

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Cemre KANAK

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SOMATİZASYON
ARASINDAKİ İLİŞKİDE UTANÇ, SUÇLULUK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ARACI ROLÜ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Evin AYDİN YÖNTEM

İSTANBUL, Haziran 2025

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Cemre KANAK
(222005001)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SOMATİZASYON
ARASINDAKİ İLİŞKİDE UTANÇ, SUÇLULUK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ARACI ROLÜ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Evin AYDİN YÖNTEM

İSTANBUL, Haziran 2025

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

Cemre KANAK
(222005001)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SOMATİZASYON
ARASINDAKİ İLİŞKİDE UTANÇ, SUÇLULUK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ARACI ROLÜ

Tezin Enstituye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih : 26.06.2025

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Evin AYDIN YÖNTEM

Diğer Jüri Üyeleri : Dr. Öğr. Üyesi Pınar ARSLANTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz YAZICI

İSTANBUL, Haziran 2025

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve desteklerini esirgemeyen, kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Evin Aydın Yöntem'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez jürimde yer alan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Pımar Arslantürk ve Dr. Öğr. Üyesi Yeliz Yazıcı'ya, çalışmama olan katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Bu süreçte daima yanımda olan ve destekleriyle güç veren çok sevgili aileme, özellikle de anneme, babama ve ablalarımın gönülden teşekkür ediyorum. Onların sevgisi ve desteği bu yolculuğu sürdürürken en büyük dayanağım oldu.

Her zaman yanımda olan sevgilim Emirhan'a çok teşekkür ederim. Gösterdiği sabır, anlayış ve içten desteği bu süreci daha rahat bir şekilde tamamlamamı sağladı. Ayrıca, dostluklarıyla beni her zaman motive eden, fikir alışverişleriyle yolumu aydınlatan ve varlıklarıyla moral kaynağı olan değerli arkadaşlarım Simge ve Beyza'ya da gönülden teşekkür ederim.

Bu çalışmanın akademik olarak hayata geçmesini mümkün kılan, araştırmama katılarak değerli katkılarını sunan tüm katılımcılara da içtenlikle teşekkür ederim. Zaman ayırarak paylaştıkları bilgiler, bu çalışmanın temel taşlarını oluşturmuştur.

Haziran 2025

Cemre Kanak

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET	v
SUMMARY	vi
SEMBOLLER	vii
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	3
1.3. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI	4
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	4
1.5. TANIMLAR	5
1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	6
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. TRAVMA KAVRAMI	7
2.1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	10
2.1.1.1. Fiziksel İstismar	12
2.1.1.2. Cinsel İstismar	13
2.1.1.3. Duygusal İstismar	15
2.1.1.4. Fiziksel İhmal	16
2.1.1.5. Duygusal İhmal	17
2.1.1.6. Aşırı Koruma ve Kontrol	18
2.2. UTANÇ VE SUÇLULUK.....	19
2.2.1. Utanç ve Suçluluk ile İlgili Çalışmalar.....	21
2.3. SOSYAL DESTEK	23
2.3.1. Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Çalışmalar.....	26
2.4. SOMATİZASYON	27
2.4.1. Somatizasyonun Etiyolojisi ve İlgili Faktörler.....	30

2.4.2. Somatizasyona Kuramsal Yaklaşımlar.....	35
2.4.2.1. Somatizasyonun Bağlanma Teorisi	35
2.4.2.1. Somatizasyonun Bilişsel Davranışçı Teorisi.....	37
2.4.2.1. Somatizasyonun Psikodinamik Teorisi	39
2.4.3. Somatizasyon ile İlgili Çalışmalar.....	41
BÖLÜM 3. YÖNTEM	44
3.1 ARAŞTIRMANIN MODELİ	44
3.2 EVREN VE ÖRNEKLEM	44
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	45
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	45
3.3.2. Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ-33)	45
3.3.3. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)	46
3.3.4. Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği (TSGS)	47
3.3.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	47
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	48
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	49
BÖLÜM 4. BULGULAR	50
4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER	50
4.2. KARŞILAŞTIRMA BULGULARI	54
4.3. KORELASYON ANALİZİ	74
4.4. HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZİ	76
4.5. YAPISAL EŞİTLİK MODELİ (YEM)	79
4.5.1. Ölçüm Modelinin Test Edilmesi	79
4.5.2. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Bulguları	83
BÖLÜM 5. TARTIŞMA	89
5.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	89
5.1.1. Somatizasyonun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	89
5.1.2. Çocukluk Çağı Travma Alt Boyutlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	94
5.1.3. Suçluluk, Utanç ve Gurur Alt Boyutlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	99
5.1.4. Algılanan Sosyal Desteğin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	104
5.2. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	105
5.3. YAPISAL EŞİTLİK MODELLEMESİNE (YEM) İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	110
BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER	116

6.1. SONUÇ.....	116
6.2. ÖNERİLER.....	118
KAYNAKÇA	120
 EKLER	 150
EK 1 ETİK KURUL KARARI	151
EK 2 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	152
EK 3 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	153
EK 4 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ-33)	154
EK 5 BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)	156
EK 6 SÜREKLİ UTANÇ VE SUÇLULUK ÖLÇEĞİ (TSGS).....	157
EK 7 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	158



ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE UTANÇ, SUÇLULUK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ARACI ROLÜ

Bu araştırmanın amacı, yetişkin bireylerde çocukluk çağı ve somatizasyon arasındaki ilişkide algılanan sosyal destek, sürekli utanç ve suçluluğun aracı rollerini incelemektir. Araştırmanın örneklemi, İstanbul’da yaşayan 18-65 yaş arasındaki 405 katılımcıdan (261 kadın, 144 erkek) oluşmaktadır. Bu araştırma, ilişkisel tarama modeline uygun olarak yürütülmüştür ve katılımcılar kolayda örnekleme yoluyla seçilmiştir. Katılımcılar “Google Forms” aracılığıyla ölçeklere ulaşmıştır. Araştırma verilerini toplamak amacıyla Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) (Somatizasyon Alt Ölçeği), Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizi için SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde betimsel istatistikler, bağımsız örneklem t-testleri, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizleri ve Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) kullanılmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Somatizasyon, sürekli utanç ve suçluluk duyguları ile pozitif yönlü orta düzeyde ve algılanan sosyal destek ile negatif yönlü zayıf düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yapısal eşitlik modeli bulguları, travmanın somatizasyon üzerindeki etkisinin hem doğrudan hem de utanç ve suçluluk aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, sosyal desteğin doğrudan etkisi anlamlı bulunmamakla birlikte, dolaylı yollardan duygusal süreçler aracılığıyla somatizasyona etki edebileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Somatizasyon, Çocukluk Çağı Travmaları, Algılanan Sosyal Destek, Sürekli Suçluluk, Sürekli Utanç

SUMMARY

The Mediating Role of Shame, Guilt, and Perceived Social Support in the Relationship Between Childhood Trauma and Somatization

The aim of this study is to examine the mediating roles of perceived social support, trait shame, and guilt in the relationship between childhood trauma and somatization among adults. The sample consisted of 405 participants (261 women and 144 men) aged between 18 and 65 residing in Istanbul. The study was conducted using a correlational survey model, and participants were selected through convenience sampling. Data were collected via online forms (Google Forms), and the participants voluntarily completed the scales. The data collection tools included the Demographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33), Symptom Checklist (SCL-90-R) Somatization Subscale, Trait Shame and Guilt Scale, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). The data were analyzed using SPSS 27.0 software. Descriptive statistics, independent samples t-tests, one-way ANOVA, correlation analyses, and Structural Equation Modeling (SEM) were employed.

A significant and positive relationship was observed between childhood trauma and somatization. Somatization was found to be moderately and positively correlated with trait shame and guilt, and weakly and negatively correlated with perceived social support. Structural equation modeling results indicated that the effect of trauma on somatization occurs both directly and indirectly through shame and guilt. Although the direct effect of perceived social support on somatization was not statistically significant, it may influence somatization indirectly through emotional processes.

Keywords: Somatization, Childhood Trauma, Perceived Social Support, Trait Guilt, Trait Shame

SEMBOLLER

%	: Yüzde
N	: Kişi sayısı
p	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
SS	: Standart sapma
±	: Artı-eksi işareti
F	: F testi değeri
β	: Standartlaştırılmış regresyon katsayı
X	: Aritmetik ortalama
t	: t-testi Değeri
df	: Serbestlik derecesi
B	: Ham Regresyon Katsayısı
R ²	: Determinasyon Katsayısı (açıklanan varyans oranı=
χ ²	: Ki-kare testi değeri
χ ² /df	: Ki-kare/serbestlik derecesi oranı

KISALTMALAR

ACE	: Olumsuz Çocukluk Deneyimleri
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
AİL	: Aile
AKK	: Aşırı Koruma ve Kontrol
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
APA	: American Psychological Association
ARK	: Arkadaşlar
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ-33Ç	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
Cİ	: Cinsel İstismar
DFA	: Doğrulamalı Faktör Analizi
DİH	: Duygusal İhmal
DİS	: Duygusal İstismar
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FİH	: Fiziksel İhmal
FİS	: Fiziksel İstismar
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aksı
IPSCAN	: Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Engelleme Derneği
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support
OP-OC	: Aşırı Koruma ve Kontrol
Öİ	: Özel Bir İnsan
PF	: Kişilik İşlevselliği
RMR	: Ortalama Kara Kok Hatası
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması
SCL	: Suçluluk
SCL-90-R	: Belirti Tarama Testi
SDD	: Somatik Belirti Bozukluğu
SEM	: Structural Equation Modeling
SOMA	: Somatizasyon
SOSDES	: Sosyal Destek
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TLI	: Tucker-Lewis İndeksi
TSB	: Travma Sonrası Büyüme
TSGS	: Trait Shame and Guilt Scale
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Ut	: Utanç
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 4.1. Demografik değişkenlerin betimleyici istatistikleri	50
Tablo 4.2. Araştırmada Kullanılan ölçeklerin alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistikler	52
Tablo 4.3. Cinsiyet Değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.4. Yaş Gruplarına Göre Araştırma Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.5. Gelir Düzeyine Göre Araştırma Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.6. Eğitim Düzeyine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.7. Kiminle Yaşıyorsunuz Değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması. 64	
Tablo 4.8. Psikiyatrik Tanı Alımına Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	67
Tablo 4.9. Psikolojik Destek değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.10. Herhangi bir Tanı Almış Sağlık Problemi değişkenine göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	71
Tablo 4.11. Somatizasyon ile suçluluk-utanç-gurur, algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi	74
Tablo 4.12. Somatizasyonun çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek ve suçluluk-utanç-gurur tarafından yordanmasına ilişkin hiyerarşik regresyon analizi bulguları	78
Tablo 4.13. Somatizasyon puanlarının CTQ Toplam, ÇBASDÖ toplam ve suçluluk-utanç-gurur puanları tarafından yordayıcılığını incelemeye yönelik hiyerarşik regresyon analizi bulguları	80
Tablo 4.14. Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri	82
Tablo 4.15. Regresyon Katsayıları ve İstatistiksel Anlamlılık	83
Tablo 4.16. Model Uygunluk İndeksleri	84
Tablo 4.17. Regresyon Katsayıları ve İstatistiksel Anlamlılık	88
Tablo 4.18. Toplam, Doğrudan ve Dolaylı Etkiler	88

