar için bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır (Herbert ve Dahlquist, 2008). Son dönemdeki psikolojik çalışmalarda önemli bir konu olarak öne çıkan aşırı koruma ve aşırı kontrol (Carbone 2024; Jones, Hall, ve Kiel, 2021; Şar ve diğerleri, 2021) Türk

toplumunda da oldukça yaygındır (Şar ve diğerleri, 2021). Bu nedenle Çocukluk Çağı Travma Anketi-Kısa Formu Türkçeye uyarlanırken genişletilerek revize edilmiş ve aşırı koruma-aşırı kontrol ölçeğe eklenerek Çocukluk Çağı Travma Anketinin Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Versiyonu oluşturulmuştur (Şar ve diğerleri, 2021). Mevcut çalışmada da çocukluk çağı travma deneyimi olarak duygusal ve fiziksel ihmal ile fiziksel, cinsel ve duygusal istismara ek olarak aşırı koruma ve kontrol de incelenecektir.

2.2.1 İhmal

Çocuğun ihmal edilmesi sağlık, beslenme, korunma, barınma, gözetim ve giyim gibi temel ihtiyaçlarının sorumlu kişi tarafından karşılanmaması anlamına gelir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Bununla birlikte, çocuğun duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının ihmal edilmesini de kapsamaktadır (Uzun, 2018). İhmal yalnızca aile veya bakıcının yeterli kaynaklara sahip olduğu durumlarda ortaya çıkabilir, bu yoksulluk durumlarından ayrı bir konudur, ancak bazı ihmal tanımları yoksulluğu da içerebilir (DSÖ, 2002). Optimal yaşam standartları, giyim, beslenme, tıbbi bakım ve duygusal ihtiyaçlar için gerekli ilginin gösterilmemesi gibi eylemler çocuk ihmali olarak kabul edilir (Oral ve diğerleri, 2001). Ayrıca yetersiz hijyen, terk edilme, uyuşturucuya maruz kalma (DSÖ, 2002) ve çocuğun duygusal ve eğitimsel ihtiyaçlarının kasıtlı olarak göz ardı edilmesi de çocuk ihmali kapsamında değerlendirilir (Oral ve diğerleri, 2001).

İhmalin pasif bir durum, istismarın ise aktif bir eylem olmasıyla bu iki kavram birbirinden ayrılır. Bu nedenle bazı araştırmalar ihmal yerine “pasif istismar” kavramını kullanmaktadır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Polat, 2001). İhmalin etkilerinin, istismara kıyasla daha uzun vadede kendini göstermesi, anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Heim, Shugart, Craighead ve Nemeroff, 2010; Manly ve diğerleri, 2012).

Fiziksel ve duygusal olmak üzere iki tür ihmalden söz edilmektedir (Bernstein ve diğerleri, 1994).

a. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, bakım verenler tarafından çocuğun teşvik, sevgi, destek ve aidiyet gibi psikolojik açıdan temel gereksinimlerinin (Kong ve Bernstein, 2009) ve duygusal yakınlığın karşılanamamasının (Aust, Härtwig, Heuser ve Bajbouj, 2013) yanı sıra çocuğa karşı kaçınmacı ve kayıtsız davranılması (Egeland, 2009) olarak

tanımlanmaktadır. Yeterli beslenmeye rağmen fiziksel olarak gelişmemekle sonuçlanan inorganik büyüme geriliği, en bilinen duygusal ihmal türlerinden biridir (Egeland, 2009).

Çocuğun başarılarının takdir edilmemesi, okula gönderilmemesi, karar alma süreçlerine dahil edilmemesi, dikkate alınmaması ve görmezden gelinmesi gibi davranışlar da duygusal ihmal kapsamında değerlendirilmektedir (Beyazova ve Şahin, 2006). Ayrıca; ne zaman geri döneceği belli olmaksızın bakım verenin çocuğu terk etmesi, çocuk ile kurduğu ilişkiyi sınırlandırmak amacıyla kendini izole etmesi, kronik fiziksel veya ruhsal sağlık sorunlarına sahip olması, alkol-madde kullanımı, iş hayatındaki yoğunluk, askerlik veya hükümlülük gibi nedenlerden ötürü çocuğun hayatında yer almaması duygusal ihmal olarak değerlendirilen durumlar arasında yer almaktadır (Hopper ve diğerleri, 2018).

b. Fiziksel İhmal

Çocuğun güvenlik, sağlık, barınma, beslenme ve korunma gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının bakım verenler tarafından karşılanamaması fiziksel ihmal olarak tanımlanır (Kong ve Bernstein, 2009). Ayrıca fiziksel ihmal; çocuğun hijyen, giyim, beslenme ve bakımının yetersiz olmasından kaynaklanan zarardır (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999).

Bakımsız ve kirli bir ortamda yaşamak, kazalara karşı önlem almamak, hamilelikte sigara, alkol ya da madde kullanmak, uyuşturucuya maruz bırakmak fiziksel ihmale örnek gösterilebilecek davranışlar arasında yer almaktadır (Beyazova ve Şahin, 2006). Bunun yanı sıra, bakım verenlerin çocuğun kendi kendine zarar verebileceği ortam ve meteryallerden korumak amacıyla gerekli ve yeterli önlemleri almamaları da fiziksel ihmal olarak nitelendirilmektedir (Zoroğlu ve diğerleri, 2001).

2.2.2 İstismar

Çocuk istismarı, genellikle çocuğun en yakın akrabaları tarafından tekrarlanabilir bir şekilde uygulanması nedeniyle çocukluk çağı travma türleri arasında tespit ve tedavi edilmesi en zor olanlardan biridir (Yüksel ve Saner, tarihsiz). Bu terim çocuğun yaşamını, sağlığını veya gelişimini tehlikeye sokan ve haklarını ihlal eden tüm davranışları kapsamaktadır (DSÖ, 1999). Türkiye’de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından yürütülen bir çalışmaya göre, çocuklar istismarın en çok sırasıyla evde, okulda ve sokakta

gerçekleştğini ifade ederken, istismarcıların ise sıra ile baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğu bildirilmiştir (Korkmazlar Oral, Engin ve Büyükyazıcı, 2010). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi tarafından, istismarcıların %77'sinin ebeveynler, %11'inin diğer akrabalar ve %5'inin bakıcı olmayan kişiler olduğu ifade edilmektedir (ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, 1993).

Çocukluk döneminde görülen istismarın fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üç türü vardır (Bernstein ve diğerleri, 1994):

a. Duygusal İstismar

Duygusal istismar çocukluk çağı travmalarının en yaygın türlerinden biridir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2018); ancak hukuken tanımlanması, tespit edilmesi ve kanıtlanması zor olan bir istismar türüdür (Uzun, 2018). Duygusal istismar, çocukların yaşına ve özelliklerine uygun olmayan beklentilere ve tehdit, reddetme, suçlama, aşağılama gibi davranışlara maruz bırakılması olarak tanımlanabilir (Beyazova ve Şahin, 2006). Amerikan Çocuk İstismarı Derneği'ne (1995) göre ise duygusal istismar; ebeveynlerin çocuğa kendisini değersiz, sevilmeyen, istenmeyen, yetersiz ya da sadece başkalarının ihtiyaçlarını karşıladığı zaman değerli hissedeceği şekilde davranmasıdır.

Yardım taleplerini reddetmek, görmezden gelmek ve kardeşler arasında ayrım yapmak (Uzun, 2018), gözdağı vermek, aşırı hoşgörü göstermek, suça yönlendirmek, eleştirmek, aile içi şiddete tanık etmek ve aile içi sorunlarda taraf olmaya zorlamak (Güner, Güner ve Şahan, 2010), aşırı otoriter tutumlar sergilemek (Oral ve diğerleri, 2001) duygusal istismara örnek davranışlar arasındadır.

UNICEF ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun (2010) birlikte yürüttüğü araştırmaya katılan çocukların en sık deneyimledikleri duygusal istismar biçimleri başkalarıyla karşılaştırma, bağırma, hakaret, tehdit, baskı, alay etme, aşağılama, suçlama, lakapla çağırma ve kendi fikrinin sorulmaması olarak bildirilmektedir (Korkmazlar Oral, Engin ve Büyükyazıcı, 2010).

b. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun hayatına, gelişimine, sağlığına ya da benlik saygısına zarar verebilecek veya zarar verme ihtimali olan fiziksel gücün çocuğa yönelik kasıtlı olarak kullanılmasıdır (DSÖ, 2006). Bu, bir yetişkinin öfkesini ifade etmek, cezalandırmak veya otorite kazanmak amacıyla çocuğun vücuduna zarar verecek şekilde şiddet kullanması olarak da tanımlanabilir (Güner, Güner ve Şahan, 2010). Bununla birlikte fiziksel istismar, kazadan kaynaklanmayan yaralanmaları içerir (Hancı, 2002; Polat, 2004). El veya bir cisimle vurma, sarsma, ısırma, yakma gibi davranışlar fiziksel istismara örnek davranışlardır ve çocuğa yönelik her türlü şiddet, iz bırakıp bırakmamasına bakılmaksızın, fiziksel istismar olarak nitelendirilmektedir (Hancı, 2002; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Benzer şekilde fiziksel istismar, vücutta oluşan yumuşak doku hasarları veya morarmalar, kemik kırıkları, iç organ hasarları ve zehirlenmeler şeklinde de kendini gösterebilir (Hancı, 2002).

UNICEF ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun (2010) yayınladığı rapora göre en sık görülen fiziksel istismar türleri kulak veya saç çekme, tokat atma ve bir cisim fırlatmadır (Korkmazlar Oral, Engin ve Büyükyazıcı, 2010). Evde çocuklara yönelik fiziksel istismarın büyük bir kısmı ceza amaçlı gerçekleşmektedir (DSÖ, 2006). WorldSAFE çalışmasına göre (aktaran Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi ve Lozano, 2002) çocukları sarsmak, ağzına acı biber sürmek gibi fiziksel cezalar orta şiddette değerlendirilirken, şiddetli vurmak, boğmak, yakmak gibi fiziksel cezalar ağır olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel istismar, çocukluk çağı travmaları arasında tespiti en kolay olanlardan biri olmasına rağmen, bazı kültürlerde bu ceza biçimlerinin çocuğun disiplini için gerekli olduğu düşünülmesi nedeniyle istismar olarak algılanmaması, tespit edilmesini zorlaştırmaktadır (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2018; Topbaş, 2004).

c. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, yetişkinlerin cinsel isteklerinin çocuklar üzerinden aldatma, tehdit ya da güç kullanılarak karşılanması olarak tanımlanmaktadır (Aktepe, 2009). DSÖ'ye (2006) göre cinsel istismar, çocuğun anlamakta güçlük çektiği, rıza göstermeye yetkin olmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı veya toplumsal tabu ve yasaları ihlal eden cinsel etkinliklere dahil edilmesi anlamına gelmektedir.

Bazı araştırmacılar, cinsel istismarı fiziksel olarak temas içeren ve içermeyen olmak üzere iki farklı kategoride değerlendirmektedir. Bir yetişkin tarafından, çocuk veya ergenin cinsel içerikli sözlü tacize, teşhirciliğe, röntgencilığe maruz bırakılması ya da cinsel bir ilişkiye tanık edilmesi, temassız cinsel istismar olarak ifade edilmektedir. Diğer yandan; bir yetişkinin çocuğa veya ergene cinsel haz amacıyla dokunması, pornografik içeriklere dahil etmesi, tecavüz etmesi ya da zorla fuhuşa sürüklemesi, temaslı cinsel istismar olarak tanımlanmıştır (Kaplan ve diğerleri, 1999).

Çocukluk dönemindeki cinsel istismar vakalarının genellikle çocuğun güvendiği ve yakın çevresinde bulunan kişiler tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmektedir. Bu nedenle, istismarcının fiziksel güç ve şiddeti nadiren kullandığı aksine çocuğun güvenini kazanarak istismarı gizlediği ifade edilmektedir. Ayrıca, istismar vakalarının üçte birinin aile içi istismar vakalarından oluşması nedeniyle istismarın kronikleşmesine zemin hazırladığı belirtilmektedir (DSÖ, 2006)

2.2.3 Aşırı koruma ve kontrol

Çocukluk çağı travma yaşantısı kapsamında, Şar ve arkadaşlarının (2021) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasına eklediği ve bu araştırmada incelenecek olan boyutlardan biri de aşırı koruma ve kontroldür. İstismar ve ihmale ek olarak, aşırı koruma ve kontrol tutumlarının da çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabileceği öne sürülmektedir (Betts, Gullone ve Allen, 2009; Machizawa-Summers, 2007; Şar ve diğerleri, 2021).

Aşırı koruma ve aşırı kontrol davranışları, bakım verenlerin, çocukların günlük aktivitelerine ve deneyimlerine aşırı dahil olduğu, çoğunlukla çocuğun güvenliğiyle ilgili aşırı kaygının neden olduğu davranışlar olarak tanımlanır (Şar ve diğerleri, 2021; Wood ve diğerleri, 2003). Aşırı koruma, çocuğun gelişimi göz ardı edilerek ebeveynler ya da bakım verenler tarafından aşırı korunması olarak açıklanmaktadır (Thomasgard, Metz, Edelbrock ve Shonkoff, 1995). Thomasgard ve Metz'in (1993) aktarımına göre, Levy (1931), aşırı koruyucu ebeveynin fiziksel ve sosyal olarak çocuktan ayrılmayı reddederek çocuğun bağımsızlaşmasına izin vermediğini ve kontrolcü bir tutum sergileyerek çocuğun uzun süre çocuksu kalmasına neden olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda, aşırı koruyucu ebeveyn davranışlarını dört kategoride açıklamıştır: (1) aşırı fiziksel ve sosyal

temas (aşırı sevecenlikle çocuğa fazla dokunma, geceleri beraber uyuma gibi davranışlar), (2) bebek bakımının uzatılması (gelişimsel olarak çocuğun yapması gereken davranışları onun için gerçekleştirme, yemek yedirme, oyuncaklarını toplama, üstünü değiştirme gibi), (3) bireysel bağımsızlık girişimlerine müdahale etme ve (4) aşırı ya da yetersiz kontrol (Thomasgard ve Metz, 1993).

Aşırı kontrol ise, çocuğun bireysel gelişimine izin verilmeyerek davranışlarının aşırı ölçüde denetlenmesini ifade eder (Schaefer, 1965). Bögers ve Brechman-Toussaint'a (2006) göre aşırı kontrol, çocuğun rutinlerinin düzenlenmesine aşırı müdahale, çocuğun karar verme sürecine müdahale edilmesi ve bağımsız olarak sorunlarını çözme isteğinin engellenmesi gibi davranışları içeren bir davranış modeli olarak tanımlanmıştır. Aşırı kontrol, çocuğun düşünce ve duygularını kontrol etmek veya sınırlandırmak amacıyla açık veya gizli yöntemlerle gerçekleştirilen müdahalelerle kendini gösterir. Kontrol edici davranışlar hem davranışsal hem de psikolojik yaklaşımla kullanılarak uygulanabilir, ancak her iki durumda da hedeflenen çocuğun düşünceleri ve duygularını kontrol etmektir (Barber ve Harmon, 2002; Parker ve diğerleri, 1979). Ebeveynlerin aşırı kontrol sağlamak amacıyla müdahaleci davranışlar sergileyip, suçluluk duygusu yaratmaya yönelik tutumlar benimsedikleri ve sevgi göstermemeyi tehdit unsuru olarak kullandıkları ifade edilmektedir. Çocukların özerk bir birey olmasına engel olmak, aşırı korumacı ve aşırı kontrolcü ailelerin ortak özelliği olarak ele alınmaktadır (Barber ve Harmon, 2002; Parker ve diğerleri, 1979). Bu durumun sonucunda çocuklarda tehdit algısının ve kaygının arttığı belirtilmektedir (Wood ve diğerleri, 2003).

2.3 Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Psikolojide, özellikle bilişsel gelişim alanında “şema” kavramı önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda şema, bireylerin gerçekliği veya deneyimlerini yorumlamak için kullandıkları, onlara çevrelerini anlama, algılama ve tepki verme konusunda yardımcı olan yapılandırılmış bir modeli ifade eder. Bu terim genellikle çocukluktaki bilişsel gelişimin çeşitli aşamalarına ilişkin şemaları kapsamlı bir şekilde tartışan Piaget'nin çalışmasıyla bağlantılıdır. Bilişsel psikolojide şema, bilginin yorumlanmasına ve problem çözme süreçlerine rehberlik eden soyut bir bilişsel yapı olarak ifade edilebilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Beck (1967), ise bilişsel terapi kapsamında şemaları tanımlamıştır. Beck'e (1967) göre şemalar, bireylerin uyarıcıları analiz etmelerini ve yorumlamalarını sağlayan bilişsel yapılardır. Erken dönem deneyimleri, bu şemaları şekillendirir ve kişinin tutum, duygu ve davranışlarını etkiler. Psikoterapiyle ilgili önemli bir açıklama, yaşamın erken dönemlerinde oluşturulan birçok şemanın gelişmeye devam ederek artık uygun olmasalar bile daha sonraki deneyimlere uygulanmaya devam etmesidir. Bu durum genellikle potansiyel yanlışlıklar veya çarpıtmalara rağmen kişinin kendisi ve dünya hakkında tutarlı bir algıyı sürdürme arzusu olarak tanımlanır. Bu kapsamlı tanımlamaya göre şemalar olumlu ya da olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz olabilir ve çocuklukta ya da yaşamın herhangi bir aşamasında oluşabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Şema terapi modelinin temelini oluşturan şemalarla ilgili literatürde önemli bir vurgu Beck (1967) tarafından yapılmaktadır. Bakım verenlerle olumsuz etkileşimin kişide uyumsuz şemalara yol açacağını, bunun da yaşamın ilerleyen dönemlerinde bilişsel çarpıtmalara, duygusal zorluklara ve psikolojik sorunlara neden olacağını belirtmektedir (Beck, 1967).

Young ve arkadaşları (Young, 1990; Young ve Klosko; 1994; Young, Klosko ve Weishaar, 2009), Beck'e (1967) ait olan bu orijinal şema çalışmasını genişleterek erken dönem uyumsuz şemaları tanımlar. Özellikle toksik çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan uyumsuz şemaların, psikopatoloji için temel oluşturabileceği öne sürülerek erken dönem uyumsuz şemaların kapsamlı tanımı şu şekildedir:

- Geniş, kapsamlı, yaygın tema ya da kalıplardır.
- Duygular, bilişler, anılar ve bedensel duyuları içerir.
- Bireyin kendisi ve diğerleriyle olan ilişkileri ile ilgilidir.
- Çocukluk döneminde başlar ve ergenlik döneminde gelişimini sürdürür.
- Kişinin deneyimleri ile birlikte detaylandırılır.
- Büyük ölçüde işlevsizdir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009; Young, Rafaeli ve Bernstein; 2013).

Bu geniş tanım çerçevesinde; erken dönem uyumsuz şemalar bireyin kendisi ya da başkalarıyla olan ilişkileri sonucu ortaya çıkan bilişler, duygular, bedensel duyular ve anılardan oluşan son derece istikrarlı ve kalıcı temalar ve kalıpları ifade eder. Bu yaygın tema ve kalıpların çocuklukta travmatik ve toksik deneyimler, özellikle de kişinin kendi ailesini ve birincil bakıcılarını içeren deneyimler aracılığıyla geliştiği ve yaşamı boyunca

tekrar ettiği vurgulanmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Şemalar tetiklendiğinde mevcut olayların ve deneyimlerin işleme ve algılanma şeklini bozarak (Blissett ve diğerleri, 2006) duygusal ve davranışsal tepkileri etkiler (Carr ve Francis, 2010).

2.3.1 Erken dönem uyumsuz şemaların temeli

a. Temel Duygusal İhtiyaçlar

Young ve meslektaşlarına (2009) göre, şemaların kökeninde bireyin yaşamının erken dönemlerinde karşılanmayan duygusal ihtiyaçlar yer almaktadır. Duygusal olarak sağlıklı birey, bu ihtiyaçları yine sağlıklı yöntemlerle karşılayabilir. Ancak, bazı çocukların doğuştan gelen mizacı ve içinde bulundukları ilk sosyal çevrelerinin yapısı bu gereksinimlerin karşılanmasını engelleyebilir. Bu durumda karşılanmayan ihtiyaçlar erken dönemde oluşan uyumsuz şemaların ve bu şemaların sürdürülmesine neden olan aşırı telafi çabasının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu temel duygusal ihtiyaçlar aşağıda sıralanmıştır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009):

Güvenli Bağlanma: Çocuğun, anne-babasıyla veya bakım verenleriyle sağlıklı ve güven temelli bir duygusal bağ geliştirebilmesi, psikososyal gelişimi açısından önemli bir faktördür. Bu tür bir bağlanma, çocuğun kendi dünyasında güvende olduğu ve korunduğu yönünde bir duygu oluşmasını sağlar.

Özerklik, Yeterlilik ve Olumlu Kimlik Algısı: Çocuğun, kendi kararlarını alabilme ve eylemlerini bağımsız bir şekilde yönlendirebilme becerisine sahip olması gereklidir. Bu durum, çocukta bağımsızlık ve yeterlilik algısının gelişmesine zemin hazırlar.

Duygu ve İhtiyaçları İfade Etmedeki Özgürlük: Çocuğun düşünce, duygu ve ihtiyaçlarını özgürce ifade edebilmesi, duygusal sağlığını destekleyen önemli bir unsurdur.

Kendiliğindenlik: Çocuğun kendi kimliğini oluşturma sürecinde, bireyselliğini ifade edebilmesi, eğilimlerini keşfetmesi ve özgün bir şekilde gelişmesi büyük bir öneme sahiptir.

Gerçekçi Sınırlar ve Özdenetim: Çocuk, hayatındaki sınırları öğrenmeli, fakat bu sınırlar, çocuğun özgürlüğünü sınırlandırmak yerine güvenli bir yapı sunmalıdır. Bunun yanı sıra, çocuğun kendi davranışlarını düzenlemeyi öğrenmesi önemlidir.

Her bireyin yukarıda sıralanan ihtiyaçları olduğuna inanılmaktadır. Psikolojik olarak sağlıklı bireylerin temel duygusal ihtiyaçları uyumlu bir şekilde karşılanmıştır. Eğer bu temel ihtiyaçlar karşılanmazsa, bireyin erken yaşlarda uyumsuz şemalar geliştirmesi söz konusu olabilir. Bu şemalar, yetişkinlik döneminde kişiler arası ilişkilerde, duygusal tepkilerde ve davranışlarda problemlere yol açabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

b. Erken Yaşam Deneyimleri

Erken dönem uyumsuz şemalar, kişinin çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz deneyimlerin sonucunda ve ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması durumunda ortaya çıkar. Bir çocuğun temel gereksinimleri en çok çekirdek ailede karşılanır. Dolayısıyla, aile içindeki problemler genellikle erken dönemde gelişen uyumsuz şemaların temel kaynağıdır. Bireyin özüne en yakın olan ve erken dönemde oluşan şemalar, genellikle aile içi dinamiklerin bir sonucudur. Çocukluk döneminde ailesiyle yaşadığı deneyimler, çocuğun erken dönem dünyasının büyük bir kısmını oluşturur. Yetişkin bireyler, çocukluklarından kalan uyumsuz şemalarını tetikleyen olaylarla karşılaştıklarında, genellikle çocukluklarında yaşadıkları ebeveyn ilişkilerini anımsar ve bu durum aynı dramatik etkiyi yaratır (Young, Rafaeli, Bernstein, 2013).

Şemaların oluşumuna neden olabilen dört farklı erken yaşam deneyimi tanımlamaktadır:

Çocuğun İhtiyaçlarının Engellenmesi: Çocuğun “yeterince iyi” şeyler deneyimlemediği durumlarda ortaya çıkar ve çevresindeki eksiklikleri yansıtan şemalar (duygusal yoksunluk, terkedilme vb.) geliştirmesine neden olur. Çocuğun, sevgi, istikrar, anlayış gibi bazı duygusal ihtiyaçları yeterince karşılanmamaktadır (Young, Klosko, Weishaar, 2009; Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013).

Travmatizasyon ya da Mağdur Olma: Çocuğun zarar gördüğü veya mağdur edildiği durumlar söz konusudur. Çocuğun temel güvenlik ihtiyacı karşılanmamış; aksine bu ihtiyaç, ciddi bir şekilde engellenmiştir. Bu durum, genellikle güvensizlik, kaygı, aşırı tedbir ve umutsuzluk gibi olumsuz duygularla ilişkili şemaların (güvensizlik/suistimal

edilme, hastalıklar/zarar görmeye karşı dayanıksızlık vb.) oluşmasına yol açar (Young, Klosko, Weishaar, 2009; Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013).

Çocuğun Çok Fazla “İyi Şey” Deneyimlemesi: Bu durum, ebeveynlerin çocuğa ölçülü bir şekilde değil, aşırı derecede iyi şeyler sağlamasıyla ilgilidir. Bu tür şemalarda çocuk kötü muameleye maruz kalmaz, aksine aşırı derecede şımartılır veya el üstünde tutulur. Çocuğun özerklik ve gerçekçi sınırlar gibi önemli duygusal gereksinimleri yeterince karşılanmaz. Bu nedenle, ebeveynler çocuğun hayatına aşırı müdahalede bulunabilir, çocuğu aşırı derecede koruyabilir -bağımlılık/yetersizlik şeması gelişebilir- veya ona çok fazla özgürlük tanıyarak hiçbir sınırlama getirmeyebilir- hak görme/büyükleme şeması gelişebilir. (Young, Klosko, Weishaar, 2009; Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013).

Önemli Kişilerle Özdeşleşme ya da Seçici İçselleştirme: Çocuk, kendisi için önemli bir yetişkinin, genellikle bir ebeveyn ya da bakım verenin düşüncelerini, duygularını, deneyimlerini ve davranışlarını seçici olarak içselleştirir ve kendisiyle özdeşleştirir. Başka bir deyişle, ebeveynlerin veya diğer yetişkinlerin, çocuğa dünyayı nasıl algıladıklarını ve dünyada nasıl davrandıklarını modellemesidir. Eğer bu süreç, çocuğun çekirdek duygusal ihtiyaçlarını yeterli bir şekilde karşılayamazsa, bu içselleştirmeler ve özdeşleşmeler bazı durumlarda şemalara dönüşebilir. Örneğin, aşırı derecede endişeli ve her şeyden tedirgin olan bir anne tarafından büyütülen bir kız çocuğu, doğrudan bir eksiklik, travma veya aşırı hoşgörü yaşamasına gerek kalmadan, dünyanın tehlikeli ve yönetilemez bir yer olduğu inancını geliştirebilir. Bu durumda, çocuğa güvenli bir temel sağlanmaz; çünkü anne-baba-çocuk ilişkisinin zayıf olmasından ziyade, ebeveynin kendisinin güvensiz hissetmesi, çocuğun güvenli bir ortamda yetişmesini engeller (Young, Klosko, Weishaar, 2009; Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013).

c. Duygusal Mizaç

Şemaların oluşumunda, çocuğun erken yaşam döneminde içinde bulunduğu çevrenin yanı sıra, duygusal mizacı da önemli bir etkiye sahiptir. Her çocuğun doğuştan gelen benzersiz bir mizacı vardır; kimisi sinirli, kimisi utangaç, kimisi saldırgandır (Young, Klosko, Weishaar, 2009). Örneğin, Kagan ve arkadaşları (1988), bebeklik döneminde var olan mizaç özellikleri üzerine yaptıkları çalışmalarda, bu özelliklerin zaman içinde değişmediğini ve sabit kaldığını keşfetmişlerdir.