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 4.1. Ölçüm modeli	82
Şekil 4.2. Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki etkisinde algılanan sosyal destek ve suçluluk-utanç değişkenlerinin aracı rolünün incelenmesine yönelik YEM diyagramı	86



BÖLÜM 1 GİRİŞ

Günlük yaşamda birçok fiziksel sağlık problemi deneyimleriz fakat bazı durumlarda fiziksel belirtilerin altında organik bir neden saptanmaz. Bu durumu, somatizasyon kavramı açıklamaktadır. Somatizasyon, zihinsel süreçlerin beden üzerinden ifade edilmesidir (Mai, 2004). Lipowski (1988) somatizasyonu, bireylerin yaşantılarındaki psikososyal streslere yanıt olarak bir sıkıntı deneyimlemesi ve bu sıkıntının beden üzerinden iletilmesi olarak açıklamıştır. Araştırmalar, somatik semptomların gelişiminde çocuklukta kötü muameleye maruz kalmanın belirleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir (Creed vd., 2012). Travma, bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü derinden zedeleyen, bireyin başa çıkma kapasitesini aşan, genellikle beklenmedik ve ani biçimde gelişen aşırı stres verici olaylardır (Giller, 1999; Kokurcan ve Özsan, 2012). Bu tür travmatik deneyimler, yoğun çaresizlik ve kontrolsüzlük duygusunun ortaya çıkmasına neden olarak bireyin uyum kapasitesini bozmaktadır (Herman, 2011; Giller, 1999). Özellikle çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin bireyin hem psikolojik hem de fiziksel işlevsellikleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmektedir (Felitti vd., 1998; Maschi vd., 2013). Travmatik olaylara maruz kalan bireylerin duyguları ile bağlantı kurmada, duygusal deneyimlerini tanımlamada ve ihtiyaçlarını belirlemede zorluk yaşadıkları görülmektedir (Webb ve Musello, 2018). Bu bağlamda, bedenin bir ifade alanı olarak kullanılması travmanın bir sonucu olarak görülmektedir (Barsky vd., 2001; Kellner, 1987). Bununla birlikte, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte somatizasyona nasıl katkıda bulunduğu dair mekanizmalar hala tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu bağlamda, duygusal eğilimlerin ve duygusal farkındalık gibi psikolojik süreçlerin, çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide aracı değişkenler olabileceği öne sürülmektedir.

Sürekli suçluluk ve utanç duyguları, kişinin duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri üzerinde güçlü bir etki yaratmakta olan öz-bilinçli duygulardır (Muris, 2015). Utanç, benliğin olumsuz bir değerlendirmesini içerirken suçluluk benliğin gerçekleştirdiği belirli bir davranışın ve eylemin olumsuz olarak değerlendirilmesini içermektedir (Tracy ve Robins, 2004). Araştırmalar, çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayların utanç ve suçluluk duygularını arttırdığını ve bu duyguların yetişkinlikte psikopatoloji ile

ilişkilenebileceğini göstermektedir (Bennett vd., 2005; Lee vd., 2001). Çocukluk travması yaşayan bireylerde azalmış veya engellenmiş duygu düzenleme becerileri, duygusal deneyimlerini zihinsel düzeyde sembolize ederek iletme yerine bedensel semptomlar aracılığı ile ifade edilmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Kealy vd., 2018). Bu nedenle, öz-bilinçli duyguların, çocukluk travması ve somatizasyon ilişkisi bağlamında dikkate alınması gereken bir deneyim türü olduğu düşünülmüştür.