Erken dönem uyumsuz şemalar, çocuğun doğuştan gelen mizacı ile erken dönem çevresi arasındaki etkileşimin memnuniyet yerine hayal kırıklığı yaratması durumunda gelişir (Young, 1990; Young, Klosko, Weishaar, 2009). Duygusal mizaç, çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerle etkileşime girerek şemaların oluşumunda önemli bir rol oynar. Farklı mizaca sahip çocuklar, farklı yaşam deneyimlerine maruz kalabilir ve bu durum, şemaların gelişimini etkileyebilir (Young, Klosko, Weishaar, 2009).

Young ve arkadaşları (2009), fazla olumlu veya olumsuz erken çevrenin duygusal mizacı büyük ölçüde etkileyebileceğini ifade etmektedir. Güvenli ve sevgi dolu bir ev, utangaç bir çocuğun dost canlısı olmasını sağlarken, reddedici bir çevre sosyal bir çocuğun içine kapanmasına yol açabilir. Ayrıca, aşırı duygusal mizaç, sıradan bir çevrede bile psikolojik sorunlara neden olabilir (Young, Klosko, Weishaar, 2009).

2.3.2 Şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalar

Young'ın (1990) geliştirdiği şema modelinde karşılanmayan duygusal ihtiyaçlardan kaynaklanan beş ana şema alanı kategorisi yer almaktadır. Bu beş şema alanında on sekiz şema boyutu bulunur; bu şema alanları ve boyutları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar (Young, Klosko ve Weishaar, 2009)

Şema Alanları	Şema Boyutları
Ayrılma ve Reddedilme	Terkedilme/İstikrarsızlık Güvensizlik/Suistimal Edilme Duygusal Yoksunluk Kusurluluk/Utanç Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma
Zedelenmiş Otonomi ve Performans	Bağımlılık / Yetersizlik Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık İç içe Geçme / Gelişmemiş Benlik Başarısızlık
Zedelenmiş Sınırlar	Hak Görme/Büyükleme/Büyükleme Yetersiz Öz-Denetim
Diğeri Yönelimsizlik	Boyun Eğme Kendini Feda Onay Arama
Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık	Karamsarlık Duyguları Bastırma Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştirelilik Cezalandırma

Erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen Young Şema Ölçeğinin orijinal uzun versiyonu Young (1990) tarafından, Young Şema Ölçeği Kısa Formunun üçüncü versiyonu (YŞÖ-KF3) Young, Klosko ve Weishaar (2009) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal YŞÖ-KF3’de beş şema alanı ve on sekiz şema boyutu bulunurken, Türkçe uyarlamasında Türk kültürüne uygunluğu nedeniyle beş şema alanı ve on dört şema boyutu bulunmaktadır (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır 2009). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında yer alan beş şema alanı ve on dört şema Tablo.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. YŞÖ-KF3'ün Türkçe Uyarlamasında Yer Alan Şema Alanları ve Şemalar
(Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009)

Şema Alanları	Şemalar
Ayrılma ve Reddedilme	Duygusal Yoksunluk Duyguları Bastırma Kusurluluk / Utanç Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma
Zedelenmiş Otonomi ve Performans	İç içe Geçme / Bağımlılık Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık Karamsarlık Terkedilme/İstikrarsızlık Başarısızlık
Zedelenmiş Sınırlar	Hak Görme / Yetersiz Öz-Kontrol
Diğeri	Kendini Feda
Yönelimlilik	Cezalandırıcılık
Yüksek Standartlar	Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştirelilik Onay Arama

Mevcut çalışma kapsamında zedelenmiş otonomi ve performans şema alanındaki iç içe geçme/bağımlılık, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık, karamsarlık, terkedilme/istikrarsızlık ve başarısızlık şemaları ile diğeri yönelimlilik şema alanındaki kendini feda ve cezalandırma şemalarının aracı rollerini incelemek amacıyla YŞÖ-KF3'ün Türkçe uyarlaması kullanılacaktır. Bu nedenle, aşağıdaki bölümde bu şemalar açıklanmaktadır.

a. Zedelenmiş Otonomi ve Performans Şema Alanı

Özerklik, kişinin ailesinden bağımsızlaşarak, kendi yaşlılarıyla karşılaştırılabilir bir düzeyde kendi başına hareket edebilme ve işlerini yönetebilme kapasitesidir (Young, Klosko, Weishaar, 2009). Zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının varlığı, bireylerin özerk hareket edemeyeceklerine ve aileden ayrı kalamayacaklarına dair inançlara neden olur. Kimlik oluşturma ve tatmin edici bir yaşam kurma süreci bu şemaya sahip olanlar için zorlu bir süreç olabilir. Bu alandaki şemalara sahip kişilerin dünyaya

dair beklentileri, kendilerini ebeveyn figürlerinden ayırma ve özerklik gösterme istekleriyle çatışmaktadır. Bu şemalara sahip kişiler, aşırı korumacı ve her şeyi onlar adına halletme eğiliminde olan ailelerden gelmiş olabileceği gibi, tam tersi ihmal edilmekten kaynaklanan sorunlar da yaşamış olabilirler. Anne-babanın bu tutumu çocuğun yetkin davranışlarını güçlendirme becerisini sınırlar ve kendine olan güvenini azaltır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Çoğu zaman ebeveynler, çocuklarının özgüvenlerini zayıflatarak, onlara ev dışında başarılı olabilmeleri için gereken desteği sağlayamamışlardır. Bu durumun bir sonucu olarak, bu kişiler kendi kimliklerini oluşturmakta ve kendilerine ait bir yaşam inşa etmekte zorluk yaşarlar. Kendi kişisel hedeflerini belirleyemezler ve gerekli becerileri edinemezler. Yeterlilik açısından değerlendirildiğinde, bu bireyler yetişkin yaşamlarının büyük bir bölümünü çocuk gibi yaşarlar (Young, Klosko, Weishaar, 2009). Aşağıda bu alanda yer alan şemalar açıklanmaktadır.

YŞÖ-KF3'ün Türkçe uyarlamasında bazı şema boyutlarının tek bir yapı altında toplanması nedeniyle bu boyutlar birleştirilmiştir. Bu kapsamda bağımlılık/yetersizlik ve iç içe geçme/gelişmemiş benlik şemaları birleştirilmiştir (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009). Ancak bu şemalar aşağıda ayrı başlıklar halinde açıklanmaktadır.

Bağımlılık / yetersizlik şeması, bireyin günlük sorumluluklarını başkalarının desteği olmadan etkili bir şekilde yerine getiremeyeceği inancını içerir. Aşırı durumlarda daha yaygın bir çaresizlik duygusu hakimdir. Örneğin; finansal yönetim, pratik problemleri çözme, sağduyulu olma, yeni sorumluluklar alma veya doğru kararlar verme konularında yetersiz olduklarını düşünürler. Daha hafif durumlarda ise, bu çaresizlik duygusu mesleki seçim ya da partner seçimi gibi belirli koşul ve durumlarla sınırlı olabilir (Young ve Klosko, 1994; Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

İç içe geçme / gelişmemiş benlik şeması, bireyin özerkleşmesini veya sağlıklı sosyal gelişimini riske atacak şekilde önemli kişilerle yoğun duygusal bağ ve aşırı yakınlık kurma eğilimiyle tanımlanır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Bu şema boyutunda yüksek puan alan bireyler, mutluluğa ulaşmak ve hayatta kalmak için başkalarının desteğine ihtiyaç duyduklarına inanırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Bu bireyler kendi kimlik duygusundan yoksun olabilirler. Bu şema, sıklıkla boşluk, kararsızlık,

yönsüzlük ya da aşırı durumlarda kişinin varoluşunu sorgulama gibi duygularla yaşanır (Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013).

Hastalığa ve zarara karşı savunmasızlık şeması, yakın bir gelecekte felaket olacağı korkusu, kişinin kendini bundan koruyamayacağına dair inanç ve durumu değiştirme konusunda çaresizlik duygusuyla karakterize edilir. Bu korkular, fiziksel, duygusal veya çevresel felaketlere yönelik olabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Karamsarlık şemasına sahip bireyler, yaşamın negatif yönlerine sürekli ve yoğun bir şekilde odaklanırlar. Bu kişiler, olumlu veya iyimser yönleri göz ardı eder ve bunları küçümserler. Genellikle, iş, mali veya kişiler arası durumlarda eninde sonunda ciddi sorunların ortaya çıkacağına ya da kişinin hayatında iyi giden yönlerin sonunda bozulacağına dair abartılı bir beklenti taşırlar. Bu durum, mali zorluk, kayıp, aşağılanma veya kötü bir duruma düşme korkusuyla birleşir. Potansiyel olumsuz sonuçlar abartıldığı için, bu şemaya sahip kişiler sıklıkla kronik endişe, aşırı dikkat, şikayet etme veya kararsızlık gösterirler. (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Başarısızlık şeması, bireylerin akranlarıyla karşılaştırıldığında eğitim, mesleki kariyer, spor gibi çeşitli alanlarda başarıya ulaşmada kaçınılmaz olarak başarısızlık yaşayacakları veya temelde yetersiz oldukları inancını ifade etmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Terkedilme/istikrarsızlık şemasına sahip kişilerin aile kökenleri genellikle istikrarsızdır. Bu nedenle ilişkilerinde istikrarsızlık algırlar ve sevdikleri kişinin kısa sürede ölebileceği ve onu kendilerinden daha iyileri için terk edebileceği için sevgi, güvenlik ve destek ihtiyaçlarının karşılanamayacağına inanırlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

b. Diğer Yönelimlilik Şema Alanı

Bu şema alanına ait özellikler gösteren bireylerin aile kökenleri, çocuklarını koşullu olarak kabul eder ve onlara ilgi, şefkat ve onay vermek için çocukların bazı özelliklerini bastırmalarını bekler. Üstelik bu kişilerin ailelerinde, kendi duygularından çok ebeveynlerinin duyguları önemlidir. Dolayısıyla bu alandaki şemalara sahip kişiler, onay ve sevgiye ulaşmak amacıyla kendilerinin değil başkalarının ihtiyaç ve duygularını ön

planda tutarlar. (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Aşağıda bu alanda yer alan şemalar açıklanmaktadır.

Kendini feda şemasına sahip bireyler, başkalarının ihtiyaçlarına son derece duyarlıdır ve genellikle bu ihtiyaçları kendi ihtiyaçlarından daha üstün tutarlar. Bu durumu, desteklerine ihtiyaçları olduğunu düşündükleri kişilerle duygusal bağlantı kurmak, başkalarının acı çekmesini engellemek, daha iyi bir benlik algısı oluşturmak veya suçluluk duygusundan kaçınmak amacıyla yapabilirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Cezalandırma şemasına sahip bireyler, hata yapan kişilerin, kendileri de dahil olmak üzere, sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine dair güçlü bir inanç taşırlar. Bu inanç, beklentilerini veya standartlarını karşılamayan kişilere karşı öfke, hoşgörüsüzlük, cezalandırma ve sabırsızlık ile karakterizedir. Genellikle hafifletici koşulları göz ardı etme, insani kusurları kabul etmeme veya duygusal empati kurmada isteksizlik nedeniyle, kişi kendisinin ve başkalarının hatalarını affetmekte zorlanır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

2.4 Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

2.4.1 Çocukluk çağı travma yaşantısı ve yaygın anksiyete bozukluğu

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin uzun vadeli etkilerinin güçlü olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır. Araştırmalar, çocukluk dönemi travma geçmişinin ilerleyen yaşlarda psikopatoloji için bir risk faktörü oluşturduğunu göstermektedir (Draijer ve Langeland, 1999). Çocukluk çağı travma deneyimi, yetişkinlik döneminde kaygı, duygu durum ve yeme bozuklukları ile birlikte alkol ve madde bağımlılığı gibi çeşitli sorunların gelişimiyle ilişkilendirilmektedir (Schäfer ve Fisher, 2011).

Çocukluk dönemi travma geçmişi olan bireylerin psikolojik ve davranışsal zorluklarla, özellikle kaygı ile karşılaşma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Cantón-Cortés, Cortés ve Cantón, 2019; Huh ve diğerleri, 2017). Erken dönemdeki travma geçmişinin, strese karşı kötü bir uyum biçimi olan kaygıyı oluşturduğu ifade edilmektedir (Heim ve Nemeroff, 2001). Pek çok araştırma travma geçmişi ile kaygı arasındaki pozitif

ilişkiyi desteklemektedir (Gibb, Butler ve Beck, 2003; Gibb, Chelminski ve Zimmerman, 2007; Hovens ve diğerleri, 2009; Kisely ve diğerleri, 2018; MacMillan ve diğerleri, 2001). Genetik faktörlerin psikososyal etkilerle birleşerek kaygının oluşumunu etkilediği bilinmektedir ve bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının, kaygının gelişiminde psikososyal ve çevresel bir risk faktörü olarak önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Kascakova ve diğerleri, 2020).

Araştırmalar çocukluk çağı travma yaşantıları ile YAB semptomları arasındaki ilişkiyi de ortaya koymaktadır (Hayward ve diğerleri, 2020). YAB tanılı bireyler çocukluklarında, YAB tanısı almayanlara göre sıklıkla daha fazla sıkıntı ve travmatik olay yaşadıklarını bildirmektedirler. Çocukluk döneminde aile içinde karşılaşılan güvensiz ortam, kötü muamele, şiddet, ebeveynlerin ilgisizliği, her türlü ihmal, istismar, fiziksel ve cinsel taciz ile aile içi anlaşmazlık veya boşanma, YAB'nin gelişme riskiyle ilişkilendirilmiştir (Borkovec, Alcaine ve Behar 2004; Fisher, 2007; Gonçalves ve Byrne, 2012; Green ve diğerleri, 2010; Hudson ve Rapee, 2005; Kessler ve diğerleri, 2008; Mickelson, Kessler ve Shaver, 1997; Moffitt ve diğerleri, 2007; Oltmanns ve Emery, 2012; Rapee, 2001; Rapee ve Szollos, 2002; Roemer ve diğerleri, 1997). Önceki çalışmalar, fiziksel istismar (Cogle ve diğerleri, 2010), duygusal istismar (McLaughlin ve diğerleri, 2008), kardeş zorbalığı (Bowes ve diğerleri, 2014) gibi çocukluk döneminde yaşanan kötü muamele biçimlerinin, çocuklar ve gençlerde YAB semptomlarının gelişimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çocukluk çağı travma deneyimi ile YAB olan ilişkisini inceleyen çalışmalar, özellikle cinsel istismarın YAB riskini artırdığını göstermektedir. Örneğin, Ehrensaft ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, çocuklukta yaşanan cinsel istismarın YAB ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu, ancak fiziksel istismarla böyle bir ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde, Cogle ve arkadaşlarının (2010) araştırması, cinsel istismarın YAB ile güçlü bir korelasyon gösterdiğini, fiziksel istismarın ise cinsel istismarın etkisi kontrol edildiğinde anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya koymuştur.

Orta yaşlı yetişkinler ile gerçekleştirilen Win ve arkadaşlarının (2021) boylamsal çalışması da çocukluk travmalarının YAB belirti şiddetinde artışla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalar, çocuklukta yaşanan

olumsuz deneyimlerin YAB belirtileriyle anlamlı bir ilişki içinde olduğunu desteklemektedir (Davies, Read ve Shevlin, 2022; Gunduz ve diğerleri, 2019). Soenke ve arkadaşları (2010) ise, özellikle duygusal istismarın YAB semptomları ile daha yüksek düzeyde korelasyon gösterdiğini rapor etmişlerdir. Son olarak, Spinhoven ve arkadaşları (2010), fiziksel ve cinsel istismarla birlikte duygusal ihmalin de YAB ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğunu, ancak diğer olumsuz yaşam olayları ve eş tanılarının etkisi kontrol edildiğinde bu ilişkilerin anlamını yitirdiği bildirmiştir.

Çocukluk dönemi travma yaşantısı ve YAB arasındaki ilişkiyi destekleyen nörolojik kanıtlar da bulunmaktadır. Çocukların sürekli ve sık kötü muameleye maruz kalmasının hipotalamus-hipofiz-adrenal aks işleyişini kesintiye uğratması ile beyinde nörobiyokimyasal değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir (Juruena ve diğerleri, 2021). Bu değişiklikler, beyin subkortikal bölgesindeki talamik gri madde hacimlerinde YAB semptomlarının gelişmesine neden olabilecek bir artışı içermektedir (Liao ve diğerleri, 2013).

Araştırmalar, ihmal de dahil olmak üzere ebeveynden çocuğa yönelik her türlü kötü muameleye bağlı travmatik çocukluk deneyiminin, YAB için en çok bildirilen risk faktörlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır (Safren ve diğerleri, 2002). Çocukluk döneminde, ebeveynin neden olduğu kötü muameleye maruz kalmanın, yetişkinlik döneminde YAB semptomları için %30-40 risk oluşturduğu bildirilmektedir (Dannlowski ve diğerleri, 2012).

Yukarıda ifade edilenlerin yanı sıra bakım verenden çocuğa yönelik aşırı kontrol ve korumanın kaygı ile ilişkisine dair yapılan çalışmalar da önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Özellikle ebeveynlerin aşırı koruması ve kontrolü, çocuğun gelişim süreci boyunca artan kaygı belirtileriyle ilişkilendirilen ebeveynlik davranışlarıdır (Borkovec, Shadick ve Hopkins, 1991; Craske ve Waters, 2005; Hudson ve Rapee, 2005). Ebeveynin aşırı koruması, potansiyel tehlikelerden korumak amacıyla çocuklarına gereğinden fazla yardım ve destek sağlaması durumunda ortaya çıkar (Hudson ve Rapee, 2001). Zor ve stresli durumlarla karşılaştıklarında, aşırı koruma tutumu sergileyen ebeveynler, çocuklarını genellikle bu durumla başa çıkabilmeleri için serbest bırakmazlar. Bu durum çocukların mücadele etme yeteneklerini sınırlayarak kaygı oluşumuna katkıda bulunur

(Hudson ve Rapee, 2001). Ebeveynlerin zorlayıcı durumlarda kontrolü ellerine alması, çocuklara sürekli olarak tehlikelerden korunmaları gerektiği ve dünyanın güvensiz bir yer olduğu düşüncesini aşılayabilir (Borkovec, Shadick ve Hopkins, 1991; Craske ve Waters, 2005; Dadds ve diğerleri, 1996; Hudson ve Rapee, 2005; LaFrenière ve Dumas, 1992; Rapee, 2001; 2012). Çocuk, dünyanın korunmaya ihtiyaç duyulan, tehlikeli bir yer olduğunu öğrendiğinde, aşırı koruma ve kontrolün çocuğun tehdit algısını artıracak varsayılır. Bu durum, çevreleri üzerinde algılanan kontrol ve hakimiyet duygusunu azaltır, etkili başa çıkma becerilerinin gelişimini engeller ve sonuç olarak yeterlilik inançlarının azalmasına ve kaygının artmasına neden olabilir (Hudson ve Rapee, 2001; Rapee, 2001).

2.4.2 Çocukluk çağı travma yaşantısı ve erken dönem uyumsuz şemalar

Çocukluk döneminde karşılaşılan kötü muamele, hem kişisel kimlikle ilgili olumsuz şemaları hem de diğer insanlarla ilişkili olumsuz şemaları ortaya çıkarabilir. Kötü muameleye maruz kaldıklarında, çocuklar genellikle yaşadıkları deneyimi anlamlandırma çabasıyla bakıcılarının davranışlarının sorumluluğunu üstlenirler (Babcock ve DePrince, 2012). Bu durum, çocukların öz eleştirel düşünceleri içselleştirmelerine (örneğin, "ben sevilmeyen biriyim") ve böylece benliğin uyumsuz çalışma modelinin temelini oluşmasına neden olabilir (Wright ve diğerleri, 2009). Sachs-Ericsson ve meslektaşları (2006), kötü muamele mağdurlarının bakıcılarından kendi değerlerine ilişkin olumsuz mesajlar aldıklarını, bunun da benlik hakkında olumsuz şemaların yaratılmasına ve sürdürülmesine yol açtığını öne sürmektedir. Başka bir seçenek olarak travmatik deneyimlere maruz kalan çocuklar, bakıcılarının bu ihanetiyle onları suçlayarak başa çıkabilirler (McCarthy ve Lumley, 2012; Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Bu durum, uyumsuz diğer şemalarına neden olabilir (örneğin, "herkesin kötü niyeti vardır" veya "herkes beni incitmeye meyillidir") (Rezaei, Ghazanfari ve Rezaei 2016; Wright, Crawford ve Del Castillo, 2009; Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Steinberg ve meslektaşları (2003) olumsuz benlik şemalarının gelişiminin, kötü muamele mağdurlarının, duygusal istismara tepki olarak duygusal reddedilmeye karşı aşırı tetikte olmaları, dolayısıyla gelecekteki olumsuz deneyimlerle ilgili beklentilerini sürdürmeleri ve olumsuz temel inançları güçlendirmeleri sonucunda ortaya çıktığını varsaymaktadır.

Young ve meslektaşlarına (2009) göre, çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimler, erken dönem uyumsuz şemaların gelişimine yol açmaktadır. Araştırmalar, çocukluk çağı travma yaşantısının erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisini ortaya koymaktadır (Cecero, Nelson ve Gillie, 2004; Lumley ve Harkness, 2007; Narimani, Aghdam ve Abolghasemi, 2012; Tezel, Kışlak ve Boysan, 2015; Yiğit ve Erden, 2015). Bu tür çalışmalar kapsamında, duygusal istismar ve ihmal ile zedelenmiş otonomi ve performans, ayrılma ve reddedilme, aşırı tetikte olma ve bastırılma şema alanları; fiziksel istismar ve ihmal ile diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar şema alanları arasında yüksek korelasyon bulunmuştur (Tezel, Kışlak ve Boysan, 2015). Narimani ve arkadaşları (2012) çalışmalarında duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmalin, şema alanlarının varyansının önemli bir kısmını açıkladığını bulmuştur. Lumley ve Harkness'in (2007) gerçekleştirdikleri araştırmasında ise, cinsel ve fiziksel istismarın hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık ve güvensizlik/kötüye kullanılma şemalarının gelişmesine, ihmalin ise duygusal yoksunluk ve sosyal izolasyon şemalarının oluşmasına neden olabileceği bildirilmiştir. Cecero ve arkadaşlarının (2004) gerçekleştirdikleri çalışmada, duygusal ihmal ve istismar ile duygusal yoksunluk ve kusurluluk/utanç şemalarının ilişkili olduğu bulunmuştur. Yiğit ve Erden (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, çocukluk çağı istismar yaşantısının genel psikolojik sağlık ile ilişkisinde erken dönem uyumsuz şemaların aracılık rolü incelenmiştir. Bu çalışmada, çocukluk çağı istismar yaşantısının tüm türlerinin genel psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu; ayrıca ayrılma ve reddedilme ile zedelenmiş otonomi ve performans şema alanlarının bu ilişkide tam aracılık etkisi olduğu rapor edilmiştir. Literatürde yer alan bu çalışmalar Young ve meslektaşlarının (1990, 2009) erken dönem çocukluk yaşantısına atfettiği önemi destekler niteliktedir.

2.4.3 Erken dönem uyumsuz şemalar ve yaygın anksiyete bozukluğu

Young ve arkadaşları tarafından (2013), kaygı bozukluklarının altında yatan etkenler arasında, erken dönem uyumsuz şemalar ve bu şemaların sürdürülmesine neden olan baş etme stillerinin yer alabileceği belirtilmiş olsa da, literatürde YAB ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar sınırlıdır. Örneğin, madde bağımlılığı tedavisi alan bir grup ile gerçekleştirilen araştırmada, majör depresyon ve YAB belirtileri ile şemalar arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada, zedelenmiş

otonomi ve performans alanının, YAB semptomları ile yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği rapor edilmiştir (Shorey ve diğerleri, 2015). Erken dönem uyumsuz şemaların YAB ve kişilik boyutları ile ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir başka çalışma, YAB tanılı grup ve kontrol grubundan oluşan 200 kişilik örneklem ile yürütülmüştür. YAB tanılı bireylerin, duygusal ketlenme ve yüksek standartlar şemaları hariç olmak üzere diğer şemalarda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Ancak YAB semptomlarının, özellikle cezalandırma, onay arama, karamsarlık, terkedilme/istikrarsızlık ve duygusal yoksunluk şemalarıyla daha yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği bildirilmektedir (Popa ve diğerleri, 2017). YAB semptomları ve erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinin incelendiği bir diğer çalışmada, diğeri yönelimlilik şema alanının YAB belirtileriyle ilişkili olabileceği bulunmuştur. Özellikle kendini feda şemasının bireylerin kişiler arası problemlerini etkileyerek YAB semptomları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Koerner, Tallon ve Kusec, 2015).

Ulusal alanyazında erken dönem uyumsuz şemalar ve YAB kapsamında gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmıştır. Araştırmada, DSM-5 YAB (APB, 2013) kriterlerini karşılayan bir danışanın şema terapi süreci aktarılmıştır. Bu çalışmada, karamsarlık, cezalandırma, duygusal ketleme, boyun eğme ve hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemalarının belirgin derecede yüksek olduğu ve şema terapiyle bu şemalarda azalma gözlemlendiği belirtilmektedir (Karaca ve Ateş, 2019).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu tez çalışmasında çocukluk çağı ruhsal travma deneyimleri ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide, zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanlarında yer alan şemaların aracı etkisi, Hayes (2013) aracılık analizleri ile araştırılmıştır. Ayrıca, değişkenler arasındaki ilişkiler, ilişkisel tarama modeli kullanılarak incelenmiştir. İlişkisel tarama modeli, geçmişte veya mevcut durumda var olan olguların özelliklerini anlamak amacıyla değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen bir araştırma modelidir. Bu model, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek için kullanılır (Creswell ve Creswell, 2017; Karasar, 2023). Aracılık analizleri kapsamında ise, bağımsız değişken çocukluk çağı travma yaşantısı ile bağımlı değişken yaygın anksiyete semptomları arasında aracı rolünün araştırıldığı değişkenler zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik alanlarında yer alan şemalardır. Depresif semptomlar da kontrol değişkenidir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini, 18-67 yaş arası ($Ort. = 46.7$, $SS = 12.7$) 565 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin 327'si (%57.9) kadın, 238'i (%42.1) erkektir. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, 311'i (%55) evli, 212'si (%37.5) bekar, 25'i (%4.4) boşanmış, 5'i (%0.9) eşini kaybetmiş ve 12'si (%2.1) birlikte yaşadığını beyan etmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, 265'i (%46.9) lisans mezunu, 167'si (%29.6) lise mezunu, 65'i (%11.5) lisansüstü eğitim aldığını, 50'si (%8.8) ön lisans, 8'i (%1.4) ortaokul ve 10'u (%1.8) ilkokul mezunu olduklarını bildirmiştir. Katılımcıların 210'u (%37.2) annelerinin ilkokul mezunu olduğunu, 6'sı (%1.1) ise annelerinin lisansüstü eğitim aldığını belirtmiştir. 182 katılımcı (%32.2) babalarının ilkokul mezunu olduğunu, 10'u (%1.8) ise babalarının lisansüstü eğitim aldığını ifade etmiştir.

Katılımcıların 354'ü (%62.7) anne ve babalarının evliliklerinin devam ettiğini, 6'sı (%1.1) ise anne babalarının ayrı yaşadıklarını bildirmiştir. Katılımcıların 204'ü (%36.1)

iki kardeş olduklarını, 149'u (%26.4) üç kardeş olduklarını, 35'i (%6.2) ise tek çocuk olduğunu belirtmiştir. Ayrıca 230 katılımcı (%40.7) ilk çocuk olduklarını, 41'i (%7.3) ise doğum sıralamasında beşinci veya daha sonraki sırada yer aldıklarını bildirmiştir.