Bu süreç bireyin içinde bulunduğu sosyal bağlamdan etkilenmektedir. Öz-bilinçli duygular kişilerin içinde bulunduğu kişilerarası ilişkiler ve kırılmalarla iç içe geçmiş duygulardır (Kealy vd., 2021). Özellikle algılanan sosyal desteğin, bireyin yaşadığı duygusal yükü azaltmada koruyucu bir rol oynayabileceği görülmüştür (Cohen ve Wills, 1985). Cobb (1976) sosyal desteği, bireyin önemsendiğine, sevildiğine, saygı duyulduğuna, değer gördüğüne ve aynı zamanda bir iletişim ve karşılıklı yükümlülük ağına ait olduğuna inanmasına yol açan bilgi olarak tanımlamıştır. Sosyal desteğin, stresin sağlık üzerindeki etkisini hafifletme ve tampon görevi görme potansiyeline sahip olduğu, krizle başa çıkmayı ve değişim gerektiren durumlarda uyumu kolaylaştırdığı öne sürülmüştür. (Cassel, 1976; Cobb, 1976). Algılanan sosyal destek ise bireyin aldığı sosyal desteğin yeterliliğine ve ulaşabilirliğine yönelik öznel değerlendirmesidir (Hutten vd., 2021). Evans ve arkadaşları (2013) sosyal desteğin, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik çağındaki uzun vadeli etkilerini azalttığını belirtmiştir ve sosyal desteği, koruyucu bir faktör olarak ele almıştır. Sosyal destekten yoksun bireylerin, duygularını regüle etme konusunda daha fazla güçlük yaşadıkları ve bu nedenle bedensel şikayetler geliştirmeye daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Ali vd., 2010).

Bu bağlamda, mevcut çalışmada çocukluk çağı ile somatik belirtiler arasındaki ilişkide utanç ve suçluluk duygularının ve algılanan sosyal desteğin aracı rolünün incelenmesi hedeflenmiştir.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide, bireylerin sürekli utanç ve suçluluk duyguları ile algıladıkları sosyal desteğin aracı rollerini incelemektir. Literatür incelendiğinde, çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar gibi travmatik yaşantıların, bireylerin bedensel yakınmalar geliştirme eğilimlerini arttırdığı görülmektedir. Bununla birlikte, bu eğilimin duygusal faktörler aracılığıyla nasıl şekillendiğini anlamaya yönelik çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada,

özellikle bireylerin yaşadığı sürekli suçluluk ve utanç gibi öz-bilinçli duyguların, somatizasyon üzerindeki etkisinin açıklığa kavuşturulması hedeflenmektedir. Ayrıca, sosyal çevreden algılanan desteğin bu ilişkiler üzerindeki düzenleyici rolünün anlaşılması, psikolojik sağlamlık süreçlerinin aydınlatılması açısından önem arz etmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Somatizasyon, bireyin psikolojik sıkıntılarını bedensel belirtiler yoluyla ifade etmesi şeklinde tanımlanan, karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. Özellikle çocukluk çağı travmalarının bireyin ileriki yaşamında bedensel yakınmalar geliştirme eğilimiyle ilişkili olduğu yönünde literatürde birçok bulgu yer almaktadır. Travmatik yaşantılar, bireyde duygusal deneyimlerin sözel temsillerini oluşturmakta zorluklara yol açmakta; bu durum ise zamanla duygusal sıkıntıların bedensel düzlemde ifade edilmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte, bireyin sosyal çevresinden algıladığı destek, suçluluk ve utanç gibi öz-bilinçli duyguların etkisini hafifletebilir ya da artırabilir niteliktedir.

Bu araştırmanın çıkış noktasını, çocukluk çağı travmalarının yalnızca doğrudan etkileri değil; aynı zamanda bireyin iç dünyasında şekillenen utanç ve suçluluk gibi duygularıyla ve sosyal çevreden algılanan destek düzeyiyle etkileşim içerisinde dolaylı etkiler üretip üretmediği yönündeki merak oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın önemi, çocukluk travmaları ile somatizasyon arasındaki karmaşık ilişkisel örüntüyü, duygu regülasyonu açısından kritik olan sürekli suçluluk ve utanç duyguları ile sosyal destek gibi değişkenler aracılığıyla açıklamaya çalışmasından kaynaklanmaktadır. Bu yönüyle somatik semptomların altta yatan mekanizmalarını açıklamaya yönelik gerçekleştirilen araştırma, hem klinik psikoloji alanında travma sonrası gelişen bedensel semptomların anlaşılması hem de klinisyenlerin tedavi hedeflerini ve süreçlerini daha hassas bir şekilde belirlemelerine katkı sunmayı hedeflemektedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

Bu çalışmada değişkenleri ölçmek amacıyla Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Belirti Tarama Listesi – Somatizasyon Alt Ölçeği (SCL-90-R), Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği (TSGS) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Tüm katılımcıların bu ölçeklere verdikleri yanıtların kendi duygu, düşünce ve deneyimlerine dayandığı; herhangi bir dışsal baskı, yönlendirme ya da etki altında kalmadan, dürüst ve samimi bir şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır.

1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmanın örneklemini yalnızca İstanbul ilinde yaşayan ve çevrim içi anket formunu doldurmayı kabul eden bireyler oluşturmaktadır. Bu durum, elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlamakta ve örneklemin temsil gücünü azaltmaktadır. Araştırmanın veri toplama sürecinde çevrim içi yöntemlerin kullanılmış olması nedeniyle katılımcıların ölçeklere verdikleri yanıtların, araştırmacının kontrolü dışında çevresel faktörlerden etkilenme olasılığı bulunmaktadır.

İkinci olarak, araştırmada kullanılan veriler katılımcıların kendi beyanlarına dayanmaktadır. Özellikle çocukluk çağı travmalarına ilişkin retrospektif değerlendirmelerin sübjektif olması ve hatırlama yanlılıklarına açık olması çalışmanın iç geçerliliğini sınırlandırabilmektedir.