Son olarak, katılımcıların 333'ü (%58.9) gelir düzeylerini orta, 20'si (%3.5) ise düşük olarak ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Kadın (n = 327)		Erkek (n = 238)		Toplam (n = 565)	
Değişkenler	n	%	n	%	n	%
Medeni Hal						
Evli	152	46.5	159	66.8	311	55.0
Bekar	141	43.1	71	29.8	212	37.5
Boşanmış	21	6.4	4	1.7	25	4.4
Dul	4	1.2	1	0.4	5	0.9
Birlikte Yaşıyor	9	2.8	3	1.3	12	2.1
Eğitim Durumu						
İlkokul	8	2.4	2	0.8	10	1.8
Ortaokul	3	0.9	5	2.1	8	1.4
Lise	97	29.7	70	29.4	167	29.6
Ön Lisans	24	7.3	26	10.9	50	8.8
Lisans	156	47.7	109	45.8	265	46.9
Lisansüstü	39	11.9	26	10.9	65	11.5
Anne Eğitim						
Okuma Yazma	35	10.7	28	11.8	63	11.2
Bilmiyor						
Okur-Yazar	30	9.2	40	16.8	70	12.4
İlkokul	109	33.3	101	42.4	210	37.2
Orta Okul	43	13.1	19	8	62	11.0

Lise	61	18.7	28	11.8	89	15.8
Ön Lisans	13	4.0	8	3.4	21	3.7
Lisans	33	10.1	11	4.6	44	7.8
Lisansüstü	3	0.9	3	1.3	6	1.1
Baba Eğitim						
Okuma Yazma	0	0	2	0.8	2	0.4
Bilmiyor						
Okur-Yazar	8	2.4	11	4.6	19	3.4
İlkokul	102	31.2	80	33.6	182	32.2
Ortaokul	55	16.8	38	16	93	16.5
Lise	78	23.9	66	27.7	144	25.5
Ön Lisans	19	5.8	15	6.3	34	6.0
Lisans	60	18.3	21	8.8	81	14.3
Lisansüstü	5	1.5	5	2.1	10	1.8
Anne Baba						
Medeni Hal						
Evli	217	66.4	137	57.6	354	62.7
Boşanmış	23	7	13	5.5	36	6.4
Ayrı Yaşıyor	3	0.9	3	1.3	6	1.1
Annem Hayatta	13	4	9	3.8	22	3.9
Değil						
Babam Hayatta	42	12.8	48	20.2	90	15.9
Değil						
İkisi de Hayatta	29	8.9	28	11.8	57	10.1
Değil						
Kardeş Sayısı						
Tek Çocuk	22	6.7	13	5.5	36	6.2
2	118	36.1	86	36.1	204	36.1
3	89	27.2	60	25.2	149	26.4
4	50	15.3	43	18.1	93	16.5
5	16	4.9	22	9.2	38	6.7
5+	32	9.8	14	5.9	46	8.1

Kaçıncı Çocuk

İlk Çocuk	132	40.4	98	41.2	230	40.7
2	102	31.2	74	31.1	176	31.2
3	48	14.7	33	13.9	81	14.3
4	18	5.5	19	8	37	6.5
5	10	3.1	10	4.2	20	3.5
5+	17	5.2	4	1.7	21	3.7

Gelir Düzeyi

Alt	10	3.1	10	4.2	20	3.5
Alt-Orta	48	14.7	24	10.1	72	12.7
Orta	183	56	150	63	333	58.9
Orta-Üst	79	24.2	47	19.7	126	22.3
Üst	7	2.1	7	2.9	14	2.5
Yaş	<i>Ort. =</i>	<i>SS =</i>	<i>Ort. =</i>	<i>SS =</i>	<i>Ort. =</i>	<i>SS =</i>
	48.76	11.92	43.95	13.03	46.73	12.61

3.3 Veriler ve Toplanması

Veri toplama sürecinde çeşitli ölçme araçları kullanılmıştır. Katılımcılara dair bazı demografik bilgileri öğrenmek amacıyla araştırmacının hazırladığı Demografik Bilgi Formu, çocukluk çağı travma yaşantılarını belirlemek için Türkiye Çocukluk Çağı Travmaları Anketinin Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Versiyonu (ÇÇT); yaygın anksiyete semptomlarını ölçmek için Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (YAB-7), zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanlarını ölçmek için Young Şema Anketi-Kısa Form-3'ün (YŞÖ-KF3) bu şema alanları ile ilgili maddeleri, son olarak depresif belirtileri kontrol etmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır.

Ölçeklerin betimsel özellikleri ve iç tutarlılık kat sayılarına ilişkin bilgiler Tablo 4'de gösterilmiştir.

3.3.1 Demografik bilgi formu

Araştırmacının oluşturmuş olduğu demografik bilgi formu, katılımcılara yönelik cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, ebeveynlerin eğitim düzeyi, kardeş sayısı ve

sosyoekonomik durum gibi çeşitli demografik bilgilere ilişkin sorular içermektedir (EK-2).

3.3.2 Türkiye çocukluk çağı travmaları anketinin gözden geçirilmiş ve genişletilmiş versiyonu (ÇÇT)

Çocukluk çağı travma anketi, Bernstein ve diğerleri (1994) tarafından 20 yaşından önceki çocukluk istismarını ve ihmalini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Orijinal ölçek daha sonra kısaltılarak çocukluk çağı travma anketi kısa formu adıyla yeniden düzenlenmiştir. Çocukluk çağı travma anketi kısa formunun Türkçe'ye uyarlaması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Çocukluk çağı travma anketi kısa formu, aşırı koruma-aşırı kontrolü değerlendiren bir faktörle genişletilmiş ve Şar ve ekibinin (2021) çalışmasıyla çocukluk çağı travmaları anketi (ÇÇT) adı altında yeni bir versiyon geliştirilmiştir (EK-3). ÇÇT, Türkçe'ye uyarlanan Bernstein ve arkadaşlarının geliştirdiği çocukluk çağı travma anketi kısa formunun kültüre duyarlı bir revizyonu ve genişletilmiş bir hali olarak kabul edilmektedir. ÇÇT'de toplam 33 madde bulunmaktadır. Bu maddelerin 11'i ters çevrilmiştir (1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28 ve 31). Katılımcılar, maddeleri hiçbir zaman (1) ile çok sık (5) arasında değerlendirirler. ÇÇT, altı farklı faktörü içerir: duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar ve aşırı koruma-aşırı kontrol. Her bir faktör için 5 madde bulunurken, travmanın inkarını ölçen 3 madde (10, 16 ve 22) mevcuttur. İnkâr maddeleri, toplam ölçek puanlarına dahil edilmez. Toplam puan aralığı 25 ile 150 arasındadır. Yüksek puanlar, çocukluk çağı travması yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu işaret eder (Şar ve diğerleri, 2021)

Çocukluk çağı travma anketinin orijinal uzun versiyonunda iç tutarlılık katsayısı ölçeğin tamamı için $\alpha = .95$ iken; alt boyutları için $\alpha = .79 - .94$ arasındadır. (Bernstein ve diğerleri, 1994). ÇÇT'nin Türkçe uyarlamasında iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .87$ 'dir ve ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .89 - .95$ arasındadır (Şar ve diğerleri, 2021).

Bu çalışmada ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .87$, alt boyutlardan fiziksel ihmal için $\alpha = .85$, duygusal ihmal için $\alpha = .87$, fiziksel istismar için $\alpha = .88$, duygusal istismar için $\alpha = .88$, cinsel istismar için $\alpha = .91$ ve aşırı koruma ve kontrol için $\alpha = .84$, inkar alt boyutu için ise, $\alpha = .83$ olarak bulunmuştur.

3.3.3 Young şema ölçeği – kısa form 3 (YŞÖ-KF3)

Young şema anketinin orijinal uzun versiyonu Young (1990) tarafından geliştirilmişken, YŞÖ-KF3 Young, Klosko ve Weishaar (2009) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek erken dönem uyumsuz şemaları ölçmeye yönelik 90 maddeden oluşmaktadır. YŞÖ-KF3, Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından Türkçeye çevrilmiştir (EK-4). Orijinal YŞÖ-KF3'te 5 şema alanı ve 18 şema boyutu bulunurken, Türkçe YŞÖ-KF3'te Türk kültürüne uygunluğu nedeniyle 5 şema alanı ve 14 şema boyutu bulunmaktadır. Bu 5 şema alanı; ayrılma ve reddedilme, zedelenmiş otonomi ve performans, yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve diğeri yönelimlilik ve 14 şema boyutu; yüksek standartlar, duygusal yoksunluk, terk edilme, başarısızlık, kusurluluk, karamsarlık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme/bağımlılık, kendini feda, cezalandırıcılık ve hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlıktır. Katılımcılar maddeleri “benim için tamamen yanlış” (1) ile “beni mükemmel bir şekilde tanımlıyor” (6) arasında değişen 6'lı likert ölçeğinde derecelendirir. Toplam puan aralığı 90 ile 540 arasındadır. Yüksek puanlar, bireylerde erken dönem uyumsuz şemaların yüksek düzeyde var olduğuna işaret etmektedir (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısına bakıldığında; şema alanları için $\alpha=.63 - .80$ arasında ve şema boyutları için $\alpha=.53 - .81$ arasında değiştiği görülmektedir (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009).

Bu çalışmada ölçeğin zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik alanlarını ölçen maddeleri uygulanmıştır. Bu maddeler için toplam iç tutarlılık katsayısı .95 bulunmuştur. İç içe geçme/bağımlılık şeması için .87, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması için .79, karamsarlık şeması için .88, terkedilme/istikrarsızlık şeması için .83, başarısızlık şeması için .89, kendini feda şeması için .76 ve cezalandırma şeması için .75 olarak bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı için toplam .95 iken, diğeri yönelimlilik şema alanı için ise .82 olarak bulunmuştur.

3.3.4 Yaygın anksiyete bozukluğu ölçeği (YAB-7)

Yaygın anksiyete bozukluğu ölçeği (YAB-7), katılımcıların kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla Spitzer, Kroenke, Williams ve Löwe (2006) tarafından geliştirilen pratik bir öz

bildirim anketidir. Katılımcılara, son 2 hafta boyunca 7 maddenin her birinden ne sıklıkta rahatsız oldukları sorulur. Yanıt seçenekleri “hiç”, “birkaç gün”, “günlerin yarısından fazlasında” ve “hemen hemen her gün” şeklinde olup sırasıyla 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanmaktadır. YAB-7'nin orijinal ölçeği için iç tutarlılık katsayısı .92, güvenirlik katsayısı ise .83 olarak bulunmuştur.

YAB-7'nin Türkçe uyarlaması Konkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2013) (EK-5). Türkiye'de yapılan çalışmada YAB-7 testi için kabul edilen kesme değeri 8'dir. YAB-7 toplam puanı için 8 puan ve üzeri olası YAB-7 tanısı için eşik değer olarak belirlenmiştir (Konkan ve diğerleri, 2013). Katılımcıların YAB-7 ölçeğinden almış olduğu puanlar yükseldikçe kaygı bozukluğu belirtilerinin şiddetinin artacağı sonucuna varılabilir (Spitzer ve diğerleri, 2006). Türkçe versiyonunda iç tutarlılığı ifade eden Chronbach's alpha değeri $\alpha=.85$ olarak hesaplanmıştır (Konkan ve diğerleri, 2013).

Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .92 olarak hesaplanmıştır.

3.3.5 Beck depresyon envanteri (BDE)

Beck depresyon envanteri (BDE), Beck tarafından 1961 yılında depresyon belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Öz bildirime dayanan ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır (EK-6). Katılımcıların son bir hafta içindeki duygusal durumlarını dikkate alarak yanıtlaması beklenir. Her madde, farklı depresyon belirtilerini ifade eder ve kişilerin kendi duygusal durumlarına göre 0 ile 3 arasında değerlendireceği dört farklı seçenek içerir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanı 63'tür. Türkiye'deki çalışmalar, bu ölçeğin kesme değerini 17 ve üzeri puan olarak belirlemiştir (Hisli, 1989). BDE'de yüksek puanlar, kişinin depresif belirtilerinin artmış olabileceğine işaret eder (Beck, 1961). Hisli (1989) tarafından yapılan Türkçe'ye uyarlama çalışması sonucunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .80 olarak açıklanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri

Ölçekler	N	Ort.	SS	En Düşük	Cronbach
				ve	Alpha
				En Yüksek Değerler	
ÇÇT					
Duygusal İstismar	565	8.17	4.01	5-24	.88
Fiziksel İstismar	565	6.24	2.86	5-25	.88
Cinsel İstismar	565	6.06	2.77	5-25	.91
Fiziksel İhmal	565	8.39	3.42	5-21	.85
Duygusal İhmal	565	12.08	4.59	5-25	.87
Aşırı Koruma ve Kontrol	565	10.60	4.23	5-25	.84
İnkâr	565	.59	.91	0-3	.83
ÇÇT Toplam	565	51.52	15.84	30-123	.87
YŞÖ-KF3					
İç içe Geçme / Bağımlılık	565	2.09	1.00	1-6	.87
Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık	565	2.54	1.04	1-6	.79
Karamsarlık	565	2.67	1.26	1-6	.88
Terkedilme/İstikrarsızlık	565	2.05	1.03	1-6	.83
Başarısızlık	565	2.25	1.10	1-6	.89
Kendini Feda	565	3.36	1.08	1-6	.76
Cezalandırma	565	3.47	.98	1-6	.75
Zedelenmiş Otonomi Alanı	565	2.29	.93	2.29-5.87	.95
Diğeri Yönelimlilik Alanı	565	3.41	.89	3.42-5.82	.82
YAB-7 Toplam	565	6.97	5.41	0-21	.95
BDE Toplam	565	12.08	11.51	0-53	.93

Not: ÇÇT = Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, YŞÖ-KF3 = Young Şema Ölçeği, YAB-7 = Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, BDE = Beck Depresyon Envanteri

3.4 Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklere, surveymonkey.com platformu üzerinden katılım sağlanmış olup, katılımcılara kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi ve kartopu tekniği ile ulaşılmıştır. Çalışmanın amacı ve içeriğine dair bilgiler ve gizlilik ile gönüllülüğe dair bilgiler bilgilendirilmiş onam aracılığıyla iletilerek ve katılımcılar onay verdikten sonra anket sorularını cevaplandırmıştır. Bu işlemler ortalama 18-20 dakika sürmüştür.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen veriler IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Analizler kapsamında, ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutlarına ilişkin ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler ile Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki düzeyleri Pearson korelasyon katsayıları ile belirlenmiştir. Yaygın anksiyete semptomlarını yordayan faktörleri belirlemek için hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Son olarak, PROCESS eklentisi kullanılarak aracılık testleri gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Bulgular

4.1.1 Araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon analizi bulguları

Araştırmada kullanılan ÇÇT'nin alt boyutları olan cinsel, duygusal ve fiziksel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal ile aşırı koruma ve kontrol; YŞÖ-KF3'ün alt boyutları olan zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı (bu alanı oluşturan şemalar: iç içe geçme/bağımlılık, hastalıklara ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık, karamsarlık, terkedilme/istikrarsızlık, başarısızlık) ve diğeri yönelimlilik şema alanı (bu alanı oluşturan şemalar: kendini feda ve cezalandırma) ile YAB-7 ve BDE arasındaki ilişkiler için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu analize dair bulgular Tablo 3'de detaylı olarak sunulmuştur.

Öncelikle ÇÇT'nin toplam puanının diğeri değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .51, p < .001$) ile pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu alandaki şemalar olan iç içe geçme/bağımlılık ($r = .44, p < .001$), hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık ($r = .42, p < .001$), karamsarlık ($r = .43, p < .001$), terkedilme/istikrarsızlık ($r = .46, p < .001$), başarısızlık ($r = .42, p < .001$) ile de pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler göstermektedir. Benzer şekilde, ÇÇT toplam puanının diğeri yönelimlilik şema alanı ($r = .35, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi ortaya koyduğu görülmektedir. Bu alanda yer alan kendini feda ($r = .30, p < .001$) ve cezalandırma ($r = .31, p < .001$) şemaları da ÇÇT toplam puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermektedir. ÇÇT toplam puanının YAB-7 ($r = .40, p < .001$) ve BDE ($r = .45, p < .001$) toplam puanları ile de pozitif yönde ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmektedir.

ÇÇT'nin istismar alt boyutları ile değişkenler arası ilişkiler incelendiğinde, duygusal istismar alt boyutunun, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .49, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği ve bu alanda en yüksek korelasyonun terkedilme/istikrarsızlık ($r = .48, p < .001$) şeması ile olduğu görülmektedir. Duygusal istismar alt boyutunun diğeri yönelimlilik şema alanı ($r = .29, p < .001$) ile de pozitif

yönde anlamlı bir ilişki sergilediği ve bu alanda en yüksek korelasyonun cezalandırma ($r = .28, p < .001$) şemasıyla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, duygusal istismar alt boyutunun, YAB-7 ($r = .43, p < .001$) ile de pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır. Fiziksel istismar alt boyutunun, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .30, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. Bu alandaki şemalar arasında en yüksek korelasyonun hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık ve terk edilme/istikrarsızlık şeması ($r = .29, p < .001$) ile olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, fiziksel istismar alt boyutunun diğeri yönelimlilik şema alanı ($r = .24, p < .001$) ile ve bu alandaki cezalandırma ve kendini feda ($r = .21, p < .001$) şemalarıyla pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, fiziksel istismar alt boyutunun YAB-7 puanı ($r = .32, p < .001$) ile de pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Son olarak, cinsel istismar alt boyutunun, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .28, p < .001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği ve bu alandaki şemalar arasında en yüksek korelasyonun terkedilme/istikrarsızlık şeması ($r = .27, p < .001$) ile olduğu görülmektedir. Ayrıca, cinsel istismar alt boyutunun diğeri yönelimlilik şema alanı ($r = .21, p < .001$) ile de pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği ve YAB-7 puanı ($r = .22, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

İhmalle ilgili alt boyutlar incelendiğinde, fiziksel ihmal alt boyutunun, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .17, p < .001$) ve diğeri yönelimlilik şema alanı ile ($r = .16, p < .001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Ancak, fiziksel ihmal alt boyutunun YAB-7 puanı ($r = .07, p > .05$) ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Duygusal ihmal alt boyutunun ise, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .41, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği ve bu alanda yer alan şemalar arasında en yüksek korelasyonun iç içe geçme/bağımlılık ve karamsarlık şemaları ($r = .36, p < .001$) ile olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, duygusal ihmal alt boyutunun diğeri yönelimlilik şema alanı ($r = .28, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki sergilediği ve bu alandaki şemalar arasında en yüksek korelasyonun cezalandırma şeması ($r = .25, p < .001$) ile olduğu belirlenmiştir. Duygusal ihmal alt boyutunun YAB-7 puanı ($r = .33, p < .001$) ile de pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Aşırı koruma ve kontrol alt boyutunun, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ($r = .46, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği ve bu alandaki şemalar arasında en yüksek korelasyonun iç içe geçme/bağımlılık şeması ($r = .44, p < .001$) ile olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, aşırı koruma ve kontrol alt boyutunun diğeri yönelimlilik şema alanı ($r = .31, p < .001$) ile de pozitif yönde anlamlı bir ilişki sergilediği ve bu alandaki şemalar arasında en yüksek korelasyonun cezalandırma şeması ($r = .27, p < .001$) ile olduğu belirlenmiştir. Son olarak, aşırı koruma ve kontrol alt boyutunun YAB-7 toplam puanı ($r = .31, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır.

YŞÖ-KF3 alt boyutları ile YAB-7 puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının YAB-7 puanı ($r = .69, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği görülmektedir. Ayrıca, bu şema alanında yer alan şemaların YAB-7 puanı ile güçlü korelasyonlar sergilediği belirlenmiştir. İç içe geçme/bağımlılık ($r = .53, p < .001$), hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık ($r = .59, p < .001$), karamsarlık ($r = .72, p < .001$), terkedilme/istikrarsızlık ($r = .58, p < .001$) ve başarısızlık ($r = .56, p < .001$) şemalarının YAB-7 puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği saptanmıştır. Diğeri yönelimlilik şema alanının YAB-7 puanı ($r = .40, p < .001$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki sergilediği, bu alanda yer alan kendini feda ($r = .27, p < .001$) ve cezalandırma ($r = .42, p < .001$) şemalarının da YAB-7 puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir.

Son olarak, kontrol değişkeni olan BDE puanı ile YAB-7 puanı arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .76, p < .001$) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ÇÇT	1	.84***	.72***	.51***	.56***	.85***	.75***	.51***	.35***	.44***
2. DİS		1	.62***	.36***	.21***	.67***	.63***	.49***	.29***	.40***
3. FİS			1	.42***	.32***	.46***	.40***	.30***	.24***	.23***
4. CİS				1	.17***	.24***	.24***	.28***	.21***	.22***
5. FİH					1	.54***	.19***	.17***	.16***	.17***
6. DİH						1	.57***	.41***	.28***	.36***
7. AKK							1	.46***	.31***	.43***
8. ZO								1	.59***	.89***
9. DY									1	.48***
10. Bağımlılık										1
11. Dayanıksızlık										
12. Karamsarlık										
13. Terkedilme										
14. Başarısızlık										
15. Kendini Feda										
16. Cezalandırma										
17. YAB-7										
18. BDE										

	11	12	13	14	15	16	17	18
1. ÇÇT	.42***	.43***	.46***	.42***	.30***	.31***	.40***	.45***
2. DİS	.41***	.43***	.47***	.40***	.21***	.28***	.43***	.44***
3. FİS	.29***	.27***	.29***	.23***	.21***	.21***	.32***	.33***
4. CİS	.25***	.22***	.27***	.27***	.18***	.19***	.22***	.25***
5. FİH	.14**	.13**	.14**	.15**	.19***	.09*	.07	.16***
6. DİH	.35***	.36***	.35***	.34***	.23***	.25***	.33***	.37***
7. AKK	.35***	.39***	.42***	.36***	.26***	.27***	.31***	.36***
8. ZO	.83***	.86***	.84***	.88***	.46***	.55***	.69***	.66***
9. DY	.57***	.54***	.51***	.44***	.85***	.88***	.40***	.38***
10. Bağımlılık	.65***	.66***	.71***	.77***	.41***	.41***	.53***	.54***
11. Dayanısızlık	1	.71***	.65***	.66***	.41***	.57***	.59***	.53***
12. Karamsarlık		1	.68***	.67***	.39***	.54***	.72***	.64***
13. Terkedilme			1	.66***	.42***	.46***	.58***	.58***
14. Başarısızlık				1	.35***	.41***	.56***	.56***
15. Kendini Feda					1	.49***	.27***	.27***
16. Cezalandırma						1	.42***	.39***
17. YAB-7							1	.76***
18. BDE								1

Not: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; ÇÇT = Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı, DİS = ÇÇT Duygusal İstismar alt boyutu, FİS = ÇÇT Fiziksel İstismar alt boyutu, CİS = ÇÇT Cinsel İstismar alt boyutu, FİH = ÇÇT Fiziksel İhmal alt boyutu, DİH = ÇÇT Duygusal İhmal alt boyutu, AKK = ÇÇT Aşırı Koruma ve Kontrol alt boyutu, ZO = Zedelenmiş Otonomi ve Performans Şema Alanı, DY = Diğer Yönelimlilik Şema Alanı, YAB-7 = Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği Toplam Puanı, BDE = Beck Depresyon Envanteri Toplam Pua

4.1.2 Yaygın anksiyete semptomlarını yordayan değişkenlerin regresyon analizi bulguları

Araştırmanın ikinci bölümünde, YAB-7'yi yordayan değişkenleri belirleyebilmek için hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analizde YAB-7 puanı bağımlı değişken olarak ele alınmış olup, bağımsız değişkenler regresyon analizine 4 basamakta girilmiştir. Tüm modellere ve değişkenlere ilişkin bilgiler Tablo 4'de sunulmuştur.

İlk basamakta olası etkileri kontrol etmek amacıyla demografik değişkenlerden, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, yaş, gelir düzeyi analize dahil edilmiştir. İkinci basamakta olası etkisini kontrol etmek amacıyla BDE puanı analize eklenmiştir. Demografik değişkenler ve depresyonunun etkileri kontrol edildikten sonra üçüncü basamakta ÇÇT toplam puanı, dördüncü basamakta ise zedelenmiş otonomi ve performans ve diğeri yönelimlilik şema alanları regresyon denkleminde dahil edilmiştir.

Tablo 4'te sunulan analiz sonuçları incelendiğinde, analizde ilk basamakta yer alan demografik değişkenler tarafından yaygın anksiyete semptomlarında açıklanan varyansın %18 olduğu görülmüştür [$F(5,559) = 24.22, p < .001, R^2 = .18$]. İlk model için demografik değişkenlerden yaş ($\beta = .35, t = 8.46, p = .000$) YAB-7'yi pozitif yönde yordarken, gelir düzeyi ($\beta = -.13, t = -3.37, p = .001$) negatif yönde yordamaktadır. Bu da yaştaki artışın ve gelir düzeyindeki düşüşün YAB-7'deki artış ile ilişkili olduğunu göstermektedir. İlk basamakta analizde yer alan diğer demografik değişkenler olan cinsiyet, eğitim durumu ve medeni hal YAB-7'yi anlamlı şekilde yordamamaktadır.

Etkisini kontrol etmek amacıyla BDE'nin eklendiği ikinci aşamanın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu [$F(6,558) = 140.23, p < .001, R^2 = .60$] ve YAB-7 için açıklanan varyansın istatistiksel açıdan anlamlı bir düzeyde arttığı tespit edilmiştir [$\Delta F(1,558) = 592.20, p < .001, \Delta R^2 = .42$]. Depresyonun ($\beta = .70, t = 24.34, p = .000$) YAB-7'yi pozitif yönde yordadığı ve açıklanan varyansın % 42 artış ile % 60'a çıktığı gözlemlenmiştir.

ÇÇT'nin analize dahil edildiği üçüncü modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilerek [$F(7,557) = 123.44, p < .001, R^2 = .61$] YAB-7 için açıklanan varyansın istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir [$\Delta F(1,557) = 9.66, p < .001, \Delta R^2 = .01$]. Demografik özellikler ve depresif semptomlar kontrol edildiğinde ÇÇT'nin

($\beta = .09, t = 3.11, p = .002$) YAB-7'yi pozitif yönde yordadığı ve açıklanan varyansın % 1'lik artış göstererek % 61'e yükseldiği bulunmuştur.

Zedelenmiş otonomi ve performans ve diğeri yönelimlilik şema alanının regresyon denkleminde dahil edildiği dördüncü modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir [$F(9,555) = 118.44, p < .001, R^2 = .66$]. Bununla birlikte YAB-7 için açıklanan varyansın istatistiksel açıdan anlamlı bir düzeyde arttığı görülmektedir [$\Delta F(2,557) = 40.16, p < .001, \Delta R^2 = .05$]. Bu aşamada zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının ($\beta = .28, t = 7.11, p = .000$) istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve YAB-7'yi pozitif yönde yordadığı görülürken, diğeri yönelimlilik şema alanının ($\beta = .05, t = 1.51, p = .130$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Demografik değişkenler ve BDE kontrol edildiğinde zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının YAB-7'yi pozitif yönde yordadığı ve açıklanan varyansın ise % 5'lik bir artış ile % 66'ya yükseldiği görülmektedir.

Tablo 6. YAB-7'nin Yordayıcıları

Değişken	Model 1					Model 2					Model 3					Model 4				
	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Cinsiyet	-.77	.43	-.07	-1.79	.074	-.52	.30	-.05	-1.71	.087	-.56	.30	-.05	-1.86	.064	-.46	.28	-.04	-1.65	.100
Yaş	.15	.02	.35	8.46	.000	.07	.01	.16	5.49	.000	.07	.01	.17	5.78	.000	.07	.01	.16	5.51	.000
Eğitim Durumu	-.29	.18	-.06	-1.64	.103	-.08	.13	-.02	-.63	.527	-.08	.13	-.02	-.60	.550	.06	.12	.01	.54	.592
Medeni Hal	.48	.28	.07	1.74	.082	.03	.20	.00	.14	.887	.00	.19	.00	.02	.984	-.01	.18	.00	-.01	.990
Gelir Düzeyi	-.92	.27	-.13	-3.37	.001	-.07	.20	-.01	-.38	.703	.01	.19	.00	.04	.972	-.08	.18	-.01	-.45	.653
BDE						.33	.01	.70	24.3	.000	.31	.02	.66	20.81	.000	.23	.02	.50	14.3	.000
ÇÇT											.03	.01	.09	3.11	.002	.00	.01	.01	.20	.845
ZO																1.65	.23	.28	7.11	.000
DY																.30	.19	.05	1.52	.130
<i>R</i> = .42; Uyarlanmış <i>R</i> ² = .17 <i>F</i> (5,559) = 24.22, <i>p</i> < .001						<i>R</i> = .78; Uyarlanmış <i>R</i> ² = .60 <i>F</i> (6,558) = 140.23, <i>p</i> < .001					<i>R</i> = .78; Uyarlanmış <i>R</i> ² = .61 <i>F</i> (7,557) = 123.44, <i>p</i> < .001					<i>R</i> = .81; Uyarlanmış <i>R</i> ² = .66 <i>F</i> (9,555) = 118.44, <i>p</i> < .001				

Not: ÇÇT = Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı, ZO = Zedelenmiş Otonomi ve Performans Şema Alanı, DY = Diğer Yönelimlilik Şema Alanı, BDE = Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı

4.1.3 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde şemaların aracı rolü

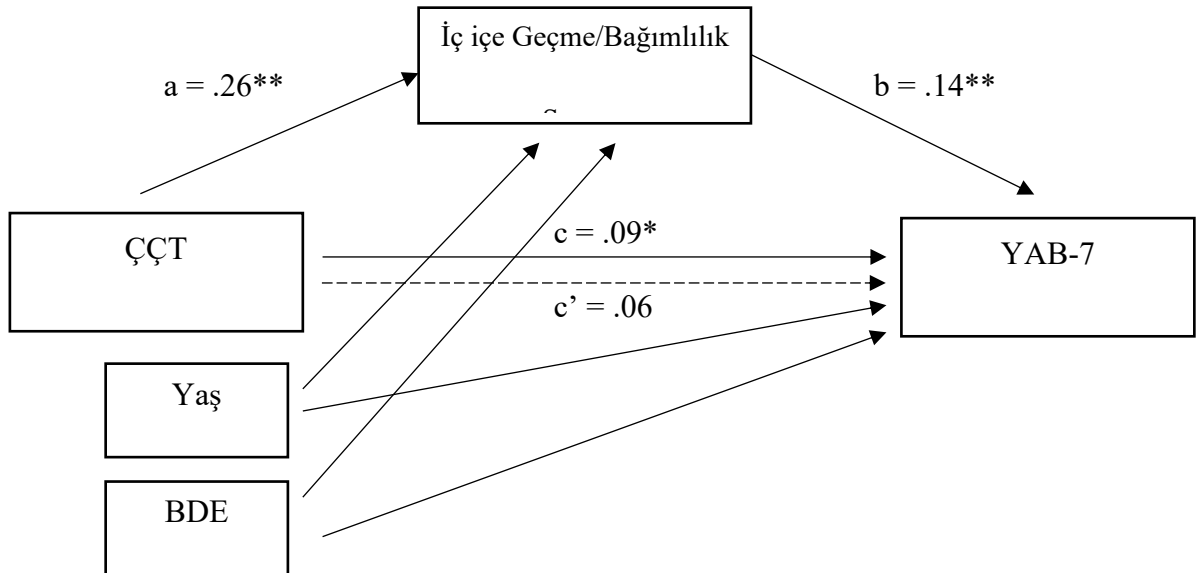
Çalışmanın bu bölümünde ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide şemaların aracılık etkisi incelenmiştir. Şemaların her birinin aracılık analizi ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir çünkü karamsarlık, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık, iç içe geçme/bağımlılık, terkedilme/istikrarsızlık ve başarısızlık şemaları zedelenmiş otonomi ve performans alanında yer alırken, kendini feda ve cezalandırma şemaları diğer yönelimlilik alanında yer almaktadır. Yapılan analizlerde, aynı alanda yer alan şemalar arasında yüksek korelasyon değerleri elde edilmiştir. Aynı alanda yer alan şemalar, benzer temaları paylaştıkları için yüksek düzeyde ilişkili olmaları anlamlıdır ve bu durum birbirlerinin etkilerini baskılayabilir. Ayrıca, şemalar arasında olası nedensel ilişkilerin bulunabileceği göz önünde bulundurulduğunda, paralel aracılık analizinin bu çalışmada uygun bir yöntem olmadığı değerlendirilmiştir (Hayes, 2018). Bu nedenle, her bir şema için ayrı ayrı aracılık analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada, aracılık analizleri, Hayes'in (2013) geliştirdiği Process Makro v.4.2 eklentisi ile gerçekleştirilmiştir. Analiz sürecinde, dolaylı etkilerin hesaplanmasında Hayes'in (2018) sunduğu kavramsal yaklaşım esas alınmıştır. Hayes'in (2013) tanımladığı 4 numaralı model kullanılarak dolaylı etki katsayıları bootstrapping yöntemiyle incelenmiş, 5000 bootstrap örnekleme ve %95 güven aralığı dikkate alınmıştır.

Aracılık analizlerinde, ÇÇT bağımsız değişken, YAB-7 bağımlı değişken, erken dönem uyumsuz şemalar aracı değişken, yaş ve BDE ise kontrol değişkenleri olarak ele alınmıştır. Yaşın kontrol değişkeni olarak dahil edilmesinin gerekçesi, hiyerarşik regresyon analizlerinde yaşın YAB-7'yi pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığına dair bulgulardır. Bu etkinin tüm analiz basamaklarında anlamlı kaldığı ve varyansın %10'dan fazlasını açıkladığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, BDE'nin kontrol değişkeni olarak ele alınma gerekçesi ise önceki bölümlerde ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, yaş ve BDE, YAB-7 üzerindeki etkilerini kontrol etmek ve bağımsız ile aracı değişkenlerin etkilerini daha doğru değerlendirebilmek amacıyla kontrol değişkeni olarak dahil edilmiştir.

4.1.3.1 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde iç içe geçme/bağımlılık şemasının aracılık etkisine yönelik bulgular

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT'nin, YAB-7 üzerindeki toplam etkisi anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir (c yolu; $\beta = .09$, $t(561) = 3.08$, $p < .01$). ÇÇT'nin iç içe geçme/bağımlılık şeması üzerindeki doğrudan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (a yolu; $\beta = .26$, $t(561) = 6.67$, $p < .001$). İç içe geçme/bağımlılık şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir (b yolu; $\beta = .14$, $t(560) = 4.28$, $p < .001$). Bununla birlikte, yaş ve BDE değişkenleri kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın iç içe geçme/bağımlılık şeması ($\beta = .08$, $t(561) = 2.23$, $p < .05$) ve YAB-7 üzerindeki ($\beta = .17$, $t(560) = 6.11$, $p < .001$) etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, BDE'nin de iç içe geçme/bağımlılık şeması ($\beta = .40$, $t(561) = 9.93$, $p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .61$, $t(560) = 18.19$, $p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olarak ele alınan iç içe geçme/bağımlılık şeması modele dahil edildiğinde doğrudan etki açısından ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişki anlamını yitirmiştir (c' yolu; $\beta = .06$, $t(560) = 1.85$, $p > .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE puanları kontrol edildiğinde, iç içe geçme/bağımlılık şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide tam aracılık ettiği görülmektedir (bkz. Şekil 1).



Şekil 1. ÇÇT'nin YAB-7 ile ilişkisinde İç İçe Geçme/Bağımlılık Şemasının Aracı Rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır; * $p < .01$, ** $p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, iç içe geçme/bağımlılık şeması aracılığıyla istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı, Bootstrapping yöntemiyle değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin iç içe geçme/bağımlılık şeması aracılığıyla YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .04; %95 *GA* [.02, .06], *SH* = .01) olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F(4, 560) = 226.36, p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki varyansı %62 oranında açıklandığı görülmektedir (Bkz: Tablo 7).

Tablo 7. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide İç İçe Geçme/Bağımlılık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

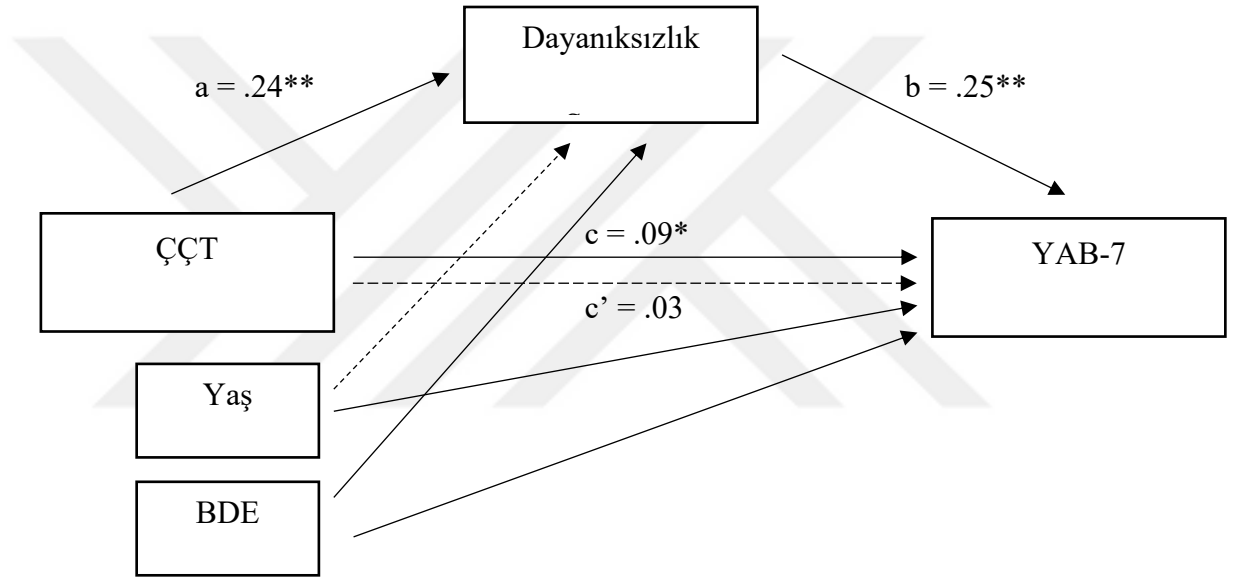
	Sonuç Değişkeni								
	M (Bağımlılık Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
Öncül Değişken	β	SH	p	β	SH	p	β	SH	p
X (ÇÇT)	.26	.00	.000	.09	.01	.002	.06	.01	.065
M (Bağımlılık)	-	-	-	-	-	-	.14	.18	.000
C ₁ (Yaş)	.08	.00	.000	.18	.01	.000	.17	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.40	.00	.000	.66	.02	.000	.61	.02	.000
	$R^2 = .35$			$R^2 = .61$			$R^2 = .62$		
	$F(3,561) = 98.37, p < .001$			$F(3,561) = 268.83, p < .001$			$F(4,560) = 226.36, p < .001$		

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y* = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.1.3.2 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının aracı rolü

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT'nin, YAB-7 üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (c yolu; $\beta = .09, t(561) = 3.08, p < .01$). ÇÇT'nin hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı düzeydedir (a yolu; $\beta = .24, t(561) = 6.12, p < .001$). Hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (b yolu; $\beta = .25, t(560) = 8.36, p < .001$). Yaş ve BDE değişkenleri de kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması

üzerindeki etkisi anlamlı değildir, fakat YAB-7 üzerindeki ($\beta = .17, t(560) = 6.39, p < .001$) etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. BDE'nin hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması ($\beta = .40, t(561) = 9.87, p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .56, t(560) = 17.51, p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olan hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması modelde yer aldığından doğrudan etki açısından ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişki anlamını yitirmiştir (c' yolu; $\beta = .03, t(560) = 1.07, p > .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE puanları kontrol edildiğinde, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide tam aracılık ettiği görülmektedir (bkz. Şekil 2).



Şekil 2. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır; * $p < .01$, ** $p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması aracılığıyla istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı Bootstrapping yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Bulgulara göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması aracılığıyla YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .06, $SH = .01$, %95 $GA [.03, .09]$)

olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin anlamlı düzeyde olduğu ($F(4, 560) = 258.96$, $p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki varyansın %65 oranında açıklandığı görülmektedir (Bkz: Tablo 8).

Tablo 8. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Hastalıklar ve Zarar Görmeye Karşı Dayanıksızlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

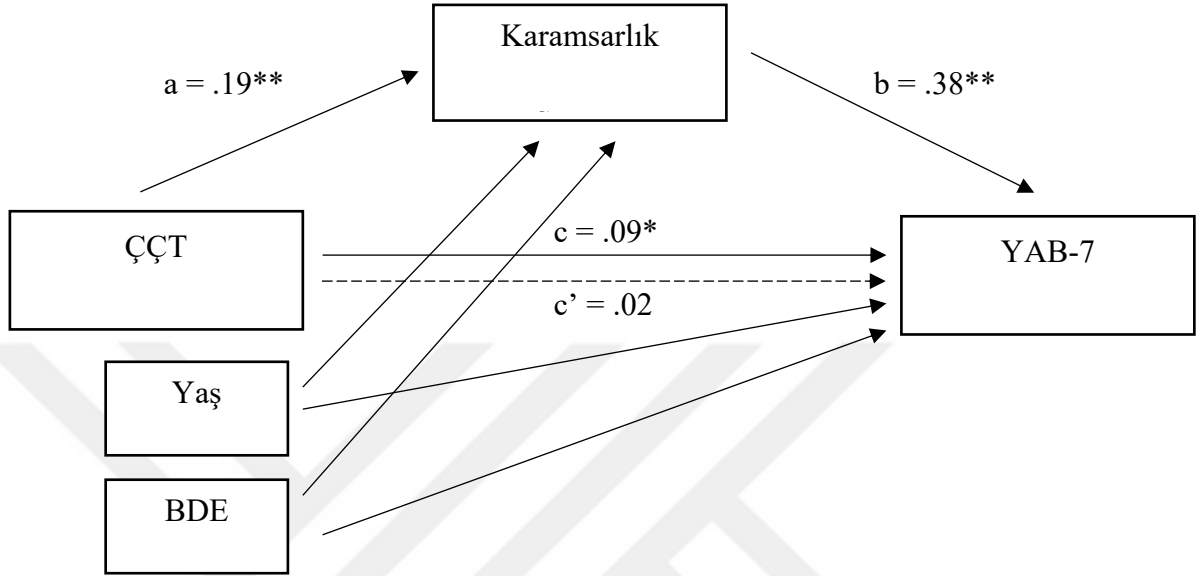
Öncül Değişken	Sonuç Değişkeni								
	M (Dayanıksızlık Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
	β	SH	p	β	SH	p	β	SH	p
X (ÇÇT)	.24	.00	.000	.09	.01	.002	.03	.01	.285
M (Dayanıksızlık)	-	-	-	-	-	-	.25	.16	.000
C ₁ (Yaş)	.04	.00	.230	.18	.01	.000	.17	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.40	.00	.000	.66	.02	.000	.56	.02	.000
$R^2 = .32$			$R^2 = .61$			$R^2 = .65$			
$F(3,561) = 88.46$, $p < .001$			$F(3,561) = 268.83$, $p < .001$			$F(4,560) = 258.96$, $p < .001$			

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y* = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.1.3.3 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde karamsarlık şemasının aracı rolü

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT, YAB-7 üzerindeki toplam etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (c yolu; $\beta = .09$, $t(561) = 3.08$, $p < .01$). ÇÇT'nin karamsarlık şeması üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır (a yolu; $\beta = .19$, $t(561) = 5.27$, $p < .001$). Karamsarlık şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir (b yolu; $\beta = .38$, $t(560) = 12.05$, $p < .001$). Yaş ve BDE değişkenleri de kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın karamsarlık şeması ($\beta = .08$, $t(561) = 2.51$, $p < .05$) ve YAB-7 üzerindeki ($\beta = .15$, $t(560) = 5.91$, $p < .001$) etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. BDE'nin karamsarlık şeması ($\beta = .53$, $t(561) = 14.14$, $p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .46$, $t(560) = 14.23$, $p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olan karamsarlık şeması modele dahil edildiğinde doğrudan etki açısından ÇÇT ile YAB-

7 arasındaki ilişki anlamını yitirmiştir (c' yolu; $\beta = .02$, $t(560) = .76$, $p > .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE puanları kontrol edildiğinde, karamsarlık şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide tam aracılık etkisi olduğu görülmektedir (bkz. Şekil 3).



Şekil 3. ÇÇT'nin YAB-7 ile ilişkisinde Karamsarlık Şemasının Aracı Rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır; $*p < .01$, $**p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, karamsarlık şeması aracılığıyla istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Bootstrapping yöntemiyle değerlendirilmiştir. Analizin sonuçlarına göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin karamsarlık şeması aracılığıyla YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .07; %95 GA [.04, .11], $SH = .02$) olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F(4, 560) = 306.67$, $p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki varyansın %69 oranında açıklandığı görülmektedir (Bkz: Tablo 9).

Tablo 9. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Karamsarlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

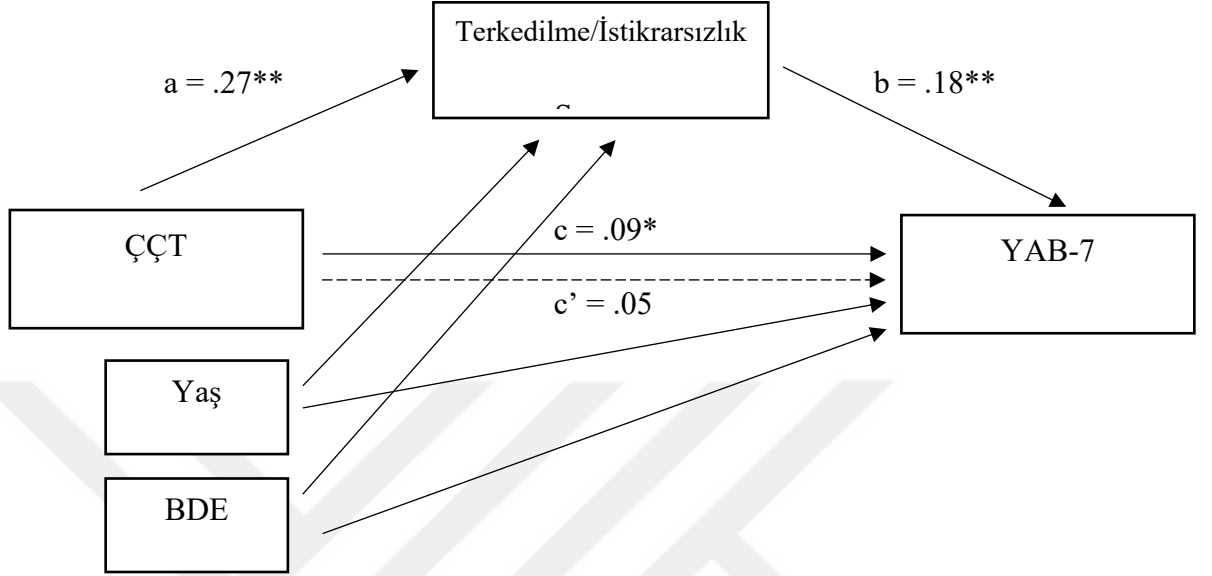
	Sonuç Değişkeni								
	M (Karamsarlık Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
Öncül Değişken	β	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>SH</i>	<i>p</i>
X (ÇÇT)	.19	.00	.000	.09	.01	.002	.02	.01	.451
M (Karamsarlık)	-	-	-	-	-	-	.38	.14	.000
C ₁ (Yaş)	.08	.00	.012	.18	.01	.000	.15	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.53	.00	.000	.66	.02	.000	.46	.02	.000
$R^2 = .44$			$R^2 = .61$			$R^2 = .69$			
$F(3,561) = 145.16, p < .001$			$F(3,561) = 268.83, p < .001$			$F(4,560) = 306.67, p < .001$			

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y* = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.1.3.4 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde terkedilme/istikrarsızlık şemasının aracı rolü

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT'nin, YAB-7 üzerindeki toplam etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir (c yolu; $\beta = .09, t(561) = 3.08, p < .01$). ÇÇT'nin terkedilme/istikrarsızlık şeması üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır (a yolu; $\beta = .27, t(561) = 7.21, p < .001$). Terkedilme/istikrarsızlık şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisinin de anlamlı olduğu tespit edilmiştir (b yolu; $\beta = .18, t(560) = 5.31, p < .001$). Yaş ve BDE değişkenleri de kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın terkedilme/istikrarsızlık şeması ($\beta = .11, t(561) = 3.17, p < .01$) ve YAB-7 üzerindeki ($\beta = .16, t(560) = 5.83, p < .001$) etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. BDE'nin terkedilme/istikrarsızlık şeması ($\beta = .43, t(561) = 11.18, p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .59, t(560) = 17.36, p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olan terkedilme/istikrarsızlık şeması modele dahil edildiğinde doğrudan etki bağlamında incelendiğinde ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişki anlamını yitirmiştir (c' yolu; $\beta = .05, t(560) = 1.47, p > .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE

puanları kontrol edildiğinde, terkedilme/istikrarsızlık şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide tam aracılık ettiği belirlenmiştir (bkz. Şekil 4).



Şekil 4. ÇÇT'nin YAB ile İlişkisinde Terkedilme/İstikrarsızlık Şemasının Aracı Rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır; * $p < .01$, ** $p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, aracı değişken olan terkedilme/istikrarsızlık şeması yoluyla anlamlı olup olmadığı Bootstrapping yöntemi kapsamında değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin terkedilme/istikrarsızlık şeması aracılığıyla YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .05; %95 GA [.02, .08], $SH = .01$) olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F(4, 560) = 232.61$, $p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki varyansın %62 oranında açıklandığı görülmektedir (bkz: Tablo 10).

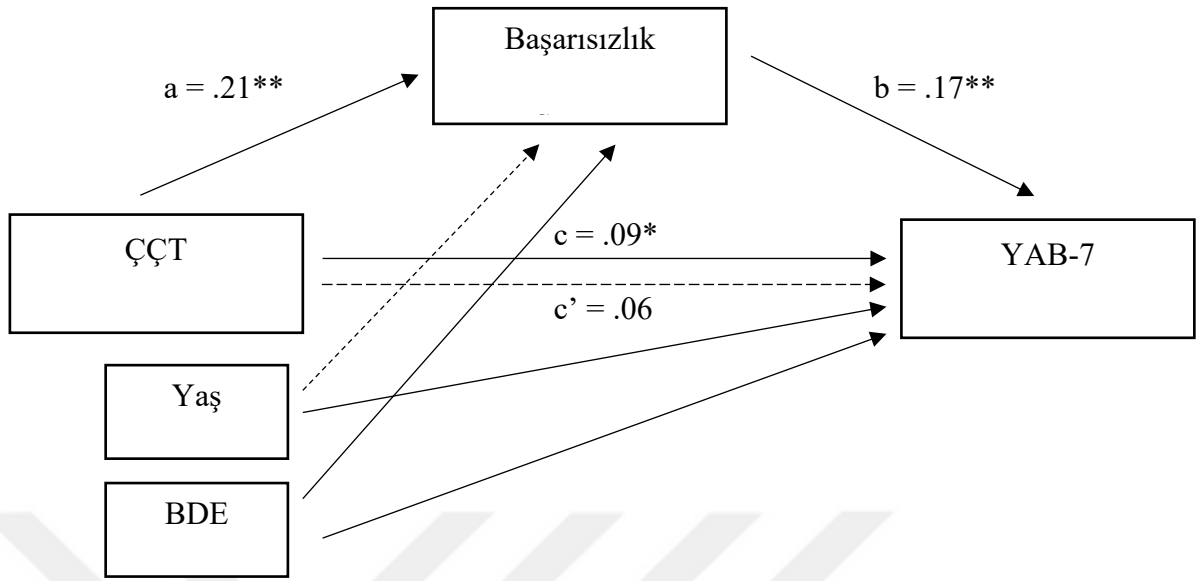
Tablo 10. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Terkedilme/İstikrarsızlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

	Sonuç Değişkeni								
	M (Terkedilme Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
Öncül Değişken	β	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>SH</i>	<i>p</i>
X (ÇÇT)	.27	.00	.000	.09	.01	.002	.05	.01	.142
M (Terkedilme)	-	-	-	-	-	-	.18	.18	.000
C ₁ (Yaş)	.11	.00	.002	.18	.01	.000	.16	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.43	.00	.000	.66	.02	.000	.59	.02	.000
$R^2 = .40$			$R^2 = .61$			$R^2 = .62$			
$F(3,561) = 124.84, p < .001$			$F(3,561) = 268.83, p < .001$			$F(4,560) = 232.61, p < .001$			

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y*= İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.1.3.5 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde başarısızlık şemasının aracı rolü

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT'nin, YAB-7 üzerindeki toplam etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (c yolu; $\beta = .09, t(561) = 3.08, p < .01$). ÇÇT'nin başarısızlık şeması üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir (a yolu; $\beta = .21, t(561) = 5.60, p < .001$). Başarısızlık şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır (b yolu; $\beta = .17, t(560) = 5.36, p < .001$). Yaş ve BDE değişkenleri de kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın başarısızlık şeması üzerindeki etkisi anlamlı değildir ancak YAB-7 üzerindeki ($\beta = .17, t(560) = 6.15, p < .001$) etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. BDE'nin başarısızlık şeması ($\beta = .44, t(561) = 11.04, p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .59, t(560) = 17.42, p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olan başarısızlık şeması modele dahil edildiğinde doğrudan etki bağlamında incelendiğinde ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişki anlamını yitirmiştir (c' yolu; $\beta = .06, t(560) = 1.84, p > .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE puanları kontrol edildiğinde, başarısızlık şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide tam aracılık rolü üstlendiği görülmektedir (bkz. Şekil 5).



Şekil 5. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Başarısızlık Şemasının Aracı Rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır; $*p < .01$, $**p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, başarısızlık şeması aracılığıyla istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Bootstrapping tekniği ile değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin başarısızlık şeması aracılığıyla YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .04; %95 GA [.02, .06], $SH = .01$) olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F(4, 560) = 232.93$, $p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki varyansın %63 oranında açıklandığı görülmektedir (bkz: Tablo 11).