Son olarak, araştırma kesitsel bir desenle yürütülmüştür. Bu nedenle değişkenler arasındaki ilişkilerin nedensellik taşıdığı söylenemez; yalnızca değişkenler arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak yorumlanabilmektedir. Bu bağlamda, gelecekte yapılacak boylamsal ve deneysel çalışmalarla mevcut bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

1.5. TANIMLAR

Çocukluk Çağı Travmaları: Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), çocuğun başına gelen tehlikeli, şiddetli veya yaşamını tehdit eden olayları tanımlamak için kullanılmaktadır (Çelik ve Hocoğlu, 2018). ÇÇT, bireyin 18 yaşından önce maruz kaldığı yoksulluk, hastalıklar, savaş, göç, doğal afetler, kazalar, ebeveyn kaybı veya ebeveyninden ayrılmak zorunda kalmanın yanı sıra fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak tanımlanmaktadır (Herman, 2011).

Somatizasyon: Lipowski (1988) somatizasyonu, bireylerin yaşantılarındaki psikososyal streslere yanıt olarak somatik bir sıkıntı deneyimlemesi ve bu sıkıntının beden üzerinden iletilmesi olarak açıklamıştır. Somatik belirtiler patolojik bir sebebe işaret etmiyor olmasına rağmen bireyler tarafından sıklıkla fiziksel bir rahatsızlığın göstergesi olarak ele alınmaktadır ve tıbbi bir yardım alma eğilimi ile sonuçlanmaktadır.

Sürekli Utanç: Genellikle ahlaki veya sosyal olarak kabul edilemez görülen davranışlar ve başarısızlıklar, benliğin küresel ve kalıcı bir kusurunun yansıması olarak görülmektedir; utanç benliğin acı verici bir şekilde incelenmesi ve olumsuz değerlendirilmesi sonucunda deneyimlenen öz-bilinçli bir duygudur (Tangney vd., 1996)

Sürekli Suçluluk: Suçluluk, bireyin eylemlerine, eylemsizliğine veya niyetlerine ilişkin olası itirazlarla ilişkili rahatsız edici ve hoş olmayan duygusal durumdur ve genellikle bireyin yanlış bir şey yaptığına veya başkalarının böyle bir algısı olabileceği yönelik inanç doğrultusunda ortaya çıkan duygusal sıkıntı biçimidir (Baumeister vd., 1994). Kişinin odak noktası küresel benlik değildir; davranışı ile ilgili kötü hissetmektedir (Tangney vd., 1996)

Algılanan Sosyal Destek: Bireyin sosyal çevresinden —aile, arkadaşlar veya özel kişiler— algıladığı duygusal, bilişsel ve pratik desteğe yönelik öznel değerlendirmesidir. Gerçek sosyal destekten farklı olarak bireyin algısına dayanmaktadır (Zimet vd., 1988).

1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1. Yetişkin bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları, Somatizasyonu pozitif yönde yordamaktadır.

H2. Yetişkin bireylerde Sürekli Utanç, Somatizasyonu pozitif yönde yordamaktadır.

H3. Yetişkin bireylerde Sürekli Suçluluk, Somatizasyonu pozitif yönde yordamaktadır.

H4. Yetişkin bireylerde Algılanan Sosyal Destek, Somatizasyonu negatif yönde yordamaktadır.

H5. Yetişkin bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon arasındaki ilişkide Sürekli Utancın pozitif yönlü aracı rolü bulunmaktadır.

H6. Yetişkin bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon arasındaki ilişkide Sürekli Suçluluğun pozitif yönlü aracı rolü bulunmaktadır.

H7. Yetişkin bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon arasındaki ilişkide Algılanan Sosyal Desteğin negatif yönlü aracı rolü bulunmaktadır.

BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER

2.1. TRAVMA KAVRAMI

Travma kavramı, Eski Yunanca'da "yara" anlamına gelen bir kelimedenden türemiştir. Yeni Latince'de ise harici bir etkenin neden olduğu bedensel yaralanmayı ifade etmektedir (Luchhurst, 2013). 19. yüzyıla kadar travma kavramının yalnızca fizyolojik etkileri üzerinde durulmuştur (Kokurcan ve Özsan, 2012). 19. yüzyılın sonlarında Fransız nörolog Jean-Martin Charcot, travma ve psikolojik etkileri ile ilgili ilk kapsamlı araştırmalarını histeri rahatsızlığı olan hastalarla gerçekleştirmiştir (Ringel ve Brandell, 2011; Van der Kolk vd., 1996). Charcot'un çalışmaları sırasında, histerik belirtiler sergileyen kadınların geçmiş yaşantılarında şiddet, tecavüz ve işkence gibi travmatik olayların yaygın olduğu gözlemlenmiştir (Kokurcan ve Özsan, 2012). Böylelikle, histerik semptomların fizyolojik bir kökenden ziyade psikolojik bir kökene sahip olduğunu anlayan ilk kişi olmuştur (Herman, 2011). Charcot'tan sonra Pierre Janet Fransa'da, Freud ise Viyana'da Joseph Breuer ile birlikte çalışmalarını sürdürmüş ve histerinin nedenini açıklayabilmeyi amaçlamıştır. Birbirlerinden bağımsız olarak histerinin travmatik bir olayın sonucu olduğunu bulmuşlardır (Herman, 2011). Travmatik yaşantılar bilinç durumlarını etkilemektedir ve bu durum histerik semptomlara neden olmaktadır (Kokurcan ve Özsan, 2012). Freud 1986'da her histeri olgusunun erken çocukluk deneyiminde cinsel istismar öyküsü olduğunu belirtmiş ve bu yaşantılarla baş etmekte zorlanan kadınlarda histeri belirtilerin ortaya çıktığını söylemiştir (Ringel ve Brandell, 2011). Ancak Freud, bir noktada cinsel istismar öykülerinin gerçek olmadığını ve bunların hastaların fantezilerinden ibaret olduğunu savunmuştur, bu da travma çalışmalarının bir süreliğine duraklamasına neden olmuştur (Kokurcan ve Özsan, 2012).