Tablo 11. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Başarısızlık Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

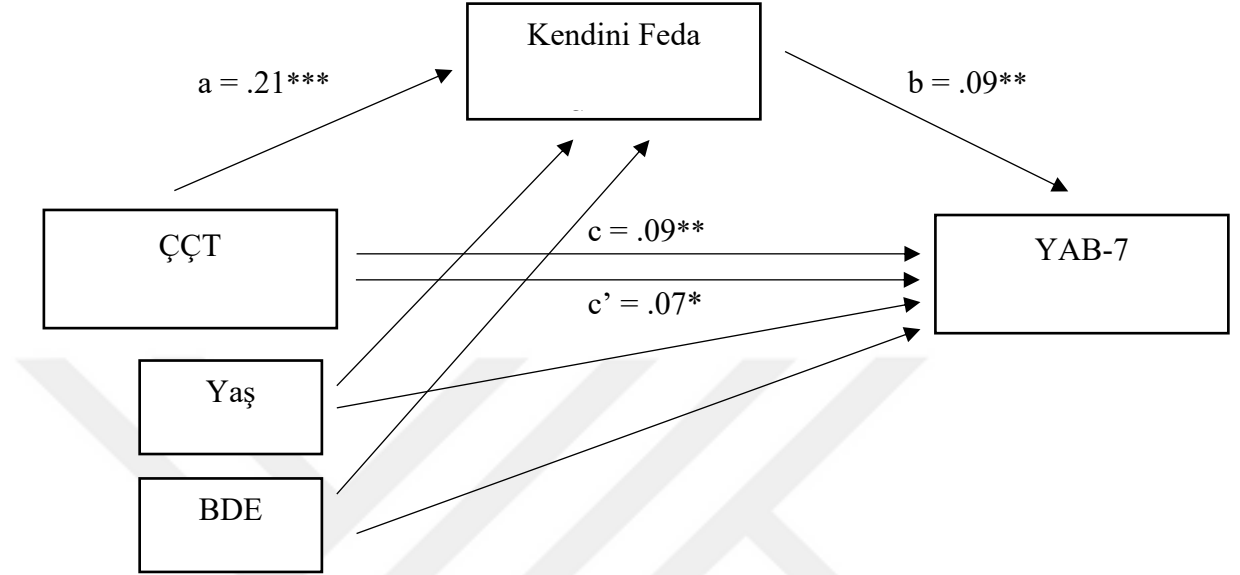
	Sonuç Değişkeni								
	M (Başarısızlık Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
Öncül Değişken	β	SH	p	β	SH	p	β	SH	p
X (ÇÇT)	.22	.00	.000	.09	.01	.002	.06	.01	.066
M (Başarısızlık)	-	-	-	-	-	-	.17	.16	.000
C ₁ (Yaş)	.07	.00	.061	.18	.01	.000	.17	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.44	.00	.000	.66	.02	.000	.59	.02	.000
	$R^2 = .35$			$R^2 = .61$			$R^2 = .63$		
	$F(3,561) = 100.78, p < .001$			$F(3,561) = 268.83, p < .001$			$F(4,560) = 232.93, p < .001$		

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y*= İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.1.3.6 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde kendini feda şemasının aracı rolü

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT'nin, YAB-7 üzerindeki toplam etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (c yolu; $\beta = .09, t(561) = 3.08, p < .01$). ÇÇT'nin kendini feda şeması üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir (a yolu; $\beta = .21, t(561) = 4.63, p < .001$). Kendini feda şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır (b yolu; $\beta = .09, t(560) = 3.27, p < .01$). Yaş ve BDE değişkenleri de kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın kendini feda şeması ($\beta = -.16, t(561) = -3.81, p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki ($\beta = .19, t(560) = 6.93, p < .001$) etkisi anlamlı düzeydedir. BDE'nin kendini feda şeması ($\beta = .22, t(561) = 4.83, p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .64, t(560) = 20.29, p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olan kendini şeması modele dahil edildiğinde doğrudan etki bakımından ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişki azalmış fakat anlamlılık düzeyinde değişiklik gözlenmemiştir (c' yolu; $\beta = .07, t(560) = 2.42, p < .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE puanları kontrol edildiğinde, kendini feda

şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide kısmi aracılık etkisi gösterdiği gözlemlenmiştir (bkz. Şekil 6).



Şekil 6. ÇÇT'nin YAB-7 ile İlişkisinde Kendini Feda Şemasının Aracı Rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, aracı değişken olan kendini feda şeması yoluyla istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Bootstrapping yöntemine göre belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin kendini feda şemasının kısmi aracılık etkisiyle YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .02; %95 *GA* [.01, .04], *SH* = .01) olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin anlamlı olduğu belirlenmiş olup ($F(4, 560) = 221.52, p < .001$), YAB-7 üzerindeki varyansı %61 oranında açıklandığı görülmektedir (bkz: Tablo 12).

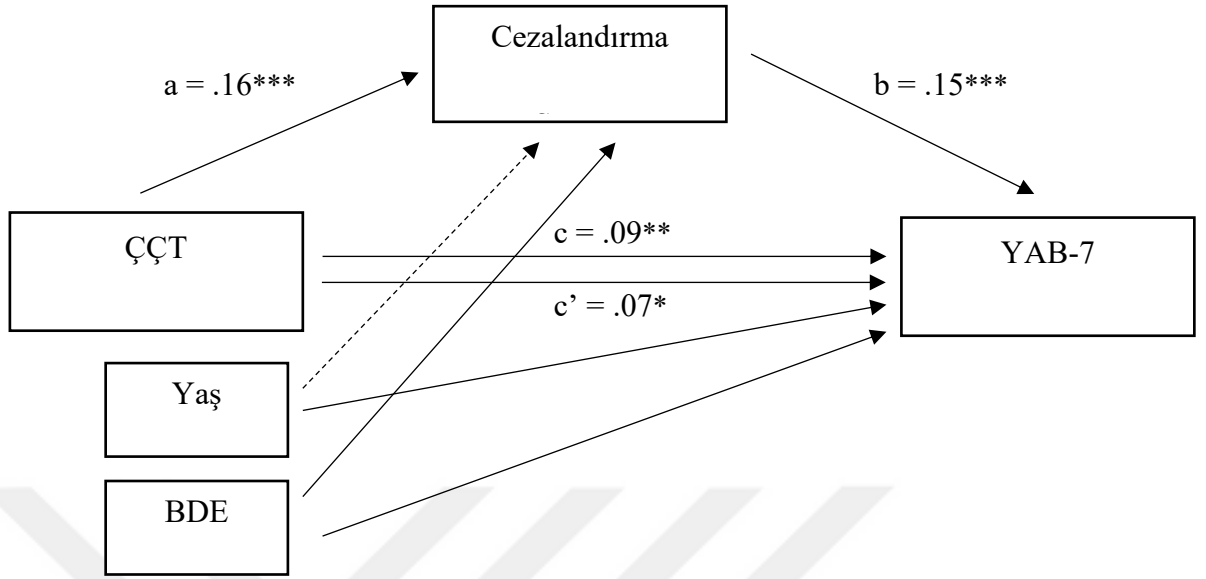
Tablo 12. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Kendini Feda Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

	Sonuç Değişkeni								
	M (Kendini Feda Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
Öncül Değişken	β	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>SH</i>	<i>p</i>
X (ÇÇT)	.21	.00	.000	.09	.01	.002	.07	.01	.016
M (Kendini Feda)	-	-	-	-	-	-	.09	.14	.001
C ₁ (Yaş)	-.16	.00	.000	.18	.01	.000	.19	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.22	.00	.000	.66	.02	.000	.64	.02	.000
$R^2 = .13$			$R^2 = .61$			$R^2 = .61$			
$F(3,561) = 28.78, p < .001$			$F(3,561) = 268.83, p < .001$			$F(4,560) = 221.52, p < .001$			

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y* = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.1.3.7 Çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisinde cezalandırma şemasının aracı rolü

Analiz sonuçlarına göre, ÇÇT'nin, YAB-7 üzerindeki toplam etkisinin anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir (c yolu; $\beta = .09, t(561) = 3.08, p < .01$). ÇÇT'nin cezalandırma şeması üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir (a yolu; $\beta = .16, t(561) = 3.60, p < .001$). Cezalandırma şemasının YAB-7 üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (b yolu; $\beta = .15, t(560) = 5.24, p < .001$) Yaş ve BDE değişkenleri, kontrol değişkenleri olarak modele eklenmiştir. Yaşın cezalandırma şeması üzerindeki etkisi anlamlı değilken, YAB-7 üzerindeki ($\beta = .19, t(560) = 6.96, p < .001$) etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. BDE'nin cezalandırma ($\beta = .34, t(561) = 7.57, p < .001$) ve YAB-7 ($\beta = .61, t(560) = 19.06, p < .001$) üzerindeki etkisi anlamlıdır. Aracı değişken olan cezalandırma şeması modele dahil olduğunda ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişki azalmış ancak anlamlılık düzeyini korumuştur (c' yolu; $\beta = .07, t(560) = 2.33, p < .05$). Bu doğrultuda yaş ve BDE puanları kontrol edildiğinde, cezalandırma şemasının ÇÇT ile YAB-7 arasındaki ilişkide kısmi aracılık etkisinin olduğu görülmektedir (bkz. Şekil 7).



Şekil 7. ÇÇT'nin YAB-7 ile ilişkisinde cezalandırma şemasının aracı rolü

Not: Şekilde standardize beta katsayıları kullanılmıştır, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Kesik Çizgi= Beta değerleri anlamlı değil, Kesintisiz Çizgi= Beta değerleri anlamlı

ÇÇT'nin YAB-7 üzerindeki etkisinin, cezalandırma şeması aracılığıyla istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı, Bootstrapping yöntemi doğrultusunda değerlendirilmiştir. Analiz bulgularına göre, yaş ve BDE etkisi kontrol edildiğinde, ÇÇT'nin cezalandırma şemasının kısmi aracılık etkisiyle YAB-7 üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı (nokta tahmin = .02; %95 *GA* [.01, .04], *SH* = .01) olduğu görülmüştür. Araştırma modelinin anlamlı olduğu ($F(4, 560) = 232.16, p < .001$) ve YAB-7 üzerindeki varyansın %62 oranında açıklandığı görülmektedir (bkz: Tablo 13).

Tablo 13. ÇÇT ve YAB-7 Arasındaki İlişkide Cezalandırma Şemasının Aracı Rolüne İlişkin Analiz Sonuçları

	Sonuç Değişkeni								
	M (Cezalandırma Şeması)			Y (YAB Semptomları)			Y* (YAB Semptomları)		
Öncül Değişken	β	SH	p	β	SH	p	β	SH	p
X (ÇÇT)	.16	.00	.000	.09	.01	.002	.07	.01	.020
M (Cezalandırma)	-	-	-	-	-	-	.15	.16	.000
C ₁ (Yaş)	-.07	.00	.080	.18	.01	.000	.19	.01	.000
C ₂ (Depresyon)	.34	.00	.000	.66	.02	.000	.61	.02	.000
$R^2 = .18$			$R^2 = .61$			$R^2 = .62$			
$F(3,561) = 40.32, p < .001$			$F(3,561) = 268.83, p < .001$			$F(4,560) = 232.16, p < .001$			

Not: Tabloda standardize beta katsayıları kullanılmıştır; Y = İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edilmediği model; Y*= İç içe geçme/bağımlılık şemasının dahil edildiği model

4.2 Tartışma

4.2.1 Çocukluk çağı travma yaşantısı, şema alanları ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkilerin korelasyon ve regresyon analizleri bağlamında değerlendirilmesi

Korelasyon analizinin sonuçları çocukluk çağı travma yaşantısı ile zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle, çocukluk çağı travma deneyimi arttıkça zedelenmiş otonomi ve performans şema alanında yer alan şemaların düzeyi de artmaktadır. Bu bulgu, klinik ve klinik olmayan örneklerle gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir (Cecero, Nelson ve Gillie, 2004; Lumley ve Harkness, 2007; Narimani, Aghdam ve Abolghasemi, 2012; Tezel, Kışlak ve Boysan, 2015; Yiğit ve Erden, 2015).

Çocukluk çağı travma yaşantısı ve zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı arasındaki korelasyon analizi sonuçları, travmatik deneyimlere maruz kalmanın, bireyin kendilik algısına zarar verebileceğini, kendine yönelik olumsuz inançların ve duyguların

içselleştirilmesine yol açabileceğini ve sonuç olarak iç içe geçme/bağımlılık, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık, karamsarlık, terkedilme/istikrarsızlık ve başarısızlık gibi şemaların gelişmesine zemin hazırlayabileceğini düşündürmektedir. Çocuklar, kötü muamele karşısında yaşadıklarını anlamlandırmaya çalışırken, genellikle bakım verenlerin olumsuz davranışlarının sorumluluğunu üstlenme eğilimindedir (Babcock ve DePrince, 2012). Bu eğilim, öz eleştirel düşüncelerin içselleştirilmesine ve bireyin kendisiyle ilgili olumsuz inançlar geliştirmesine neden olabilir (Wright ve diğerleri, 2009). Ayrıca, bakım verenlerinden aldıkları kendi değerlerine yönelik olumsuz mesajlar, benlikle ilgili olumsuz şemaların hem oluşumuna hem de sürdürülmesine katkıda bulunabilir (Sachs-Ericsson ve diğerleri, 2006).

Korelasyon analizinin sonuçları, çocukluk çağı travma yaşantısı ile diğeri yönelimlilik şema alanı (şema boyutları: kendini feda, cezalandırma) arasında da pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle, çocukluk çağı travma yaşantısı arttıkça diğeri yönelimlilik şema alanında yer alan şemaların oluşma ihtimali de artmaktadır. Bu bulgular hem klinik hem de klinik olmayan örneklerle gerçekleştirilen çalışmalar ile tutarlılık göstermektedir (Cecero, Nelson ve Gillie, 2004; Lumley ve Harkness, 2007; Narimani, Aghdam ve Abolghasemi, 2012; Tezel, Kışlak ve Boysan, 2015; Yiğit ve Erden, 2015).

Diğeri yönelimlilik şema alanında yer alan şemalar, ayrılma ve reddedilme şema alanındaki şemalarla başa çıkmak amacıyla gelişmiş olabilir (Arntz ve Jacob, 2013). Ayrılma ve reddedilme şema alanı, bireyin diğer insanlarla güvenli, istikrarlı ve tatmin edici bağlar kuramaması ile karakterizedir. Bu şemalara sahip bireyler, duygusal destek, kabul edilme, bakım, sevgi, saygı ve aidiyet gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmayacağına inanırlar. Bu bireylerin aile ortamları genellikle duygusal istikrarın olmadığı, istismarın sıkça yaşandığı, sevgi ve sıcaklık eksikliğinin hissedildiği, reddedici tutumların yaygın olduğu ya da sosyal açıdan izole bir yapıya sahip ailelerden oluşmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Dolayısıyla, ayrılma ve reddedilme şema alanındaki şemalara sahip bireyler, travmatik deneyimlerin yaşandığı olumsuz aile ortamından kendilerini korumak için, başkalarının ihtiyaçlarını aşırı şekilde karşılamaya odaklanabilirler ve kendini feda şeması geliştirebilirler (Şenkal Ertürk, Kahya ve Gör, 2018). Bu eğilim, ayrılma ve reddedilme şema alanındaki şemaların etkilerini hafifletme çabasıyla açıklanabilir. Öte

yandan, diğeri yönelimlilik şema alanında yer alan cezalandırma şemasına sahip bireyler, olumsuz aile ortamında hem kendilerine hem de başkalarına karşı katı, affedici olmayan ve cezalandırıcı bir tutum geliştirmiş olabilirler. Bu tutum, çocukluk dönemindeki olumsuz davranış ve tutumların bir yansıması olabilir.

Korelasyon analizi sonuçları, çocukluk çağı travma yaşantısı ile yaygın anksiyete semptomları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çocukluk döneminde yaşanan travma deneyimleriyle, yaygın anksiyete semptomlarının da arttığı gözlenmektedir. Bu bulgu, klinik ve klinik olmayan örneklemlemlerle gerçekleştirilen önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Borkovec, Alcaine ve Behar 2004; Fisher, 2007; Gonçaves ve Byrne, 2012; Hayward ve diğerleri, 2020; Hudson ve Rapee, 2005; Kessler ve diğerleri, 2008).

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde, fiziksel ihmal hariç tüm alt boyutların yaygın anksiyete semptomları ile pozitif ve anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Yaygın anksiyete semptomları, çocukluk çağı travmalarının alt boyutları arasında en yüksek korelasyonu duygusal istismar ile göstermiştir ve bu bulgu literatürdeki mevcut çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Araştırmalar, fiziksel ve cinsel istismara kıyasla duygusal istismarın kaygı belirtileriyle daha güçlü bir ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır (Tonmyr ve diğerleri, 2011). Özellikle ergenlik döneminde yapılan boylamsal çalışmalar, duygusal istismarın ilerleyen yıllarda kaygı belirtilerinde artışı öngördüğünü göstermektedir (Hamilton ve diğerleri, 2013). Duygusal istismar, sözlü saldırılar veya küçümseyici davranışlar yoluyla çocuk ile yetişkin arasındaki uyumsuz ilişki örüntülerini içeren bir travma türüdür (Bernstein ve diğerleri, 1994). Bu istismar türünün en belirgin etkilerinden biri, duyguları işleme ve düzenleme süreçlerine zarar vermesidir. Sonuç olarak, bireylerin hem kendi duygularını anlamakta hem de başkalarının duygularına uygun tepkiler vermekte zorlandıkları gözlemlenmiştir. Ayrıca, duygusal istismarın bireyin kendilik algısını olumsuz yönde şekillendirdiği, başkalarına olan güvenini zedelediği ve dünyayı tehlikeli, öngörülemez bir yer olarak algılamasına neden olduğu gösterilmiştir (Edwards ve diğerleri, 2003). Bu tür inançlar, yaygın anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırırken, yetişkinlikte şiddetli kaygı belirtileriyle güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur (Beck ve Emery; 2021). Özellikle birincil

bakıcı veya yakın bir aile üyesi tarafından maruz kalınan duygusal istismar, bireyde derin bir ihanete uğramışlık duygusu yaratabilir ve sağlıklı gelişim süreçlerini sekteye uğratabilir. Bu bağlamda, sözlü istismarın stres ve korku tepkilerini düzenleme kapasitesini bozarak anksiyete semptomlarının gelişimini kolaylaştırdığı öne sürülmektedir (Hamilton ve diğerleri, 2013).

Hiyerarşik regresyon analizi ile yaygın anksiyete semptomlarını yordayan faktörler de belirlenmiştir. Analizin ilk basamağında, potansiyel etkilerini kontrol etmek amacıyla demografik değişkenler analize eklenmiş ve yalnızca yaş ve gelir düzeyinin yaygın anksiyete semptomlarını anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Yaş arttıkça yaygın anksiyete semptomlarında artış görülmesi, yaygın anksiyete bozukluğu tanısının genellikle yetişkinlik döneminde koyulması ve yaşam boyu kademeli olarak birikmesi bilgisiyle uyumlu görünmektedir (Ruscio ve diğerleri, 2017). Çoğu psikolojik sıkıntının aksine, yaygın anksiyete bozukluğunun yetişkinlikten önce başlaması nadirdir ve vakaların çeyreğinden daha azında görülür. Bunun yerine, vakalar ergenlikten 65 yaşına kadar kademeli bir artış göstermektedir (Grant ve diğerleri, 2005; Lieb, Becker ve Altamura, 2005; Ruscio ve diğerleri, 2017). Bununla birlikte, erken başlangıçlı yaygın anksiyete bozukluğu vakaları da bulunmaktadır. Erken başlangıçlı vakalar, semptomların zamanla daha belirgin hale geldiği bir örüntü sergilemektedir. Buna karşılık, yetişkinlikte başlayan vakalar, daha çok stresli yaşam olaylarının tetiklediği endişelerle ilişkili olabilir (Barlow, 2002; Ruscio ve diğerleri, 2017). İleri yaşlarda semptomların artması ise kişilerin yaşam boyunca biriken stresörlere maruz kalmasının bir sonucu olabilir (Blazer, Hughes ve George, 1987; Kendler ve diğerleri, 2003). Ayrıca, tedavi edilmediğinde yaygın anksiyete bozukluğunun kronikleşmesi, semptom şiddetinin giderek artmasına yol açabilir (Ruscio ve diğerleri, 2017). Diğer yandan gelir düzeyinin düşmesi ile yaygın anksiyete semptomlarının artması, ekonomik zorlukların kaygı düzeyini artırdığına dair genel bir eğilim olarak değerlendirilebilir ve literatürde belirtilen düşük gelir düzeyinin yaygın anksiyete bozukluğunun kalıcılığı üzerindeki belirtilen etkileriyle paralellik göstermektedir. Araştırmalar, düşük gelir düzeyinin yaygın anksiyete bozukluğunun daha kalıcı bir seyir izlemesine ve semptomların devam etmesine neden olabileceğini göstermektedir (Ruscio ve diğerleri, 2017). Ancak, ikinci basamakta depresyon semptomlarının analize eklenmesiyle gelir düzeyinin anlamlı bir yordayıcı olma özelliğini kaybettiği görülmüştür. Bu durum, depresif semptomların yaygın anksiyete

semptomları üzerinde, gelir düzeyine göre daha baskın bir faktör olmasından kaynaklanabilir.

Literatürde yaygın anksiyete bozukluğuna en sık eşlik eden tanının majör depresif bozukluk olarak bilinmesi nedeniyle, depresyon semptomlarının yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisini kontrol edebilmek amacıyla, hiyerarşik regresyon analizinin ikinci basamağına depresyon semptomları dahil edilmiştir. Sonuçlar, depresyon semptomlarının yaygın anksiyete semptomlarını anlamlı bir şekilde yordadığını ve demografik değişkenler kontrol edildikten sonra, varyansın önemli bir bölümünü açıkladığını ortaya koymuştur. Literatürde bu iki patolojinin güçlü ilişkisi genetik faktörlere dayandırılmaktadır. Bu bağlamda ikiz çalışmaları, aynı genetik yatkınlığın hem majör depresif bozukluk hem de yaygın anksiyete bozukluğu riskini etkilediğini göstermektedir. Majör depresif bozukluğa duyarlılığı etkileyen tüm genlerin benzer şekilde yaygın anksiyete bozukluğuna duyarlılığı da etkilediği ifade edilmektedir. Başka bir deyişle, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk için ortak bir genetik ve nörobiyolojik yatkınlık olduğu öne sürülmektedir (Gorwood, 2004; Kendler, 1996; Kendler, Gardner, Gatz ve Pedersen, 2007; Kendler, Neale, Kessler, Heath ve Eaves, 1992; Roy, Neale, Pedersen, Mathe ve Kendler, 1995). Depresyon ve anksiyetenin biyolojik ve farmakolojik tedavisine yönelik araştırmalardan elde edilen sonuçlar da bu iki patolojinin ortak bir biyolojik altyapıyı paylaştığına dair ek kanıt sunmaktadır (Abelson ve diğerleri, 1991).

Yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk arasındaki yüksek komorbidite oranı, yukarıda belirtilen biyolojik altyapının yanı sıra, bu iki psikolojik sıkıntının ortak risk faktörleri ve tanısal örtüşmeleri bağlamında da incelenmektedir. Çocukluk çağı travması, kişilik gelişimini etkileyerek nevrotiklik gibi psikolojik kırılganlıkla ilişkili kişilik özellikleri ve işlevsiz bilişsel stiller oluşturabilir. Nevrotik kişilik özelliklerinin, belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz metabilişler gibi değişkenlerle ilişkili olup, hem kaygı hem de depresyon için genel bir risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (Lamers ve diğerleri, 2011). Bu tür kişilik profilleri ve genetik duyarlılık, anksiyete ve depresyon semptomlarının erken başlangıcını kolaylaştırabilir. Eşik altı semptomların, yerleşik depresif ve/veya anksiyete bozukluklarının gelişimini hızlandırdığı ve psikolojik hassasiyet faktörleriyle birleşerek komorbiditeyi daha da kolaylaştırdığı belirtilmektedir

(Ter Meulen ve diğ erleri, 2021). Bununla birlikte, bu iki patoloji arasındaki yüksek komorbidite oranlarının büyük ölçüde mevcut tanı sistemlerinin bir sonucu olabileceği de tartişılmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluğuun tanı kriterleri incelendiğinde, uyku g   l  , konsantrasyon zorluğu, kolayca yorulma ve psikomotor ajitasyon gibi dört ortak semptomun paylaşıldığı görülmektedir. Bu tanıs al örtüşme, komorbidite oranlarının açıklanmasında rol oynayabilir (Zbozinek ve diğ erleri, 2012).

Majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluktan birinin ortaya çıkışının diğ erinin daha sonra ortaya çıkma riskini artıracabileceği de literatürde vurgulanmaktadır. Bu durum, bir tür duyarlılık ya da "tutuşma fenomeni" aracılığıyla açıklanabilir. Tutuşma fenomeni, bir sıkıntının gelişmesinin, bireyi daha sonra diğ er bir sıkıntıya karşı duyarlı hale getirmesi durumunu tanımlar (Post ve Weiss, 1998). Örneğin, zamansal olarak ilk ortaya çıkan majör depresyonun yaygın anksiyetenin başlangıç riskini artıracabileceği veya bunun tam tersinin de geçerli olabileceği öne sürülmektedir (Kessler ve diğ erleri, 2008). Bir sorunun başlangıcı ile ikinci bir sorunun gelişimi arasında nedensel bir ilişki bulunabileceği, özellikle yaygın aksiyetenin majör depresyondan önce geliştiği durumlar da dikkat çekmektedir (der Heiden ve diğ erleri, 2010; Zinbarg ve diğ erleri, 2010). Araştırmalar, yaygın anksiyete bozukluğuunun majör depresif bozukluğuun öncüsü olarak işlev görebileceğini  ne sürmektedir. Kronik anksiyete bozukluklarına sıklıkla ikincil depresyon eşlik ederken, kronik depresyonun nadiren ikincil bir anksiyete bozukluğuyla ilişkilendirilmesi, anksiyete bozukluklarına eşlik eden depresyonun anksiyeteye bağlı bir demoralizasyon olabileceğini de düşündürmektedir. Anksiyete bozukluklarında kaçınma davranışları temel başa çıkma stratejisi olarak öne çıkmakta ve bu davranışların artışı, bireylerin sosyal izolasyon yaşamasına ve depresyon riskinin artmasına neden olabilir (Bittner ve diğ erleri, 2004). Tüm bu nedenlerle, mevcut araştırmanın sonucunda, depresif semptomların yaygın anksiyete semptomlarındaki varyansının büyük bir kısmını açıklaması, literatürle paralellik göstermektedir.

Analize    nc  basamakta eklenen çocukluk  ağı travma yaşantısının, demografik değişkenler ve depresif semptomlar kontrol edildikten sonra yaygın anksiyete semptomlarını pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı, ancak ilişkinin sınırlı olduğu görülmüştür. Literatürde,  ocukluk  ağı travmalarının kaygı (Gibb, Butler ve Beck, 2003; Gibb, Chelminski ve Zimmerman, 2007; Hovens ve

diğerleri, 2016; Kisely ve diğerleri, 2018), özellikle de yaygın anksiyete ile ilişkili olduğuna dair çeşitli bulgulara rastlanmıştır (Gonçalves ve Byrne, 2012; Hayward ve diğerleri, 2020; Hovens ve diğerleri, 2012). Bazı çalışmalar, çocukluk çağı travmalarının yalnızca belirli alt boyutlarının -örneğin, cinsel istismar (Ehrensaft ve diğerleri, 2015), duygusal istismar (Soenke ve diğerleri, 2010), aşırı koruma ve kontrol (Hudson ve Rapee, 2005) ile duygusal ihmalin (Spinhoven ve diğerleri, 2010) - yaygın anksiyete ile ilişkisini ortaya koymuştur.

Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişki, belirli değişkenlerin etkileri kontrol edildikten sonra dahi devam etmektedir. Buna göre, çocukluk çağı travma deneyiminin yaygın anksiyete semptomlarının gelişiminde etkisi olduğu ifade edilebilir. Bağlanma kuramı, travmatik çocukluk deneyimlerinin yetişkinlikteki yaygın anksiyete semptomlarıyla ilişkisini açıklayabilir. Bu bağlamda, yaygın anksiyete semptomlarının karakteristik olarak yaygın doğası (Barlow, 2002), Bowlby'nin güvensiz bağlanma ile ilişkilendirdiği kaygı türüyle paralellik göstermektedir. Bowlby'ye (1973) göre, yaygın kaygı ve genelleşmiş bir tehlike hissi, korkunun kaynağı ne olursa olsun, bireyin bağlanma figürünün zorluk anlarında erişilebilir olacağına dair güven duygusunun eksikliğinden kaynaklanmaktadır. En önemli faktörlerden biri de, bağlanma figürünün varlığına dair belirsizlik yaratan deneyimlerdir. Bir birey, bağlanma figürüne istediği zaman ulaşabileceği konusunda güven duyduğunda, herhangi bir sebepten ötürü bu güveni olmayan birine kıyasla kaygı ve korkuya daha az yatkın olur (Bowlby, 1973).

Çocuğun bakım verenle yaşadığı tekrarlanan günlük deneyimler de kaygı gelişiminde önemli bir etkiye sahip olabilir (Cassidy ve Mohr, 2001; Cassidy ve diğerleri, 2009; Kobak, 1999; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth ve Ziv, 2006). Örneğin, bir çocuğun rahatlama talepleri, özellikle stresli dönemlerde görmezden gelindiğinde, alay konusu yapıldığında ya da reddedildiğinde, kaygı düzeyinin artması beklenir. Bakım sağlamaya çağrıldığında bunu hoşnutsuzlukla karşılamayan bir ebeveynle yaşanan deneyimler, çocuğun tehdit anlarında bakım aramaktan çekinmesine yol açabilir (Cassidy ve Mohr, 2001; Cassidy ve diğerleri, 2009).

Son olarak, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan bireylerin, fiziksel ve/veya psikolojik tehlike algılarında gerçekçi olmayan bilişsel hatalar yaptıklarını gösteren önemli kuramsal (Beck ve Clark, 1997; Beck ve Emery, 2021) ve ampirik (Riskind ve Williams, 2005) literatür bulunmaktadır. Bu bireyler, dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılar, korktukları olayların olasılığını ve şiddetini abartır ve kendi başa çıkma kaynaklarını küçümserler. Bowlby'e (1973) göre, bu tür bilişler, güvensiz bağlanma yaşayan bir çocuğun deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Tehdit karşısında, bağlanma figürü istenen rahatlamayı sağlamazsa, çocuğun dünyayı korkutucu ve kendisini yardım almakta etkisiz olarak algılayan zihinsel temsil modelleri geliştirmesi beklenir. Araştırmalar, güvensiz bağlanma yaşayan çocukların, güvenli bağlanma yaşayan çocuklara kıyasla bu tür olumsuz bilişlere sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Bretherton, Ridgeway ve Cassidy, 1990).

Aile içindeki bakım verenin yarattığı travmatik deneyimler, yukarıda açıklandığı üzere, yaygın anksiyete semptomları için bir risk faktörü oluşturabilir. Ek olarak, çocukluk dönemi ihmal ve istismarının kontrol edilemez deneyimler olduğu ifade edilebilir. Chorpita ve Barlow (1998), kontrol edilemeyen erken yaşantıların kaygı gelişiminin başlıca mekanizması olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu tür deneyimler, yetişkinlikteki deneyimlerinin de kontrol edilemez olarak algılanma ve işlenme olasılığını artırır. Sonuç olarak, bu bilişsel tarz, yaygın anksiyete bozukluğuna yatkınlığa neden olabilir (Chorpita ve Barlow, 1998).

Mevcut çalışma bulguları, çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları için anlamlı bir yordayıcı olduğunu, ancak etkinin depresif semptomlar ve şema alanlarına kıyasla sınırlı bir büyüklüğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonucun çeşitli nedenleri olabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu yalnızca travmatik ya da stresli yaşam olaylarının bir sonucu olarak değil, aynı zamanda öğrenme süreçleri aracılığıyla da gelişebilir. Çocukluk döneminde kaygılı bir bakım verenin model alınması, bireyde tehdit kaynaklarının öğrenilmesine ve kaygılı düşünce kalıplarının gelişmesine neden olabilir. Çocuklar, bakım verenlerinin kaygı tepkilerini ve tehdit kaynaklarına yönelik tutumlarını gözlemleyerek bu bakış açısını içselleştirebilir ve yetişkinlikte benzer kaygı yönetimi stratejileri geliştirebilirler (Fisher, 2007). Bu öğrenme süreçleri bireyler arasında farklılık

gösterebilir ve çocukluk çağı travma deneyiminin etkisinin her bireyde aynı görülmemesine neden olabilir.

Çocukluk çağı travma deneyiminin yaygın anksiyete semptomları üzerindeki yordayıcı etkisinin sınırlı olmasının bir diğer nedeni, travmanın türü ve yoğunluğuna göre farklı etkiler göstermesi olabilir. Ancak, bu çalışmada yalnızca çocukluk çağı travma ölçeğinin toplam puanı ele alınmış olup, alt boyutlarının etkileri detaylı bir şekilde incelenmemiştir. Örneğin, duygusal ihmal, istismar ve aşırı koruma/kontrol gibi travmatik deneyimlerin yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisi daha güçlü olabilirken, fiziksel istismarın etkisi daha sınırlı kalabilir (Ehrensaft ve diğerleri, 2015; Hudson ve Rapee, 2005; Soenke ve diğerleri, 2010; Spinhoven ve diğerleri, 2010). Gelecekteki araştırmalar, travmanın her bir alt boyutunun yaygın anksiyete üzerindeki etkisini ayrı ayrı ele alarak, daha ayrıntılı bulgular ortaya koyabilir.

Bunun yanı sıra, çocukluk çağı travmalarının anksiyete sorunlarının üzerindeki sınırlı etkisi, çevresel faktörlerin genetik yatkınlıkla etkileşim halinde olmasından kaynaklanabilir. Genetik faktörler, bireyin travmatik deneyimlere karşı duyarlılığını belirleyerek, çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisini güçlendirebilir veya zayıflatabilir. Aynı travmatik deneyimleri yaşayan bireylerin genetik yatkınlıkları farklı olduğunda, anksiyete geliştirme risklerinin de farklılaşabileceği öne sürülebilir.

Çocukluk dönemi dışında bireyin yaşamındaki diğer çevresel faktörler de yaygın anksiyete semptomları üzerinde etkili olabilir. Örneğin, yetişkinlikteki stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği veya iş stresi gibi faktörler (Fisher, 2007), çocukluk çağı travmalarının etkisini gölgede bırakabilir.

Son olarak, yetişkinlikte geliştirilen baş etme mekanizmaları da çocukluk çağı travmalarının, yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisini sınırlandırabilir. Terapötik süreçler, sosyal destek sistemleri ve psikolojik dayanıklılık gibi unsurlar, çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerini azaltabilir. Bu mekanizmalar, bireyin çocukluk çağı travmalarından kaynaklı olumsuz etkilerle daha etkili bir şekilde başa çıkmasını sağlayarak, yaygın anksiyete semptomlarının da dahil olabileceği sıkıntıları hafifletebilir.

Korelasyon analizinin sonuçları, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı ile yaygın anksiyete semptomları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Yaygın anksiyete semptomları ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişki literatürde sınırlı sayıda araştırma ile ele alınmış olmakla birlikte, bu araştırmaların bulguları, bu ilişkiyi destekleyen veriler sunmaktadır. Örneğin, Shorey ve arkadaşları (2015) zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının yaygın anksiyete semptomları ile yüksek düzeyde bir korelasyon gösterdiğini rapor etmişlerdir. Benzer şekilde Popa ve arkadaşları (2017), yaygın anksiyete tanılı bireylerin, duygusal ketlenme ve yüksek standartlar şemaları hariç olmak üzere diğer şemalarda kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığını rapor etmiştir.

Zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı hiyerarşik regresyon analizinde son basamağa eklenmiştir. Bulgular, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının yaygın anksiyete semptomlarını pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde yordadığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı düzeyindeki artış, yaygın anksiyete belirti düzeyindeki artışı öngörmektedir. Literatürde, erken dönem uyumsuz şemaların anksiyete semptomlarını yordadığını bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Cámara ve Calvete 2012; Cui ve diğerleri, 2010; Delattre ve diğerleri, 2004; Hawke ve Provencher, 2011, Saritas-Atalar ve Altan-Atalay, 2020; Rhein ve Sukawatana, 2015; Schmidt ve diğerleri, 1995). Bununla birlikte, erken dönem uyumsuz şemaların özellikle yaygın anksiyete semptomlarını yordayıcılığını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Klinik örneklemle gerçekleştirilen bir çalışmada, depresif semptomlar kontrol edildikten sonra yalnızca zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının yaygın anksiyete bozukluğunu yordadığı ve varyansın %15'ini açıkladığı bildirilmiştir (Shorey ve diğerleri, 2015). Mevcut araştırma bulguları, bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Young ve arkadaşları (2013) tarafından ifade edildiği üzere, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanı, bireylerin hayatta kalamayacakları, başarılı bir şekilde performans gösteremeyecekleri ve diğer insanlardan bağımsız olarak işlev gösteremeyeceklerine dair inançlarla karakterizedir. Bu şema alanı ayrıca, bireylerin kendilerine kötü şeyler olacağı ve bu durumu önleyemeyeceklerine yönelik temel inançlarını içermektedir. Bu tür inançlar, bireylerin çevresel tehdit algısının sürekli olarak

yüksek seviyede kalmasına neden olabilir. Sürekli tehdit algısı, bireylerde “tehlikedeyim” düşüncesini pekiştirerek, aşırı tetikte olma ve kontrol çabalarıyla sonuçlanmaktadır. Bu alandaki şemalara sahip bireyler, felaket senaryolarını ve tehlikeli durumları yakın tehdit olarak algılamaya eğilimlidir ve bu tehditlerle başa çıkamayacaklarına dair inançları, endişe ve kaygı düzeylerini artırmaktadır (Hamilton ve diğerleri, 2013; Schrami ve diğerleri, 2011; Camara ve Calvete, 2012). Bu bağlamda, yaygın anksiyete semptomlarının temel özelliklerinden biri olan, sağlık, ilişkiler ve iş gibi birçok yaşam alanına dair sürekli ve aşırı endişe (APB, 2013), zedelenmiş otonomi ve performans şema alanında yer alan şemalarla doğrudan ilişkilidir. Mevcut araştırma bulguları bu bağlamda literatürle uyumludur.

Diğeri yönelimlilik şema alanı ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişki incelendiğinde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu, Koerner ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir araştırma ile paralellik göstermektedir. Özellikle, kendini feda şemasının, bireylerin kişiler arası problemlerini etkileyerek yaygın anksiyete bozukluğu belirti düzeyini artırabileceği vurgulanmıştır (Koerner, Tallon ve Kusec, 2015).

Diğeri yönelimlilik şema alanı, hiyerarşik regresyon analizine son basamakta eklenen bir diğer şema alanıdır. Bulgular, diğeri yönelimlilik şema alanının yaygın anksiyete semptomları üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olmadığını göstermiştir. Bu bulgu, literatürde rapor edilen sonuçlarla kısmen tutarlıdır. Diğeri yönelimlilik şema alanının yaygın anksiyete semptomlarını yordayıcılığını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Mevcut bulgular, Shorey ve arkadaşları (2015) tarafından klinik örneklemle gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada, diğeri yönelimlilik şema alanının yaygın anksiyete semptomlarını anlamlı bir şekilde yordamadığı bildirilmiştir.

Buna karşılık, yaygın anksiyete semptomları yüksek ve düşük seviyede olan iki grup yetişkinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, sürekli anksiyete ve depresyon semptomları kontrol edildiğinde, yaygın anksiyete semptomları yüksek olan bireylerde diğeri yönelimlilik şema alanının yordayıcı etkisi anlamlı bulunmuştur. Özellikle, kendini feda şemasının kişiler arası problemleri etkileyerek yaygın anksiyete semptomlarıyla

ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Koerner, Tallon ve Kusec, 2015). Benzer şekilde, cezalandırma ve onay arama gibi şemaların yaygın anksiyete semptomlarıyla daha yüksek korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (Popa, Rus, Skinner ve Jakab, 2017). Mevcut araştırma ile bu bulgular arasındaki farklılıklar, analiz yöntemlerindeki değişikliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut çalışmanın beklentisi, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı bulunan bireylerin kişiler arası ilişkilerinde aşırı fedakar olmaları (Koerner, Tallon ve Kusec, 2015; Przeworski ve diğerleri, 2011; Salzer ve diğerleri, 2008) ve hatalara karşı esneklik göstermeme eğilimleri (Hazlett-Stevens, 2008) nedeniyle, diğeri yönelimlilik şema alanının yaygın anksiyete semptomlarını yordayacağı yönündeydi. Ancak, bu çalışmada, diğeri yönelimlilik şema alanı regresyon analizine eklendiğinde yaygın anksiyete semptomlarını anlamlı bir şekilde yordamadığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, aracılık analizlerinde bu alanda yer alan şemaların anksiyete semptomlarını anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Bu bulgular, ilgili bölümde detaylı olarak tartışılmıştır.

Deschênes ve diğerleri, (2012), yaygın anksiyete belirtileri yüksek olan katılımcıların, belirtileri düşük olanlara kıyasla başkalarına yönelik daha fazla öfke ve düşmanlık duygusu sergilediklerini ve bu bireylerin başkalarına yönelik algılarının daha olumsuz olduğunu vurgulamaktadır. Bu durum, yaygın anksiyete semptomları yüksek bireylerin başkalarına aşırı duygusal yatırım yapmamayı tercih etmeleriyle de ilişkilendirilebilir. Yaygın anksiyete tanısı almış bireyler, olası hayal kırıklıklarından korunmak amacıyla başkalarını daha olumsuz algılayarak duygusal güvenliklerini sağlamaya çalışıyor olabilirler (Koerner ve diğerleri, 2015).

Analiz sırasında, zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanları, son basamağa birlikte eklenmiştir. Bu bağlamda, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının, diğeri yönelimlilik şema alanının etkisini baskılamış olabileceği düşünülmektedir. Her iki şema alanının birlikte değerlendirildiği modelde, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının daha güçlü bir yordayıcı rol üstlenmesi, diğeri yönelimlilik şema alanının etkisinin ortaya çıkmasını engellemiş olabilir. Ayrıca, bu alandaki araştırmaların sınırlı olduğu ve sonuçların tutarsızlıklar içerdiği göz önünde bulundurulduğunda, bu bulguların büyük oranda tercih edilen yöntemle ilişkili

olabileceği değerlendirilmektedir. Korelasyon, grup karşılaştırması ya da regresyon analizinde kontrol edilen değişkenlerin farklılık göstermesi, literatürdeki sonuçların tutarlılığını etkileyebilmektedir. Diğer taraftan mevcut bulgular, Young ve çalışma arkadaşlarının (2013) erken dönem uyumsuz şemalar ile şemaları sürdüren baş etme mekanizmalarının kaygı bozukluklarının arka planında yer alan etkenler arasında olabileceğini vurguladıkları çalışmaları ile uyumludur.

4.2.2 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne yönelik değerlendirme

Young ve meslektaşları (2009), yaşamın erken dönemlerindeki travmatik ve toksik deneyimlerin psikopatolojiyle ilişkisini açıklarken, erken dönem uyumsuz şemaların bu süreçte aracı bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Çocuklukta gelişen ve o dönemin çevresel koşullarına uyum sağlayan bu şemalar, ilerleyen yaşam dönemlerinde değişen çevresel şartlara adapte olmayı zorlaştırmakta ve bireyde psikolojik sıkıntılara zemin hazırlayabilmektedir (Sheffield, Waller, Emmanuelli, Murray ve Meyer, 2005). Bu bağlamda, literatürdeki bulgular ışığında, yaygın anksiyete semptomlarına katkıda bulunabileceği düşünülen zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanlarına ait şemaların aracılık rolleri, analiz sonuçları doğrultusunda aşağıdaki bölümde tartışılmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkiler, regresyon analizi sonuçları kapsamında önceki bölümde ele alınmış olduğundan, bu ilişkiler bu bölümde tekrar edilmemiştir. Bunun yerine, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide şemaların her birinin aracılık etkisi tek tek tartışılmıştır. Literatürde, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete belirtileri arasındaki ilişki ve bu bağlamda erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolünü inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış olması, aşağıda sunulan tartışma bölümünün içeriğini sınırlandırmıştır.

4.2.2.1 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide iç içe geçme/bağımlılık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Elde edilen bulgular sonucunda, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide iç içe geçme/bağımlılık şemasının tam aracılık rolü üstlendiği belirlenmiştir. Literatürde, yaygın anksiyete semptomları ile iç içe geçme/bağımlılık şeması arasındaki ilişkiyi destekleyen birçok bulgu bulunmaktadır. Çok sayıda çalışma, yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylerin ailelerinin müdahaleci, kontrolcü ve kısıtlayıcı bir tutum sergilediklerini göstermektedir (Craske ve Waters, 2005; Dadds ve diğerleri., 1996; Hudson ve Rapee, 2004; LaFreniere ve Dumas, 1992; Rapee, 1997, 2001;). Ayrıca, bu ailelerde iç içe geçmiş rol değişimlerinin yaşandığını gösteren kanıtlar da mevcuttur (Cassidy ve diğerleri., 2009; Fisher, 2007).

İç içe geçme/bağımlılık şeması, bireyin günlük sorumluluklarını başkalarının desteği olmadan etkili bir şekilde yerine getiremeyeceğine, hayatta kalamayacağına ya da mutluluğu bulamayacağına dair inancını temsil eder. Bu şema, bireyleşme veya normal sosyal gelişimi riske atacak şekilde önemli kişilerle aşırı duygusal katılım ve yakınlık olarak tanımlanır. Çocukluk döneminde aşırı koruyucu veya kontrolcü ebeveyn tutumları, duygusal ve fiziksel ihmal ya da tersine dönen ebeveyn-çocuk ilişkileri ve duygusal istismar, bu şemanın oluşmasına neden olabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Bağlanma kuramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, tutarsız ebeveynlik ve kaygılı bağlanma, çocuğun çevresi üzerindeki kontrol algısını zayıflatır. Çocuk, başkalarının onayı ve desteğine bağımlı hale gelirken, kendi etkinlikleri ve değerleri konusunda şüpheler geliştirebilir. Bu durum, bakım verenin tutarlılığı ve güvenilirliği konusunda belirsizlik yaratır. Çocuk, bakım verenin mevcut olup olmayacağı konusunda sürekli bir endişe ve güvensizlik içinde büyür (Bowlby, 1973). Bu kaygı hali, yaygın anksiyete bozukluğunun temel semptomlarından biridir ve kaygı döngüsünü besler. Yaygın anksiyete tanılı bireylerin ilişkilerinde bağımlılık gösterdiklerine dair kanıtlar mevcuttur. Yoon ve Zinbarg (2007), bu bireylerin evlilik ya da evlilik benzeri bir ilişki içerisinde olma eğiliminde olduklarını öne sürmüştür. Ayrıca, kişilerarası bağımlılık düzeyinin artmasının anksiyete semptomlarındaki artışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Yoon ve

Zinbarg, 2007). Sürekli bir endişe hali yaşayan bu bireylerin, güvenlik ihtiyacını karşılamak amacıyla kişiler arası ilişkilerinde bağımlılık eğilimi geliştirme olasılığı anlaşılabilir bir durumdur.

Benzer şekilde, bakım sağlamak için çağrılmaktan rahatsız olan bir ebeveynle yaşanan deneyimler, çocuğun tehdit anlarında bakım aramaktan çekinmesine yol açabilir. Daha aşırı durumlarda ise, ebeveyn-çocuk ilişkisinin tersine dönmesi ve çocuğun kendisinin yanı sıra ebeveyninin de refahını sağlama görevi üstlenmesi gerekebilir (Bowlby, 1973). Bu durum, “ebeveynleşme” kavramıyla da örtüşmektedir. Ebeveynleşme, çocuğun gelişimsel olarak yaşına uygun psikolojik ihtiyaçlarını bir kenara bırakıp ebeveyninin duygusal veya fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya yönlendirilmesiyle tanımlanabilir (Haxhe, 2016). Duygusal istismar ve ihmalin bir formu olarak değerlendirilen ebeveynleşme (Schorr ve Goldner, 2023), aynı zamanda ebeveynin çocuğun psikolojik farklılığını kabul etmemesiyle birlikte ebeveyn ve çocuk arasındaki psikolojik sınırların ihlalini de içerir (Nuttall ve diğerleri, 2019). Bu tür bir sınır ihlali, çocuğun ebeveynin duyguları, düşünceleri ve arzularıyla iç içe geçmesine ve bunlarla birleşmesine yol açabilir (Nuttall ve diğerleri, 2019). Nitekim, yapılan nitel çalışmalar, ebeveynleşme deneyimi yaşayan bireylerin erken yaşlardan itibaren ebeveynleri tarafından kimliklerinin gasp edildiğini ifade ettiğini göstermiştir. Bu bireyler kendilerini yabancılaşmış, var olmayan, kafası karışık hissetmekte ve kendilerini ayrı bireyler olarak tanımakta zorluk yaşamaktadırlar (Schorr ve Goldner, 2023). Bu tür dinamikler çocuğun gelişimsel kapasitesini aşan bir yük oluşturur. Bağlanma figürünün hem yeterli destek sağlayamaması hem de desteğe ihtiyaç duyan bir birey olması, çocuğun kaygı düzeyini artırır. Güvensiz bir bağlanma figüründen güvenlik elde etmenin zorluğu, çocuğun kendi yeterliliğiyle ilgili şüphelerini derinleştirir ve bu da uzun vadeli kaygı düzeyini besler (Bowlby, 1973). Bağımsızlığın gelişimini de engelleyerek, bireyin kendi başına karar alma ve problem çözme becerilerine duyduğu güveni azaltarak kaygı semptomlarının ortaya çıkmasına katkı sağlayabilir. Bunun yanı sıra, bu bireylerin sevgiye ve tatmin hissine ulaşmak amacıyla başkalarına karşı bakım verici davranışlar sergilemeleri ve koşullu bir yetiştirilme tarzına maruz kalmaları (Borkovec ve diğerleri, 2014), ilişkilerde bağımlılık geliştirme olasılığını artırabilir.

Bununla birlikte, yaygın anksiyete yaşayan bireylerin sosyal ilişkilerinde, özellikle aile ve arkadaş çevrelerinde, problemlerle karşılaşabildikleri bildirilmiştir (Henning ve diğerleri, 2007; Yoon ve Zinbarg, 2007). Bazı bireyler için iç içe geçme/bağımlılık şemasından kaçınmanın bir yolu olarak ilişkilerden uzak durma stratejisinin de bir seçenek olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı travmalarının yaygın anksiyete semptomlarını iç içe geçme/bağımlılık şeması aracılığıyla dolaylı olarak etkileyebileceği görülmektedir. Elde edilen sonuçlar, literatür ile tutarlılık göstermektedir. Aşırı koruma, ihmal ve istismar gibi travmalar iç içe geçme/bağımlılık şemasının oluşumuna zemin hazırlarken, bu şemanın aracılık etkisiyle yaygın anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir.

4.2.2.2 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Araştırma bulguları kapsamında, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının tam aracılık rolü üstlendiği belirlenmiştir.

Travmatik olayların ve sonuçlarının olumsuz bir şekilde değerlendirilmesi, bireyde tehdit algısını güçlendirebilir. Bu olumsuz değerlendirmeler, dışsal düşüncelerle (“Dünya korkutucu bir yer, ben oldukça savunmasızım”) ve içsel düşüncelerle (“Ben yeteneksiz biriyim, asla eski halime dönemem”) birleşerek güncel bir tehdit hissi yaratır (de Han, Ganser, Münzer, Witt ve Goldbeck, 2017). Hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması da, yaklaşan felaketten korkma, bu felaketten korunamayacağına inanma ve durumu değiştiremeyeceğine dair bir çaresizlik duygusu ile karakterizedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Bu şemanın etkisi, yaygın anksiyetenin bilişsel modelindeki temel unsurlarla örtüşmektedir. Bilişsel modele göre, anksiyetenin şematik organizasyonunda “genel tehdit” ve “kırılganlık” şemaları, bireyin çevresel tehditlere karşı kendisini savunmasız, çaresiz ve zarar görmeye açık hissetmesiyle ilişkilidir (Beck, 1985; Beck ve Emery, 2005). Bu bağlamda, bireyde çevreden gelebilecek tehlikelere karşı aşırı hassasiyet,

potansiyel riskleri abartma ve başa çıkma becerilerine yönelik güvensizlik ön plandadır. Benzer şekilde, bu sorun ile ilişkili temel inançlar arasında, dünyanın korkutucu, tehlikeli ve güvensiz bir yer olduğuna dair inançlar bulunmaktadır (Borkovec ve Newman, 1998). Kaygı sorunlarındaki şemalar, bireyin önemli kişisel yaşam hedeflerine ve hayati çıkarlarına daha spesifik bir şekilde odaklanır ve gelecekteki tehditler, 'ya olursa' tarzındaki inançlarla ilişkilidir (Clark ve Beck, 2010). Bu inançlar, bireylerin her an bir tehdit ya da tehlike ile karşılaşabileceğine dair sürekli kaygı duymalarına yol açar.

Dugas ve meslektaşları (2004) ise, belirsizliğe tahammülsüzlüğün patolojik endişe ve yaygın anksiyete için nedensel bir faktör olduğunu öne sürdükleri bir model önermişlerdir. Bu yapı, Dugas, Buhr ve Ladouceur (2004) tarafından, belirsizlik içeren durum ve olaylara yönelik olumsuz duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler geliştirme eğilimi şeklinde açıklanmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz durumlarla başa çıkmada güçlüklerle birlikte, belirsizliğin olumsuz olarak değerlendirildiği ve kaçınılması gerektiği inancıyla ilişkilidir. Bu inançlar, önemli yaşam hedefleri ve kaygılarla ilgili kişisel tehdit ve kırılganlık şemalarıyla birlikte aktive olduğunda, yaygın anksiyetenin temel semptomu olan aşırı endişeye yol açmaktadır (Clark ve Beck, 2010).

Özetle bu çalışmanın bulguları, çocukluk çağı travmalarının, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması üzerinden yaygın anksiyete belirtilerine yol açabileceğini ortaya koymaktadır ve bu bulgu literatürle örtüşmektedir. Travmatik deneyimler hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemasının oluşumuna zemin hazırlarken, bu şemanın aracılık etkisiyle yaygın anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir.