Travma konusuna olan ilgi, Birinci Dünya Savaşı ile yeniden canlanmıştır. Savaş alanından dönen askerlerde histeriye benzer davranışlar görülmüştür (Kokurcan ve Özsan, 2012), kontrolsüz bir şekilde ağlama, çılgılık atma, hafıza kaybı, tepkisiz kalma ve hareket edememe davranışları sonucunda travmanın psikolojik etkileri tekrar bilimsel alanda ilgi çekmeye başlamıştır (Özen, 2019; Herman, 2011). Bu ilgi barış zamanlarında azalmıştır, ancak Vietnam Savaşı sırasında psikolojik travma ruh sağlığı araştırmalarını ve literatürü tekrar ele geçirmiştir. Yapılan çalışmalar sonrasında savaşın özellikle Vietnam gazileri üzerinde bıraktığı psikolojik etkiler görülmüştür ve Travma Sonrası

Stres Bozukluğu (TSSB) tanısının ana hatları belirlenmiştir (Gerson ve Carlier, 1992). 1970'lere gelindiğinde, feminist hareketler travmanın sosyal yaşam ve aile içindeki etkilerini vurgulamaya başlamıştır. Bu dönemde, kadınların maruz kaldığı tecavüz, istismar ve şiddet gibi olayların etkileri incelenmiş ve bu bireylerin de savaş gazilerine benzer şekilde yoğun stres tepkileri verdiği gözlemlenmiştir (Kokurcan ve Özsan, 2012). Kadınlara ve çocuklara yönelik cinsel ve aile içi şiddetin sonuçlarına yeniden dikkat çekilmiştir (Herman, 2011). Böylelikle, travmanın sadece savaş gibi şiddetli olaylarda değil, bireylerin günlük yaşamında da etkili olabileceğini göstermiş ve travma çalışmalarına çok yönlülük kazandırmıştır. Günümüzde travma, bireysel ve toplumsal etkileriyle kapsamlı bir şekilde incelenmeye devam etmekte ve bu alan, sürekli olarak yeni yaklaşımlar ve tedavi yöntemleriyle zenginleşmektedir (Ringel ve Brandell, 2011).

Günlük dilde travma kavramından söz ederken sıklıkla yüksek stresli olayları anlatmak isteriz (Giller, 1999) Psikotravma alanında, travma kavramına yönelik farklı açıklamalar bulunmaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5, APA, 2013) travma; doğrudan ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma ve cinsel saldırıya maruz kalma, bir başkasının travmatik yaşantılarına tanık olma, yakın aile üyelerinin veya arkadaşların başına travmatik bir olayın geldiğinin öğrenilmesi ya da travmatik yaşantıların zorlayıcı detaylarına tekrar ve aşırı şekilde maruz kalınması olarak tanımlanmaktadır. Kısaca, travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü derinden etkileyen, zedeleyen ve yaralayan olayları ifade etmek için kullanılmaktadır (Kokurcan ve Özsan, 2012). Travmatik olayları ele alırken farklı gruplamalar yapıldığını görmekteyiz. Travmayı kaynağına göre (doğasına) göre tanımladığımızla doğal yollarla gerçekleşen olaylar (deprem, sel, tsunami vb.), insan eliyle bilerek ve amaçlı gerçekleşen olaylar (terör, işkence, cinsel-fiziksel saldırı vb.), insan eliyle kazara gerçekleşen olaylar (uçak kazası, iş kazası vb.) olarak ayrılmaktadır (Van der Kolk, 2018). Shapiro (2001), kişilerin yoğun şekilde olumsuz etkilendiği, hayatının ve beden bütünlüğünün tehlike altında olduğu, yaşamının akışını bozan ve psikopatolojiyle sonuçlanabilen bu olayları “büyük T” olarak tanımlamaktadır. Çoğu insan travmayı düşündüğünde, savaş, çatışma, doğal afetler, fiziksel veya cinsel istismar, terörizm ve felaketli kazalara maruz kalmış kişileri düşünme eğilimindedir. Bunlar, bir kişinin katlanabileceği en derin ve bazılarına göre en yıpratıcı deneyimlerdir. Ancak, bir kişinin etkilenmesi için açıkça sıkıntı veren bir olay yaşaması gerekmez. Daha küçük veya daha az belirgin olayların birikmesi travmatik olabilmektedir (Barbash, 2017). Doğası gereği hayatı veya bedensel bütünlük yerine daha çok psikolojik bütünlüğü tehdit eden olaylar vardır ve “küçük t” olarak