4.2.2.3 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide karamsarlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Aracılık analizleri sonucunda, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide karamsarlık şemasının tam aracılık rolü üstlendiği belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin dünyaya ve kendilerine dair olumsuz inançlar geliştirmelerine yol açabilir (Beck, 1985). Travmatik yaşantılar, bireyin çevresini güvensiz ve tehlikeli bir yer olarak algılamasına neden olurken, bu algı gelecekte de devam eden kronik bir karamsarlık eğilimine dönüşebilir. Çocuklukta yaşanan duygusal

ya da fiziksel travmalar, kişinin olaylara karşı aşırı olumsuz bir tahmin yapmasına yol açarak "her şey ters gidecek" inancını güçlendirebilir (Young, 1990) ve karamsarlık şemasının oluşumunu tetikleyebilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Karamsarlık şeması, insanların hayatlarının olumsuz yönlerine yoğun ve sürekli bir şekilde odaklanmalarına neden olur. Bu şemaya sahip kişiler, olumlu ya da umut verici unsurları küçümser ve göz ardı ederler. Hayatlarında iyi giden şeylerin yakında tersine döneceğine, profesyonel, finansal veya kişilerarası durumlarında önemli sorunların mutlaka ortaya çıkacağına dair gerçekçi olmayan bir beklentiye sahiptirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Young, Klosko ve Weishaar'a (2009) göre, bu şemaya sahip kişiler, olumsuz olayların olasılığını abarttıkları için genellikle kronik endişe ve aşırı dikkat eğilimindedir. Benzer şekilde, yaygın anksiyete bozukluğu günlük yaşamın sağlık, aile, iş hayatı ve sosyal ilişkiler gibi farklı yönlerinde aşırı ve sürekli kaygı duygusu ile tanımlanır. Bu kişiler, küçük olaylardan kaynaklanan kaygıların yanı sıra, sosyal yaşantı, iş yaşamı, eğitim, gelecekteki ilişki problemleri ve hatta bir gün iflas etme ihtimali gibi çok çeşitli konularda sürekli bir endişe hali içinde olabilirler. Ayrıca sıklıkla "eğer" içeren ifadeler kullanarak, olumsuz düşünceler etrafında şekillenen felaket senaryoları oluştururlar (Albano ve Hack, 2004). Tüm bunlar, yaygın anksiyetede sıkça görülen bilişsel çarpıtmalarla da örtüşmektedir. Felaketleştirme, etiketleme, olumsuz sonuçlara aşırı odaklanma ve tehlikenin diğer uyaranlara genellenmesi, yaygın anksiyetenin bilişsel modelinde vurgulanan düşünce hatalarıdır (Beck ve Emery, 2021). Ek olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük modeli, yaygın anksiyete yaşayan bireylerin olası tehdit edici olayların belirsizliğinden rahatsız oldukları ve bu nedenle olumsuz sonuçları tahmin etme ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Dugas ve diğerleri, 2015).

Çocukluk çağı travmalarının karamsarlık şeması üzerinden yaygın anksiyete semptomlarına katkısı ebeveynleşme kavramı bağlamında da ele alınabilir. Çeşitli travmatik deneyimler sonucunda ebeveynleşmiş çocuklar, yalnızca kendilerini değil, aile bireylerini ve bütünlüğünü de koruma görevini üstlenirler. Bu tür bir deneyim, çocuğun kendini ve çevresini sürekli yaklaşan ve kaçınılmaz bir felaketin eşiğinde gibi algılamasına yol açarak, karamsar bir bakış açısına neden olabilir (Schorr ve Goldner, 2023). Ebeveynlerinin ruh hali ve fiziksel durumlarındaki değişimleri titizlikle izlemek ve her an bir krizi önlemeye çalışmak, çocuğun sürekli tetikte olmasına ve kaygı içinde

yaşamasına neden olur. Bu durum, yaygın anksiyete bozukluğunun temel özelliklerinden biri olan sürekli endişe halini pekiştirir.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, yaygın anksiyetenin etiyolojisinde yer alan, ortaya çıkan bir sorunun bir felakete neden olacağına dair inanç (Dugas ve diğerleri, 1995) ve gelecekteki olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olma amacıyla endişelenme eğilimi (Borkovec, 1994) ile, her şeyin ters gideceğine yönelik olumsuz ve karamsar bir bakış açısını yansıtan karamsarlık şemasının ilişkili olması beklenen bir sonuçtur.

Özet olarak, çocukluk dönemi travmalarının, karamsarlık şeması aracılığıyla yaygın anksiyete semptomlarını tetikleyebileceği ve bu bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Travmatik deneyimler bireylerin kendileri ve çevreleri ile ilgili olumsuz inançlar geliştirmeleri ile birlikte karamsarlık şemasının oluşumuna zemin hazırlarken, bu şemanın aracılık etkisiyle yaygın anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir.

4.2.2.4 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide terkedilme/istikrarsızlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Bu çalışmada kapsamındaki analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide terkedilme/istikrarsızlık şemasının tam aracılık rolünü ortaya koymuştur.

Terkedilme/istikrarsızlık şeması, bireylerin yakın ilişkilerinde istikrar ve güven eksikliği algılamalarına yol açar. Young, Klosko ve Weishaar'a (2009) göre, bu şemaya sahip bireyler, sevdikleri kişilerin ölebileceğine, onları daha iyi birileri için terk edebileceğine ve dolayısıyla sevgi, güvenlik ve destek ihtiyaçlarının karşılanamayacağına inanırlar. Bu şemanın gelişiminde, bireyin çocukluk döneminde karşılaştığı travmatik olayların önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Young, 1990). Çocukluk çağında yaşanan ebeveyn kayıtsızlığı, ihmal, boşanma veya ebeveyn ölümü gibi travmatik olaylar, bireyin ilişkilerde güven hissini zedeleyerek terkedilme korkusunun gelişmesine yol açabilir (Roemer ve diğerleri, 1997; Kessler ve diğerleri, 2008). Bağlanma kuramı bağlamında, bu tür deneyimlerin bireylerin başkalarına güvenlerini ve ilişkilerdeki istikrar algılarını olumsuz yönde şekillendirdiği bilinmektedir (Bowlby, 1973).

Araştırmalar, yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylerin geçmiş çocukluk deneyimlerinde daha sık ihmal edilme, duygusal yoksunluk, ebeveyn ayrılığı veya ölüm gibi travmatik yaşantılarla karşılaştıklarını göstermektedir (Borkovec ve diğerleri, 2004; Torgersen, 1986). Bu bireylerin, özellikle yakın ilişkilerde hissettikleri terkedilme korkusunun, sürekli bir kaygı hali oluşturabileceği ve bu durumun yaygın anksiyete semptomlarını pekiştirebileceği düşünülmektedir. Terkedilme/istikrarsızlık şemasına sahip bireyler, ilişkilerindeki belirsizliklere karşı aşırı hassasiyet gösterir ve sevdikleri kişilerden gelen en küçük bir mesafeyi bile yoğun bir terkedilme kaygısıyla yorumlayabilirler. Bu tür düşünce kalıpları, yaygın anksiyetenin temel bir özelliği olan sürekli ve aşırı kaygıyı tetikleyebilir.

Sonuç olarak, çocukluk döneminde yaşanan özellikle ihmal gibi travmaların, terkedilme/istikrarsızlık şeması aracılığıyla yaygın anksiyete belirtilerini tetikleyebileceği, bu araştırmanın bulguları ve literatürle uyumlu olarak desteklenmiştir.

4.2.2.5 Çocukluk Çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide başarısızlık şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Gerçekleştirilen aracılık analizleri kapsamında elde edilen bulgular, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide başarısızlık şemasının tam aracılık rolü oynadığını ortaya koymuştur.

Başarısızlık şeması, bireylerin kendilerini eğitim, mesleki kariyer, spor gibi performans gerektiren alanlarda akranlarına kıyasla yetersiz ve başarısız olarak algılama eğilimlerini ifade eder (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Bu şema, bireylerde “başaramayacağım” inancı yaratarak, özgüvenin azalmasına ve kendini gerçekleştirme fırsatlarının kısıtlanmasına neden olabilir. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin, bireylerin başarısızlık şemasını geliştirmelerinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Özellikle, ebeveynlerin çocuklardan yüksek başarı beklentileri, sürekli eleştiriler, yaşlılarıyla kıyaslama ve destekleyici bir ortamın eksikliği, bireyde bu şemanın temelini oluşturabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Yaygın anksiyete bozukluğu, bireylerin sıklıkla performans gerektiren durumlarda aşırı kaygı ve endişe yaşamalarıyla karakterizedir (Albano ve Hack, 2004; Nevid ve diğerleri, 2018). Araştırmalar, yaygın anksiyete semptomlarının yetişkin bireylerde iş hayatında ve

genç bireylerde akademik yeterlilik gibi alanlarda yoğunlaştığını ortaya koymaktadır (Hennin ve diğerleri, 2007; Barlow ve Durand, 2015). Başarısızlık şemasına sahip bireyler, kendilerinden beklenen performansı yerine getirememe endişesi nedeniyle bu kaygıyı daha yoğun yaşayabilirler. Başarısızlık şeması, bireyin performans kaygısını yükselterek yaygın anksiyetenin temel belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir mekanizma olabilir.

Yaygın anksiyete bozukluğu ile mükemmeliyetçilik arasında kurulan ilişki (Handley ve diğerleri, 2014), başarısızlık şemasına sahip bireylerin bu inançlarını mükemmeliyetçilik aracılığıyla telafi etmek için aşırı çaba gösterebileceğini ve bu durumun kaygı düzeyini artırabileceğini göstermektedir. Bazı çalışmalar, mükemmeliyetçiliğin yaygın anksiyetede rolünü, “endişenin bir kaçınma davranışı olarak kullanılması” hipoteziyle ilişkilendirebileceğini göstermektedir (Dygdon ve Dienes, 2014). Mükemmeliyetçiliğin, endişeli düşünceler ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Chang ve diğerleri, 2007). “Mükemmel olmaya” fazla değer vermeyi öğrenmiş bireyler için, mükemmelin tehdit edilmesi, bireyin sıkıntı yaşamasına yol açabilecek uyarıcı nitelik taşıyabilir. Bu durumda, endişelenmek, bu sıkıntıyı azaltmak için makul bir yanıt olarak seçilebilir (Dygdon ve Dienes, 2014).

Özetlemek gerekirse, özellikle duygusal istismar gibi çocukluk dönemi travma deneyimlerinin, başarısızlık şeması aracılığıyla yaygın anksiyete semptomlarını tetikleyebileceği, literatürle uyumlu bir şekilde bu çalışmanın bulguları ile desteklenmiştir.

4.2.2.6 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide kendini feda şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Analiz bulguları doğrultusunda, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide kendini feda şemasının kısmi aracılık rolü üstlendiği belirlenmiştir.

Kendini feda şeması, bireylerin başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının önünde tutma eğilimini ifade eder. Bu bireyler, başkalarının acı çekmesini önlemek, suçluluk duygusundan kaçınmak, daha olumlu bir benlik algısı geliştirmek veya önemli gördükleri kişilerle duygusal bağ kurabilmek amacıyla bu davranışı sürdürebilirler (Young, Klosko

ve Weishaar, 2009). Şema literatürü, bu eğilimin genellikle çocukluk döneminde oluştuğunu ve aile dinamiklerinden büyük ölçüde etkilendiğini ortaya koymaktadır. Özellikle, çocuğunu koşullu bir şekilde kabul eden, kendi duygularını ve ihtiyaçlarını ön planda tutan ebeveynler, çocuğun kendini feda şeması geliştirmesine zemin hazırlayabilir. Bu tür ailelerde çocuk, onay ve sevgi kazanabilmek için kendi ihtiyaçlarını bastırarak ebeveynlerinin beklentilerini karşılamaya odaklanır (Young, Rafaeli ve Bernstein, 2013).

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişiler arası ilişkilerin incelendiği çalışmalarda, bu bireylerin sıklıkla pasiflik, aşırı uyum sağlama ve kendini feda etme davranışları sergiledikleri; aynı zamanda müdahaleci ya da bağımlı ilişkiler kurmaya eğilimli oldukları ifade edilmektedir (Malivoire ve diğerleri, 2020; Shin ve Newman, 2019). Mennin ve arkadaşları (2004) çalışmasında, yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylerin, insanlara karşı net bir tavır sergilemekte ve öfkelerini ifade etmekte zorlandıkları; başkalarının duygularını incitmekten korktukları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, bu bireylerin benlik saygılarının düşük olduğu ve başkalarının onayını kaybetme riskini almaktan kaçındıkları görülmüştür (Mennin, Turk, Heimberg ve Carmin, 2004). Bu durum, birey için başlı başına bir endişe kaynağı oluşturur, çünkü sosyal ilişkilerde onaylanmama ihtimali, benlik algısını tehdit eden bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Ebeveynleşme bağlamında ele alınacak olursa, çocukluk çağında yaşanan ilişkisel travmaların en belirgin örneklerinden biri olan bu durum, çocuğun kendi gelişimsel ihtiyaçlarını geri plana atarak ebeveyninin duygusal veya fiziksel bakımını üstlenmesini ifade eder (Haxhe, 2016). Schorr ve Goldner'ın (2023) çalışması, ebeveynleşmiş bireylerin çocuklukta yoğun bir kaygı, korku ve tükenmişlik yaşadıklarını, bu durumun ise onların benlik algısını bozarak ilişkisel dünyalarını şekillendirdiğini göstermektedir. Bu bağlamda, kendini feda şeması, ebeveynleşmiş bireylerin erken dönemde edindikleri bakım verici rolün bir uzantısı olarak düşünülebilir. Çocuklukta ebeveynin ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının önüne koyarak hayatta kalmaya çalışan birey, yetişkinlikte de başkalarının duygusal ve fiziksel iyiliğini kendi refahından üstün tutma eğiliminde olabilir. Bu eğilim, yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerini artırabilir; çünkü birey, kendi ihtiyaçlarını dile getirmekten kaçınarak sürekli bir kaygı içinde yaşar ve çevresindeki insanların memnuniyetini sağlamak adına aşırı bir sorumluluk hisseder.

Bu kişilerarası tarzlar, bireyin kendi duygularını ve ihtiyaçlarını ifade edememesine, dolayısıyla bu duyguların birikerek kaygı ve stres düzeyinin artırmasına neden olabilir. Yaygın anksiyete bozukluğunun temel özelliklerinden biri olan sürekli ve yaygın kaygı, bu dinamikler tarafından daha da pekişebilir. Kendini feda şeması, bireyin başkalarının ihtiyaçlarını önceliklendirme eğilimi nedeniyle kendi ihtiyaçlarını ihmal etmesine yol açarak, yaşam üzerindeki kontrol algısının kaybolmasına neden olabilir. Bu kontrol kaybı, bireyin kaygı düzeyini artırabilir. Ayrıca, bireyin sürdürülebilir bir şekilde herkesi memnun etme hedefi gerçekçi olmayan bir beklentidir. Bu hedefe ulaşamamak, onay kaybı endişesini artırarak yaygın anksiyete semptomlarının şiddetlenmesine katkıda bulunabilir.

4.2.2.7 Çocukluk çağı travma deneyimi ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide cezalandırma şemasının aracı rolünün değerlendirilmesi

Aracılık analizleri bulgularına göre, çocukluk çağı travmaları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide cezalandırma şemasının kısmi aracılık rolü üstlendiği belirlenmiştir.

Cezalandırma şemasına sahip kişiler, hata yapmanın hoş görülemeyecek bir şey olduğunu ve bunun sonucunda sert bir şekilde cezalandırılmayı hak ettiklerini düşünürler. Bu düşünce hem kendilerine hem de başkalarına yönelik bir tutum olarak kendini gösterir. Bu inanç, beklentilerini veya standartlarını karşılamayan kişilere karşı öfke, hoşgörüsüzlük, cezalandırma ve sabırsızlık ile karakterizedir. Bu şema alanına sahip bireyler, aile içinde aşırı eleştiriye, yüksek beklentilere maruz kalmış veya koşullu sevgi gösterilmiş olabilir. Ailede duygusal empati eksikliği, çocuğun kendisini affetmekte zorluk çekmesine ve hata yapmanın sonuçlarına aşırı odaklanmasına neden olabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009).

Yaygın anksiyete semptomları ile birlikte görülen mükemmeliyetçilik inancı, bu şema ile benzerlik gösterebilir. Teorik olarak, kişinin kendine aşırı yüksek beklentiler yüklemesi, bu standartlar karşılanamadığında daha fazla öfkeye yatkın hale gelmesine neden olabilir (Smith ve Ellsworth, 1985). Ayrıca, başkalarının kişiden makul olmayan derecede yüksek beklentilere sahip olduğunu algılamak, bu durumu bir adaletsizlik ya da hedeflerin yerine

getirilememesi olarak algıladığı için öfkeyi tetikleyebilir (Horan ve diğerleri, 2010). Öfkenin yaygın anksiyete semptomları ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Deschênes ve diğerleri, 2012; Fracalanza ve diğerleri, 2014). Cezalandırma şeması ve mükemmeliyetçilik arasında bir bağlantı kurulabilir, çünkü her iki durumda da bireyler, standartların karşılanmadığı veya beklentilerin yerine getirilmediği durumlarla başa çıkmada zorluk çekerler. Mükemmeliyetçilik, bireylerin kendilerine ve başkalarına yönelik çok yüksek beklentiler oluşturmalarına yol açarken, bu beklentiler karşılanmadığında öfke ve cezalandırma eğilimleri devreye girebilir. Her hatanın adil bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanan bir birey için, hata yapma olasılığı cezalandırılma beklentisinden kaynaklanan tehdit edici bir unsur olarak kaygıyı da beraberinde getirebilir. Ancak, bu yorumların desteklenebilmesi için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada, çocukluk çağı travma yaşantıları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide zedelenmiş otonomi ve performans ve diğeri yönelimlilik şema alanlarında yer alan şemaların aracılık etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca yaygın anksiyete semptomlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda, araştırma, yaygın anksiyete semptomlarının gelişimine katkı sağlayan faktörlere dair bilgileri genişleterek literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra, uluslararası literatürde, çocukluk dönemi travmaları, erken dönem uyumsuz şemalar ve yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkileri inceleyen sınırlı sayıda araştırma olsa da, ulusal literatürde bu değişkenlerin ilişkilerini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda, mevcut araştırmanın, yaygın anksiyete semptomlarının şema terapi perspektifinden değerlendirilmesine yönelik katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Hiyerarşik regresyon analizine göre yaş, tüm basamaklarda yaygın anksiyete semptomlarını pozitif ve anlamlı bir şekilde yordamıştır. Literatür, yaygın anksiyete bozukluğunun ergenlikten itibaren görülme sıklığında kademeli bir artış olduğunu belirtmektedir (Grant ve diğerleri, 2005; Lieb ve diğerleri, 2005; Ruscio ve diğerleri, 2017). Bu durum, yaygın anksiyete bozukluğunun yaşamın farklı dönemlerinde stresli yaşam olaylarıyla tetiklenebileceğine ve şiddetlenebileceğine işaret etmektedir (Blazer ve diğerleri, 1987; Kendler ve diğerleri, 2003). Yaygın anksiyete semptomları ile depresif semptomların örtüşmesi ve sıklıkla bir arada görülmesi dikkate alınarak, mevcut araştırma kapsamında regresyon analizinin ikinci basamağında, depresif semptomların etkisi kontrol edilmiştir. Depresif semptomların yaygın anksiyete semptomlarını önemli bir oranda yordadığı görülmüştür. İlgili kuramsal çerçeveye göre, depresyon ve anksiyete arasındaki genetik yatkınlık, ortak hassasiyetler ve kişilik özellikleri, bu iki patolojinin çoğunlukla bir arada görülmesine katkı sağlamaktadır. Demografik değişkenler ve depresif semptomlar kontrol edildikten sonra çocukluk çağı travma deneyimlerinin, yaygın anksiyete semptomlarını anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür. Çocukluk dönemindeki travmatik yaşam olayları, bireylerin kendisi, çevresi ve dünya hakkında

olumsuz inançlar geliştirmesine yol açarak anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynayabilir. Regresyon analizinin son aşamasında, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanının yaygın anksiyete semptomlarını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, diğeri yönelimlilik şema alanının yaygın anksiyete semptomlarını yordamada anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Diğeri yönelimlilik şema alanıyla ilgili bu bulgu, literatürle kısmen tutarlılık göstermektedir ve araştırma sonuçları arasında ortaya çıkan farklılıkların, örneklem özellikleri ya da analiz tercihleri gibi yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Aracılık analizleri sonuçları, yaygın anksiyete semptomlarının gelişimi bağlamında, travmatik deneyimlerin ve erken dönem uyumsuz şemaların etkisini ortaya koymaktadır. Bulgular, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanında (i ie geçme/bağımlılık, karamsarlık, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık, başarısızlık, terkedilme/istikrarsızlık) yer alan tüm şemaların, çocukluk ağı travma yaşantıları ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide tam aracılık ettiğini göstermiştir. Bu bulgular, travmatik deneyimlerin bireyin bağımsızlık ve yeterlilik ile ilgili olumsuz inançlar geliştirmesine neden olabileceğini göstermektedir. Travma, bireyin kendisi ve çevresi hakkında geliştirdiği uyumsuz şemaları şekillendirerek bu inançların daha kalıcı hale gelmesine yol açabilir. Bu bağlamda, zedelenmiş otonomi ve performans şema alanında yer alan şemalar, bireyin dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılamasına ve/ya kendi yeterliliğini sorgulamasına yol açabilir. Bu tür şemalar, sürekli bir tehdit algısı ve çaresizlik duygusu yaratarak yaygın anksiyete semptomlarının gelişimini tetikleyebilir. Mevcut araştırma sonuçları, çocukluk ağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisinin, en belirgin şekilde karamsarlık şeması aracılığıyla ortaya çıktığını göstermiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu, günlük yaşamın çeşitli alanlarında aşırı ve sürekli kaygı ile karakterize edilir (APB, 2000). Bu bireylerin felaketleştirme, olumsuz sonuçlara odaklanma ve olumsuz aşırı genelleme gibi bilişsel çarpıtmaları sık kullandığı (Beck ve Emery, 2021) göz önüne alındığında, karamsarlık şeması kapsamında elde edilen bulguların mevcut literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Ayrıca, ocukluk ağı travmalarının yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisinin, hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması aracılığıyla da belirgin bir şekilde ortaya çıktığı görülmüştür. Yaygın anksiyetenin bilişsel modeli, belirsiz ve tehdit içeren kaygılı

düşüncelerin, tehdit ve kırılganlıkla ilişkili uyumsuz şemaları aktive ederek endişe sürecini tetiklediğini öne sürmektedir (Beck, 1985; Beck ve Emery, 2005). Hastalıklar ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şeması bağlamında elde edilen bulgular literatürle tutarlılık göstermektedir. Sonuç olarak bulgular, travmatik deneyimlerin yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisini ortaya koyarken, aynı zamanda bu süreçte etkin olabilecek şemalara da dikkat çekmektedir.

Aracılık analizi bulgularına göre, diğeri yönelimlilik şema alanında yer alan (kendini feda ve cezalandırma) şemaların, çocukluk çağı travma deneyimleri ile yaygın anksiyete semptomları arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolü oynadığını göstermiştir. Çocuğa karşı koşullu kabul, katı kurallar, aşırı disiplin ve becerilerinin üzerinde sorumluluk yüklenmesi gibi travmatik deneyimlerin, bireyin başkalarını memnun etme, kendi ihtiyaçlarını feda etme ya da aşırı katı kurallarla özdeşleşen şemaların oluşumuna katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Bu tür şemalar, başkalarından onay ve kabul görmeme ya da hata yapmaya yönelik kaygısını artırarak, yaygın anksiyetenin temel özelliklerinden biri olan sürekli kaygı ve endişeyi sürdüren bilişsel ve duygusal süreçlere katkıda bulunabilir.

Klinik doğurgular açısından, çocukluk çağı travmatik deneyimleri, özellikle olumsuz inançların gelişimine zemin hazırlayarak ve tehdit algısını artırarak kaygı belirtilerinin ortaya çıkmasına ve sürmesine katkıda bulunabilir (Beck ve Emery, 2021). Bu doğrultuda, travmatik deneyimlerin erken tespit edilmesi ve önemli kaygı sorunları yaşayan gençler arasında müdahale süreçlerinin yürütülmesi, kaygı semptomlarının kronikleşmesini önlemek açısından önemli bir adım olabilir. Çalışmada, yaygın anksiyete semptomları ile en yüksek korelasyonu gösteren travma alt boyutu olarak duygusal istismar öne çıkmaktadır. Duygusal istismar, bireyin kendilik algısını ve kişilerarası ilişkilerini zedeleyerek kaygının şiddetlenmesine yol açabilir (Hamilton ve diğerleri, 2013). Bu nedenle, bakım verenlerin ve diğer yetişkinlerin duygusal istismar içeren davranışlarının çocuklar üzerindeki etkisini fark etmelerini sağlamak ve bu davranışları değiştirmeye yönelik müdahalelerin hayata geçirilmesi önemli olabilir. Ancak, duygusal istismarın fiziksel veya cinsel istismara kıyasla daha az gözlemlenebilir olması (Edwards ve diğerleri, 2003), bu tür girişimlerin uygulanmasını zorlaştırabilir. Buna rağmen, hem önleme hem de müdahale çalışmalarında travmatik deneyimleri, özellikle duygusal

istismarı hedeflemek önemli olabilir. Travmatik deneyimler sonucunda, işlevsel olarak bozucu anksiyete semptomları geliştiren bireyler için şema temelli müdahaleler de dahil olmak üzere kanıta dayalı psikoterapiler önemli bir destek sağlayabilir. Araştırma bulguları doğrultusunda, yaygın anksiyete semptomlarının tedavisinde özellikle zedelenmiş otonomi ve performans şema alanındaki şemaların hedef alınmasının önemli olabileceği ifade edilebilir. Bu şemaların, bireyin bağımsızlık ve yeterlilikle ilgili olumsuz inançlarını şekillendirerek yaygın anksiyete semptomlarını artırabileceği öne sürülebilir. Tedavi sürecinde, özellikle karamsarlık ile hastalıklara ve zarar görmeye karşı dayanıksızlık şemalarına odaklanılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu yaklaşım, bireyin tehdit algısını azaltarak işlevsel inançlar geliştirmesine katkıda bulunabilir ve yaygın anksiyete semptomlarının azalmasını destekleyebilir.

Araştırmanın birkaç önemli sınırlılığı bulunmaktadır. İlk olarak, değişkenlerin değerlendirilmesinde öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanılması, katılımcı yanıtlarında yanlışlık olasılığını artırabilir ve bu durum bulguların güvenilirliğini etkileyebilir. İkinci olarak, araştırmada katılımcıların herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olup olmadığına ilişkin bilgi toplanmamıştır. Bu eksiklik, bulguların yorumlanmasında potansiyel bir karıştırıcı etken yaratabilir ve yaygın anksiyete semptomları ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler üzerinde etkili olabilir. Benzer şekilde, katılımcıların psikiyatrik tedavi alıp almadıklarına dair verilerin eksikliği de dikkate alınması gereken bir diğer karıştırıcı etmendir. Bunun yanı sıra, araştırmanın yalnızca Türk kültürüne dayalı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş olması, bulguların farklı kültürel bağlamlara genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Son olarak, çalışmanın kesitsel tasarımı, ele alınan ilişkilerin nedenselliğini değerlendirme konusunda önemli bir metodolojik sınırlılık oluşturmaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları göz önüne alındığında, gelecekteki çalışmalara yönelik birkaç öneri sunulabilir. İlk olarak, öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanımına ek olarak, farklı veri toplama yöntemlerinin (örneğin, yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler veya çoklu bilgi kaynağı kullanımı) dahil edilmesi, elde edilen verilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini artırabilir. İkinci olarak, katılımcıların psikiyatrik tanılarına ve tedavi geçmişlerine ilişkin bilgilerin toplanması, yaygın anksiyete semptomları ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilerde karıştırıcı etkenlerin kontrol edilmesine olanak

sağlayabilir. Dahası, gelecekteki araştırmalar, travmanın her bir alt boyutunun yaygın anksiyete semptomları üzerindeki etkisini ayrı ayrı ele alarak daha ayrıntılı bulgular sunabilir. Farklı travma türlerinin yaygın anksiyete semptomları üzerindeki özgül etkisinin incelenmesi daha detaylı sonuçlar elde edilmesini mümkün kılabilir. Bunun yanı sıra, farklı kültürel bağlamlarda benzer çalışmalar yapılarak bulguların genellenebilirliği değerlendirilebilir ve kültürler arası farklılıkların anlaşılmasına katkı sağlanabilir. Ek olarak, boylamsal bir tasarım benimsenerek, değişkenler arasındaki ilişkilerin nedenselliği daha güçlü bir şekilde değerlendirilebilir. Son olarak, araştırma bulgularının uygulamalı alanlara aktarılabilirliğini artırmak amacıyla, bu tür çalışmaların klinik örneklerle ve daha geniş popülasyonlarla tekrarlanması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, U. Ç. (1993). *Child Maltreatment: Reports from the States to the National Center on Child Abuse and Neglect*. US Government Printing Office.
- Abelson, J. L., Glitz, D., Cameron, O. G., Lee, M. A., Bronzo, M. ve Curtis, G. C. (1991). Blunted growth hormone response to clonidine in patients with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48(2), 157-162.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95-119.
- Amerikan Çocuk İstismarı Derneği. (1995). *Guidelines For The Psychosocial Evaluation Of Suspected Psychological Maltreatment in Children And Adolescents*. AmerikaChicago.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı (5. Baskı)(E. Köroğlu Çev.)*. Ankara: Ankara: HYB Basım Yayın.
- Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *International*, 8(1), 21-25.
- Arntz, A., ve Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I. ve Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225–232.
- Bögels, S. M. ve Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856.