tanımlanmaktadır (Shapiro, 2001). Küçük t travmalarına, kişilerarası çatışmalar, yaşanan bir başarısızlık, aldatılma, boşanma, bir çocuğun annesi tarafından terk edilmesi, okulda veya işyerinde zorbalığa uğramak, aşırı yoksulluk içinde yaşamak, çocuk doğurmak veya kişinin ırkı, dini, cinsiyet kimliği veya cinsel yönelimi nedeniyle devam eden bireysel ayrımcılığa maruz kalması gibi psikolojik tehdit içeren travmatik olaylar örnek olarak verilmektedir (Barbash, 2017; Idsoe vd., 2012; Kiser, 2007; Kendall-Tackett, 2013; Mishna, 2012; Purcell vd., 2005; Straussner ve Calnan, 2014). Biriken küçük t travmaları sonucunda kişi artan bir sıkıntı, duygusal işleyişte sorunlar ve azalan yaşam kalitesi yaşamaktadır (Barbash, 2017). Travmatik olaylar bireyin duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik işleyişi üzerinde derin ve kalıcı etkilere neden olmaktadır (Perry, 1994).

Bununla birlikte, Herman (2011) travmayı, bireyin yaşamına uyum sağlama kapasitesini bozan olağandışı yaşantılar olarak tanımlamaktadır. Olağandışı olmasının sebepleri nadir olmalarından kaynaklı değildir, çoğu insan, yaşamı boyunca en az bir kez şiddet içeren veya potansiyel olarak yaşamını tehdit eden travmatik bir olaya maruz kalmaktadır (Ozer ve vd., 2003). Shirley ve Kenneth (1994) ve Giller (1999) travmayı, bireyin mevcut savunma becerilerini ve başa çıkma yöntemlerini kullanmasını engelleyen ve kişinin ruhsallığında izler bırakan, aşırı stres içeren olaylar olarak açıklamaktadır. Travmatik olaylar genellikle güç kötüye kullanımı, güvenin kötüye kullanılması, tuzağa düşme, çaresizlik, acı, kafa karışıklığı ve/veya kayıp içermektedir (Giller, 1999). Bir başka tanımda da travmatik olayların, beklenmedik bir şekilde kişide yoğun bir çaresizlik ve kontrolsüzlük duygusu yarattığı vurgulanmıştır (Herman, 2011). Travma, bir bireyin kontrol duygusunu ihlal eden, durumu veya koşulları mevcut gerçekliğine entegre etme kapasitesini azaltabilen, rahatsız edici bir olaydır (Barbash, 2017). Tüm bu tanımlarla birlikte, belirli bir olayın travmatik olup olmadığını kişinin öznel deneyimi sonucunda anlayabiliriz (Giller, 1999).

2.1.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5, APA, 2013) kabul edildiği gibi, travmanın tüm bireyler üzerinde derin bir etkisi vardır ama çocuklar üzerindeki etkisi benzersiz ve özellikle zararlıdır. Çocuklar dünya genelinde gelişimlerini, iyilik hallerini ve varoluşlarını etkileyecek birçok tehdit ile karşı karşıya kalmaktadır. Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), çocuğun başına gelen tehlikeli, şiddetli veya yaşamını tehdit eden olayları tanımlamak için kullanılmaktadır (Çelik ve Hocaoglu,

2018). ÇÇT, bireyin 18 yaşından önce maruz kaldığı yoksulluk, hastalıklar, savaş, göç, doğal afetler, kazalar, ebeveyn kaybı veya ebeveyninden ayrılmak zorunda kalmanın yanı sıra fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak tanımlanmaktadır (Herman, 2011). Görüldüğü gibi çocuklarda travmatik yaşantılar yaratabilen travmatik olaylar oldukça çeşitlidir. ÇÇT kavramının kapsadığı ihmal ve istismar, bir yetişkin tarafından çocuğun maruz kaldığı, toplumsal normlar ve profesyonel tarafından uygunsuz ve zarar verici olarak kabul edilen, çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkileyen her tür kötü muameledir (Çelik ve Hocaoglu, 2018).