- Babcock, R. L. ve DePrince, A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *Journal of trauma and dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation*, 13(5), 526–538.
- Baer, J. C., Kim, M. ve Wilkenfeld, B. (2012). Is it generalized anxiety disorder or poverty? An examination of poor mothers and their children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29(4), 345-355.
- Bahar, G., Savaş, H. A. ve Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
- Balcıoğlu, İ. ve Ünsalver, B. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3), 115-120.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Kirmayer, L. J., Lépine, J. P., . . . ve Ono, Y. (2001). Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(8), 47-55.
- Bandelow, B. ve Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Barber, B. K. ve Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. B. K. Barber içinde, *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents* (s. 15-52). American Psychological Association.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2. baskı). New York: Guilford Yayınları.
- Barlow, D. H., Durand, V. M. ve Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*, 8. Baskı. ISBN-13 : Cengage Learning. 978-1305950443

- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. *Harper and Row*.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. A. H. Tuma ve J. D. Maser içinde, *Anxiety and the anxiety disorders* (s. 183-196). Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A. T. ve Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. T. ve Emery, G. (2021). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler (V. Öztürk, Çev.; 6. baskı)*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beesdo, K., Pine, D. S. ve Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Benatti, B., Camuri, G., Dell'Oso, B., Cremaschi, L., Sembira, E. ve Palazzo, C. (2016). Which factors influence onset and latency to treatment in generalized anxiety disorder, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder? *International Clinical Psychopharmacology*, 31(6), 347-352.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., ... ve Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., ... ve Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190.
- Betts, J., Gullone, E. ve Allen, S. J. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 473-485.

- Beyazova, U. ve Şahin, F. (2006). *Çocuk istismarı ve ihmali terimleri*. İstanbul: Logos Tıp Yayıncılığı.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H., Beesdo, K., Höfler, M. ve Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 618-626.
- Blazer, D., Hughes, D. ve George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *Amerikan Journal of Psychiatry*, 144(9), 1178-1183.
- Blissett, J., Walsh, J., Harris, G., Jones, C., Leung, N. ve Meyer, C. (2006). Different core Beliefs Predict Paternal and Maternal Attachment Representations in Young Women. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(3), 163-171.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. ve Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. C. L. R. G. Heimberg içinde, *Generalized anxiety disorder: Advances in Research and Practice* (s. 77-108). New York: The Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N. ve Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry . R. M. (Editörler) içinde, *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and Mixed Anxiety Depression* (s. 29-51). New York: Guilford.
- Bowes, L., Wolke, D., Joinson, C., Lereya, S. T. ve Lewis, G. (2014). Sibling bullying and risk of depression, anxiety, and self-harm: a prospective cohort study. *Pediatrics*, 134(4), 1032-1039.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I., Ridgeway, D. ve Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of attachment relationships: An attachment story completion task for 3 years old. M. T. Greenberg, D. Cicchetti ve E. M. Cummings içinde, *Attachment in the preschool years: Theory, Research and Intervention* (s. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.

- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M. ve Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179–1187.
- Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, J. M. (2013). *Anormal psikoloji (O. Gündüz, Çev.; 1. baskı)*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R. ve Cantón, J. (2019). Pathways from childhood sexual abuse to trait anxiety. *Child Abuse and Neglect*, 97, 104-148.
- Carbone, G. A., Imperatori, C., Adenzato, M., Lo Presti, A., Farina, B. ve Ardito, R. B. (2024). Is parental overcontrol a specific form of child maltreatment? Insights from a resting state EEG connectivity study. *Child Abuse and Neglect*, 155(106962), 10-16.
- Carr, S. N. ve Francis, A. P. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 343-358.
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H. ve Kessler, R. C. (2001). One- year prevalence of subthreshold and threshold DSM- IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13(2), 78–88.
- Cassidy, J. ve Mohr, J. J. (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.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrana, N. J., Thomas, C. L. ve Borkovec, T. D. (2009). Generalized anxiety disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*, 40(1), 23-38.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. ve Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire—

- research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 11(5), 344-357.
- Chorpita, B. F. ve Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Comer, R. J. (2015). *Abnormal Psychology*. UK: Worth Publishing.
- Cougle , J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E. ve Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 150–155.
- Craske, M. G. ve Waters, A. M. (2005). Panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*(1), 197–225.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 20–24.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Dünya Sağlık Örgütü. 15.05.2024 tarihinde <https://www.who.int/adresinden> alındı.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2002). *World Report On Violence and Health Summary*. Geneva, Dünya Sağlık Örgütü. 15.05.2024 tarihinde <https://www.who.int/adresinden> alındı.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Dünya Sağlık Örgütü. 15.05.2024 tarihinde <https://www.who.int/adresinden> alındı.

- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M. ve Ryan, S. M. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 715-734.
- Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., vd., (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 71(4), 286-293.
- Davies, E., Read, J. ve Shevlin, M. (2022). The Impact of Adverse Childhood Experiences and Recent Life Events on Anxiety and Quality of Life in University Students. *Higher Education*, 84(1), 211-224.
- der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Box, A. R. ve van der Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 284-289.
- Draijer, N. ve Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 379-385.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. ve Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Dunner, D. L. (2001). Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depression and Anxiety*, 13(2), 57-71.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. ve Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 22-26.

- Ehrensaft, M. K., Knous-Westfall, H. M., Cohen, P. ve Chen, H. (2015). How Does Child Abuse History Influence Parenting of the Next Generation. *Psychology of Violence*, 5(1), 16-25.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J. ve Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329-35.
- Fisher, P. L. (2007). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 171-175.
- Güner, Ş. İ., Güner, S. ve Şahan, M. H. (2010). Çocuklarda sosyal ve medical bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*, 17(3), 108-113.
- Gibb, B. E., Butler, A. C. ve Beck, J. S. (2003). Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 17(4), 226-228.
- Gibb, B. E., Chelminski, I. ve Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256-263.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. ve Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81.
- Gliatto, M. F. (2000). Generalized anxiety disorder. *American Family Physician.*, 62(7), 1591–1600.
- Gonçalves, D. C. ve Byrne, G. J. (2012). Sooner or Later: Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *Depression and Anxiety*, 29(1), 39–46.
- Gorwood, P. (2004). Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: an example of genetic pleiotropy? *European Psychiatry*, 19(1), 27–33.

- Gottschalk, M. G. ve Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 159–168.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., June Ruan, W., ... ve Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35(12), 1747–1759.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., ... ve Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Gunduz, A., Gundogmus, I., Engin, B., Isler, A., Sertcelik, S. ve Yasar, A. (2019). Effects of Adverse Childhood Events over Metacognitions, Rumination, Depression and Worry in Healthy University Students. *Annals of Medical Research*, 26(7), 1394-1401.
- Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y. ve Alloy, L. B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(3), 332-347.
- Hancı, İ. H. (2002). *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Hawke, L. D. ve Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276.
- Haxhe, S. (2016). Parentification and related processes: Distinction and implications for clinical practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 27(3), 185–199.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.

- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach (Methodology in the Social Sciences) (2. baskı)*. New York: The Guilford Press.
- Hayward, L. E., Vartanian, L. R., Kwok, C. ve Newby, J. M. (2020). How Might Childhood Adversity Predict Adult Psychological Distress? Applying the Identity Disruption Model to Understanding Depression and Anxiety Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 265, 112-119.
- Heim, C. ve Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E. ve Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological And Psychiatric Consequences Of Child Abuse and Neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671-690.
- Helvacı Çelik, F. G. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.
- Herbert, L. J. ve Dahlquist, L. M. (2008). Perceived history of anaphylaxis and parental overprotection, autonomy, anxiety, and depression in food allergic young adults. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 261–269.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery (2015 edition)*. New York: BasicBooks.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A. ve Kendler, K. S. (2001). A population-based twin study of generalized anxiety disorder in men and women. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(7), 413–420.
- Hoffart, A. (2012). The case formulation process in schema therapy of chronic Axis I Disorder (affective/anxiety disorder). M. van Vreeswijk, J. Broersen ve M. Nadort içinde, *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (s. 69-80). Wiley Blackwell.

- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K. ve Mineka, S. (2017). *Abnormal Psychology*. New York: Pearson.
- Hopper, E. K., Grossman, F. K., Spinazzola, J. ve Zucker, M. (2018). *Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect*. New York: Guilford.
- Hovens, J. F., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., ... ve Zitman, F. G. (2009). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatri. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66-74.
- Hudson, J. ve Rapee, R. M. (2005). *Psychopathology and the family*. London, England: Elsevier.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K. ve Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 15(213), 44-50.
- Jones, L. B., Hall, B. A. ve Kiel, E. J. (2021). Systematic review of the link between maternal anxiety and overprotection. *Journal of Affective Disorders*, 295, 541–551.
- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U. ve Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 393, 6-11.
- Juruena, M. F., Bourne, M., Young, A. H. ve Cleare, A. J. (2021). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis dysfunction by early life stress. *Neuroscience Letters*, 10(759), 136-137.
- Kagan, J., Reznick, J. S. ve Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.

- Kalin, N. H. (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression . *The American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365–367.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D. ve Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 1214-1222.
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
- Karaca, B. K. ve Ateş, N. (2019). Yaygın Kaygı Bozukluğu ve Öfke Kontrol Probleminde Şema Terapiyi Kullanmak: Bir Vaka Üzerinden Anlatım. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(2), 169-182.
- Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova Geckova, A. ve Tavel, P. (2020). The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 414-428.
- Kendler, K. S. (1996). Major Depression and Generalised Anxiety Disorder: Same Genes, (Partly) Different Environments – Revisited. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 68–75.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M. ve Peders, N. L. (2007). The sources of comorbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine*, 37(3), 453–462.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O. ve Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789-796.
- Kendler, K. S., Neale , M. C., Kessler , R. C., Heath, A. ve Eaves, L. J. (1992). Major Depression and Generalized Anxiety Disorder: Same Genes, (Partly) Different Environments? *Archives of General Psychiatry*, 49(9), 716–722.

- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. ve Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 374-383.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U. ve Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal bozukluklar yaygınlığı, cinsiyet göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4), 344-351.
- Kessler, R. C. ve Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115–129.
- Kessler, R. C. ve Wittchen, H. U. (2002). Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), 4-10.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. ve Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication": Erratum. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 768.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N. ve Yonkers, K. (2008). Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3), 365–374.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., . . . ve Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.

- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A. ve Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703.
- Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. J. Cassidy ve P. R. Shaver içinde, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (s. 21–43). New York: The Guilford Press.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K. ve Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. D. Cicchetti ve D. J. Cohen içinde, *Developmental Psychopathology: Theory and Method* (s. 333–369). New York: John Wiley and Sons.
- Koerner, N., Tallon, K. ve Kusec, A. (2015). Maladaptive core beliefs and their relation to generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(6), 441-455.
- Kong, S. ve Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907.
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E. ve Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(1), 53-59.
- Korkmazlar Oral, Ü., Engin, P. ve Büyükyazıcı, Z. (2010). *Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması: Özet raporu*. Ankara: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF Türkiye.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. ve Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Dünya Sağlık Örgütü. 15.05.2024 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf adresinden alındı.
- LaFrenière, P. J. ve Dumas, J. E. (1992). A transactional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology*, 4(3), 385.

- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., ... ve Penninx, B. J. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341-348.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., vd., (2010). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 212-229.
- Liao, M., Yang, F., Zhang, Y., He, Z., Song, M., Jiang, T., . . . ve Li, L. (2013). Childhood maltreatment is associated with larger left thalamic gray matter volume in adolescents with generalized anxiety disorder. *PLoS One*, 8(8), e71898.
- Lieb, R., Becker, E. ve Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.
- Lumley, M. N. ve Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639-657.
- Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 42(4), 265-273.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., . . . ve Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878- 1883.
- Maier, W. ve Falkai, P. (1999). The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *International Clinical Psychopharmacology*, 14(2), 1-6.
- Manly, J. T., Oshri, A., Lynch, M., Herzog, M. ve Wortel, S. (2012). (2012). Child Neglect and The Development Of Externalizing Behavior Problems: Associations With Maternal Drug Dependence And Neighborhood Crime. *Child Maltreatment*, 18(1), 17-29.

- Mathews, B., Pacella, R., Scott, J. G., Finkelhor, D., Meinck, F., ... ve Dunne, M. P. (2023). The prevalence of child maltreatment in Australia: findings from a national survey. *The Medical journal of Australia*, 218(6), 13-18.
- McCarthy, M. C. ve Lumley, M. N. (2012). Sources of Emotional Maltreatment and the Differential Development of Unconditional and Conditional Schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 288–297.
- McLaughlin, K., Behar, E. ve Borkovec, T. D. (2008). Family history of psychological problems in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 905-918.
- Merikangas, K. R. ve Swanson, S. A. (2010). Comorbidity in anxiety disorders. M. B. Stein ve T. Steckler (Edt.) içinde, *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment* (s. 37-59). Springer Science - Business Media.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C. ve Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092–1106.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D. ve Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37(3), 441-452.
- Mohammadi, M. R., Pourdehghan, P., Mostafavi, S. A., Hooshyari, Z., Ahmadi, N. ve Khaleghi, A. (2020). Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102-234.
- Montgomery, S. A. (2011). *Handbook of Generalised Anxiety Disorder*. Springer Science and Business Media.
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., García-Campayo, J., . . . ve Ángel Bellón, J. (2014). Risk factors for the onset of

- panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 337-348.
- Munir, S. ve Takov, V. (2020). *Generalized Anxiety Disorder (GAD)*. StatPearls Publishing.
- Narimani, M., Aghdam, M. M. ve Abolghasemi, A. (2012). The role of child abuse and neglect in predicting the early maladaptive schemas domain. *Zahedan Journal of Research Medical Sciences*, 14(10), 28-32.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A. ve Greene, B. (2018). *Abnormal Psychology in a Changing World*. New York: Pearson.
- Noyes, R. J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 41-55.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S. ve Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *European Neuropsychopharmacology*, 16(2), 109-118.
- Nuttall, A. K., Zhang, Q., Valentino, K. ve Borkowski, J. G. (2019). ntergenerational risk of parentification and infantilization to externalizing moderated by child temperament. *Journal of Marriage and Family*, 81(3), 648-661.
- Oltmanns, T. F. ve Emery, R. E. (2012). *Abnormal Psychology*. New York: Pearson.
- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ateş, N., Çetin, G., . . . ve Tiras, B. (2001). Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse and Neglect*, 25(2), 279-290.
- Özcan, M., Uğuz, F. ve Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276-285.
- Papp, L. A. ve Gorman, J. M. (1236-1249). *Generalized Anxiety Disorder*. Philadelphia: Williams and Wilkins.

- Parker, G., Tupling, H. ve Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1–10.
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet*. İstanbul: Der Yayınları.
- Polat, O. (2004). *Klinik Adli Tıp*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık 1. Baskı.
- Popa, C. O., Rus, A. V., Skinner, C. ve Jakab, Z. S. (2017). The Relation of Dysfunctional Cognitive Schemas and Personality Dimensions in Generalized Anxiety Disorder. *Acta Medica Marisiensis*, 63(4), 183-189.
- Rapee , R. M. ve Szollos, A. A. (2002). Developmental Antecedents of Clinical Anxiety in Children. *Behaviour Change*, 19(3), 146-157.
- Rapee, R. M. (2001). The Development of Generalized Anxiety. M. W. Vasey and M. R. Dadds içinde, *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (s. 481-504). NY: Oxford University Press, Inc.
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 69–80.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F. ve Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407–414.
- Riskind, J. H. ve Williams, N. L. (2005). The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety Disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive Phenomenology. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 7–27.
- Robichaud, M. ve Dugas, M. J. (2015). *The Generalized Anxiety Disorder Workbook*. Oakland: New Harbinger.
- Roemer, L., Molina, S., Litz, B. T. ve Borkovec, T. (1997). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4(3), 134–138.

- Roemer, L., Orsillo, S. M. ve Barlow, D. H. (2002). “Generalized Anxiety Disorder”, *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2. baskı), içinde (ss. 200-230), Guilford Yayınları, New York. D. H. Barlow içinde, *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2. baskı) (s. 477-515). New York: Guilford Yayınları.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. ve Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(1), 2–16.
- Rosenberg, R. S. ve Kosslyn, S. M. (2014). *Abnormal Psychology* (2. baskı). UK: Worth Publishers.
- Roy-Byrne, P. P. ve Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(13), 20-26.
- Rubio, G. ve López- Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: A 40- year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(5), 372–379.
- Ruhsal Hastalıklar Araştırma (2019). *What is generalized anxiety disorder?* Mental Illness Research, Education and Clinical Center: 15.04.2024 tarihinde <https://www.mirecc.va.gov/visn22/gad.pdf> adresinden alındı
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... ve Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475.
- Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T. and Preacher, K. J. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 71–78.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W. ve Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *Nerv Ment Dis.*, 190(7), 453-456.
- Sanderson, W. C. ve Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III—R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9), 588–591.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I. ve Asmundson, G. J. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression and anxiety*, 21(4), 193–202.
- Schäfer, I. ve Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 360-365.
- Schaefer, E. S. (1965). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 29(6), 552-557.
- Schienle, A., Hettema, J. M., Cáceda, R. ve Nemeroff, C. B. (2011). Neurobiology and genetics of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 133–123.
- Schorr, S. ve Goldner, L. (2023). “Like stepping on glass”: A theoretical model to understand the emotional experience of childhood parentification. *Family Relations*, 72(5), 3029-3048.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Meredith, L. S., Jackson, C. A. ve Camp, P. (1996). Comorbid Anxiety Disorder and the Functioning and Well-being of Chronically ill Patients of General Medical Providers. *Archives of General Psychiatry*, 53(10), 889–895.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S. ve Stuart, G. L. (2015). The relationship between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(3), 230-238.

- Smith, J. P. ve Book, S. W. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 35(1), 42-45.
- Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T. ve Gratz, K. (2010). Exploring the Relationship between Childhood Abuse and Analogue Generalized Anxiety Disorder: The Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 401-412.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(1), 75-84.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. ve Penninx, B. (2010). The Specificity of Childhood Adversities and Negative Life Events Across the Life Span to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103-112.
- Stein, M. B. (2004). Public health perspectives on generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(13), 3-7.
- Steinberg, J. A., Gibb, B. E., Alloy, L. B. ve Abramson, L. Y. (2003). Childhood Emotional Maltreatment, Cognitive Vulnerability to Depression, and Self-Referent Information Processing in Adulthood: Reciprocal Relations. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 347-358.
- Şar, V. (2020). Childhood trauma and dissociative disorders. G. Spalletta, D. Janiri, F. Piras and G. Sani içinde, *Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach* (s. 333-365). New York: Springer.
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054- 1063.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Parmis, F. ve Türk Kurtça, T. (2021). A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33):

- Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *Journal of Trauma and Dissociation*, 22(1), 35-51.
- Şenkal Ertürk, İ., Kahya, Y. ve Gör, N. (2018). Childhood Emotional Maltreatment and Aggression: The Mediator Role of the Early Maladaptive Schema Domains and Difficulties in Emotion Regulation. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 29(1), 92–110.
- Ter Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., ... ve Penninx, B. J. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert-A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of affective disorders*, 284, 85–97.
- Tezel, F. K., Kişlak, Ş. T. ve Boysan, M. (2015). Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Archives of Neuropsychiatry*, 52(3), 226.
- Thomasgard, M. ve Metz, W. P. (1993). Parental overprotection revisited. *Child Psychiatry and Human Development*, 24(2), 67-80.
- Thomasgard, M., Metz, W. P., Edelbrock, C. ve Shonkoff, J. P. (1995). Parent-child relationship disorders. Part I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *Journal of Developmental and Behavirol Pediatrics*, 16(4), 244-250.
- Tonmyr, L., Williams, G., Hovdestad, W. E. ve Draca, J. (2011). Anxiety and/or depression in 10–15-year-olds investigated by child welfare in Canada. *Journal of Adolescent Health*, 48(5), 493-498.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 40(10), 1085-1089.

- Torgersen, S. (1986). Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *Annual Journal of Psychiatry*, 143(5), 630-632.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. ve Costello, A. (tarih yok). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 229–235.
- Ustuner Top, F. ve Cam, H. H. (2021). Childhood maltreatment among university students in Turkey: prevalence, demographic factors, and health-related quality of life consequences. *Psychology, Health and Medicine*, 26(5), 543-554.
- Uzun, B. (2018). *Çocuk ihmal ve istismarı*. Bahçeşehir Üniversitesi: 15.06.2024 tarihinde https://content.bau.edu.tr/editor/5aab7f4b4141f_bau-cocuk-ihmal-ve-istismari-kitapcigi.pdf adresinden alındı
- Vasey, M. W. ve Dadds, M. R. (2001). *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford: Oxford University Yayınları.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. ve Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Wells, A. ve Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. D. M. Clark ve C. G. Fairburn içinde, *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (s. 155–178). Oxford: Oxford University Yayınları.
- Win, E., Zainal, N. H. ve Newman, M. G. (2021). Trait Anger Expression Mediates Childhood Trauma Predicting for Adulthood Anxiety, Depressive, and Alcohol Use Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 288, 114-121.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162-171.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. ve Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364.

- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. C. ve Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151.
- Wright, M. O., Crawford, E. ve Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59–68.
- Yüksel, Ş. ve Saner, S. (tarihsiz). Çocuk cinsel istismarı ve zor açığa çıkması bilgilendirme dosyası. Türk Psikiyatri Derneği. 16.07.2024 tarihinde https://psikiyatri.org.tr/uploadfiles/219201618057cocukcinsel_istismar_bilgilendirme_dosyasi.pdf adresinden alındı.
- Yiğit, İ. ve Erden, G. (2015). Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 47-59.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R. ve Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow- up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173–179.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL.: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. ve Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life : the breakthrough program to end negative behavior and feel great again*. ABD: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema Terapi Terapistin Rehberi (T. Özakkaş, ed., T.V. Soylu, Çev.)*. İstanbul: Litera.
- Young, J. E., Rafaeli, E. ve Bernstein, D. P. (2013). *Şema terapi: Ayırıcı özellikler (M. Şaşıoğlu, Çev.)*. İstanbul: Psikonet Yayınları.

- Yu, W., Singh, S., Calhoun, S., Zhang, H., Zhao, X. ve Yang, F. (2018). Generalized Anxiety Disorder in Urban China: Prevalence, Awareness, and Disease Burden. *Journal of Affective Disorders*, 234(6), 89-96.
- Zbozinek, T. D., Rose, R. D., Wolitzky-Taylor, K. B., Sherbourne, C., Sullivan, G., ... ve Craske, M. G. (2012). Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1065–1071.
- Zeidner, M. ve Matthews, G. (2011). *Anxiety 101*. New York: Springer.
- Zhou, Y., Cao, Z., Yang, M., Guo, Y. ve Yu, D. (2017). Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*, 7(1), 40511.
- Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G., Griffith, J. W., ... ve Waters, A. M. (2010). The Northwestern-UCLA youth emotion project: Associations of cognitive vulnerabilities, neuroticism and gender with past diagnoses of emotional disorders in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 347–358.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E. ve Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

EKLER

Ek:1: Etik Kurul Kararı

“Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.”



Ek:2: Demografik Bilgi Formu

Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

Doğum Yılıınız:

Medeni Haliniz:

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Birlikte Yaşıyor

En son bitirdiğiniz okul:

☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön-lisans ☐ Lisans ☐ Lisans üstü

Annenizin Eğitim Durumu:

☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön-lisans ☐ Lisans ☐ Lisans üstü

Babanızın Eğitim Durumu:

☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön-lisans ☐ Lisans ☐ Lisans üstü

Anne ve babanız:

☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyorlar ☐ Hayatta Değiller

Siz dahil kardeş sayınız:

☐ Tek çocuk ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5+

Siz kaçınıcı çocuksunuz:

☐ İlk çocuk ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5+ ☐

Sizin veya ailenizin gelir düzeyi:

☐ Alt ☐ Alt- orta ☐ Orta ☐ Orta-üst ☐ Üst

Ek:3: Türkiye Çocukluk Çağı Travmaları Anketinin Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Versiyonu

Bu sorular çocukluğunuzda ve ergenliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz.

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1. Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2. Gündelik bakımım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3. Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4. Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5
21. Kendisiyle cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorlardı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
29. Ailemdekiler yaştlarım ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30. Ailemdekiler her şeyime karışırdı.	1	2	3	4	5
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.	1	2	3	4	5
32. Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karışırdı.	1	2	3	4	5

Ek:4: Young Şema Ölçeği Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

(Zedelenmiş otonomi ve performans ile diğeri yönelimlilik şema alanları maddeleri)

Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, **sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak** cevap veriniz. Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırınız. 1’den 6’ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı işaretleyiniz.

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.	1	2	3	4	5	6
2. İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.	1	2	3	4	5	6
3. Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.	1	2	3	4	5	6
4. Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.	1	2	3	4	5	6
5. Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.	1	2	3	4	5	6
6. Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
7. Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.	1	2	3	4	5	6
8. Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.	1	2	3	4	5	6
9. Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.	1	2	3	4	5	6
10. Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.	1	2	3	4	5	6
11. İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.	1	2	3	4	5	6
12. İşleri halletmede son derece yetersizim.	1	2	3	4	5	6

13. Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
14. Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.	1	2	3	4	5	6
15. Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.	1	2	3	4	5	6
16. Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.	1	2	3	4	5	6
17. İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.	1	2	3	4	5	6
18. Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6
19. Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.	1	2	3	4	5	6
20. İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.	1	2	3	4	5	6
21. Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6
22. Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.	1	2	3	4	5	6
23. Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.	1	2	3	4	5	6
24. Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.	1	2	3	4	5	6
25. Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.	1	2	3	4	5	6
26. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.	1	2	3	4	5	6
27. Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6
28. Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.	1	2	3	4	5	6
29. Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.	1	2	3	4	5	6
30. Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.	1	2	3	4	5	6
31. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.	1	2	3	4	5	6
32. Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.	1	2	3	4	5	6
33. İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.	1	2	3	4	5	6
34. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.	1	2	3	4	5	6
35. Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.	1	2	3	4	5	6

36. Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.	1	2	3	4	5	6
37. Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
38. Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.	1	2	3	4	5	6
39. Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.	1	2	3	4	5	6
40. Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.	1	2	3	4	5	6
41. Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.	1	2	3	4	5	6



Ek:5: Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Anketi (YAB-7)

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama				
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
4. Gevşeyip rahatlayamama				
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama				

Ek:6: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **bugün dahil geçen hafta** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

1- 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.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 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.

5- 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.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki 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 uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 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 konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

Ceyda ÖZDEMİR BÜLBÜL

Eğitim

Yüksek Lisans	2022-2025	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Enstitüsü, Klinik Psikoloji
Lisans	2018-2022	Doğuş Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji

Staj

2023-2024	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer
-----------	---

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

2022	Türk Psikologlar Derneği
------	--------------------------