Çocuk istismarı ve ihmali, dünya genelinde bir endişe kaynağı olmasına rağmen, bu kavramların tanımlanmasında ülkeler ve kültürler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (Runyan, 2010). Çocuk istismarının şiddetli biçimlerine yönelik fikir birliği vardır; çoğu toplum bir çocuğun öldürülmesiye dövülmesinin kabul edilemez olduğu konusunda hemfikirdir. Ancak daha az belirgin kötü muamele içeren durumlar, kültürel farklılıklardan daha fazla etkilenmektedir (National Research Council, 1993). Kültürden kültüre değişmekte olan çocuk yetiştirme uygulamaları ve ritüelleri bulunmaktadır ve bazıları çocuklar için acı vericidir (Korbin, 1991). Bazı kültürlerde çocuklara yönelik sert cezalandırmalar bir disiplin biçimi ve çocukların davranışlarını değiştirme yöntemi olarak görülebilmektedir. Örneğin, Runyan ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, çocuğun kalçasına elle veya bir cisimle vurma, sarsma, yüze veya başa tokat atma ve yumrukla dövmek gibi cezalandırma yöntemleri Hindistan'da oldukça yaygın görülmektedir. Benzer bir şekilde, Türkiye'nin birçok kesiminde, çocukların fiziksel olarak disipline edilmesi kabul görmektedir (Oral vd., 2001). Fiziksel disiplinin, çocuğun duygusal ve fiziksel sağlığına potansiyel olarak zarar verebileceği sıkça belirtilmesine rağmen, birçok ülkede normatif bir uygulama olarak görülmektedir ve doğrudan çocuk istismarı olarak ele alınmamaktadır (Daro, 2008). Tehlikeli veya kabul edilemez ebeveynlik biçimlerinin ne olduğu konusunda uluslararası bir fikir birliğinin olmamasından dolayı, her toplumda çocuklara gelen her zarar istismar olarak kabul görmemektedir (National Research Council, 1993). Ayrıca, ekonomik zorluklarla mücadele eden, minimal kaynaklara sahip olan bölgelerde ya da sınırları içinde silahlı çatışmalar bulunan ülkelerde, genel çocuk bakım standardıyla ihmal durumları arasında ayırım yapmak zor olabilmektedir (Daro, 2008). Bu farklılıklar çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesini ve buna yönelik ortak önlemler geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Uluslararası karşılaştırmaya olanak tanıyan bir yaklaşım geliştirmemek, çocuk istismarı ve/veya ihmeline yanıt verme ve bunu önleme çabalarını

zorlaştıracaktır (Runyan, 2010). Bu nedenle Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Engelleme Derneği (IPSCAN), ülkelerin farklı tanımlamalarını karşılaştırarak ortak noktalarını incelemiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocukluklara yönelik kötü muameleyi, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ihmalkar davranış ve çocukların ticari ya da diğer şekillerde sömürülmesi olarak tanımlamıştır. Kötü muamele, kasıtlı veya kasıtsız olarak yapılan, çocuğun fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne, gelişimine zarar verebilecek her tür eylem ve eylemsizliği kapsamaktadır (Christoffel vd., 1992). Bu eylem veya eylemsizliklerden dolayı, çocuk fiziksel, duygusal, cinsel ve sosyal açıdan zarar görmektedir, ayrıca sağlığı ve güvenliği tehlikeye girmektedir (Taner ve Gökler, 2004). Çocuklara yönelik kötü muamelenin failleri arasında ebeveynler, diğer aile üyeleri, bakım verenler, arkadaşlar, öğretmenler, askerler, polis memurları, sağlık çalışanları ve diğer çocuklar gibi çeşitli kişiler yer alabilmektedir (WHO ve International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (IPSCAN), 2016).

İhmal, ailenin, ilgili kurumların ve devletin en temel sorumluluklarını yerine getirememesi sonucunda çocuğun hak ve özgürlüklerinden yoksun kalması, fiziksel ve duygusal gelişiminin engellenmesidir (Aral ve Gürsoy, 2001; National Research Council, 1993). 18 yaşından küçük bir bireyin temel fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmaması veya yetersiz bir denetime ve şiddet içeren bir ortama maruz bırakarak zarardan veya potansiyel zarardan korunmamasıdır (Çelik ve Hocaoglu, 2018; Leeb vd., 2008). İstismar ise bir yetişkin tarafından çocuğa zarar veren veya zarar verme potansiyeli ya da tehdidi içeren sözler veya eylemleri kapsamaktadır (Leeb vd., 2008). Fail tarafından gerçekleştirilen istismar eylemleri kasıtlı ve bilinçlidir, ancak bir çocuğa zarar vermek amaçlanan niyet olmayabilir; faillerin eylemin sonuca yönelik niyetleri eylemin istismar olup olmadığını belirlemek noktasında önemsizdir (Leeb vd., 2008). Milyonlarca çocuk şu anda travmatik ortamlarda büyüyor; evlerinde istismar ve ihmale maruz kalıyorlar ve toplumları tarafından travmatize olmaktadır (Finkelhor vd., 2009).

Maschi ve arkadaşları (2013), ampirik literatürü inleyerek, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik dönemindeki etkilerinin oldukça geniş kapsamlı ve derin olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar, çocuklukta travmaya maruz kalan bireylerin yetişkinliklerinde tekrar mağduriyet yaşama ve olumsuz zihinsel ve fiziksel sağlık deneyimleme risklerinin anlamlı derecede arttığını ortaya koymaktadır. Felitti ve arkadaşları (1998), çocukluk çağında deneyimlenen travmatik olayların ve ev içi disfonksiyonların yetişkinlikteki sağlık durumunu güçlü ve kümülatif bir şekilde olumsuz

etkilediğini belirtmektedir. Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerine maruziyet arttıkça risk faktörlerinin (alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, intihar girişimi, sigara kullanımı, fiziksel rahatsızlık ve 50'den fazla cinsel partner ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar) ve hastalıkların (kalp hastalığı, kanser, kronik akciğer hastalığı, iskelet kırıkları ve karaciğer hastalığı) görülme olasılığında anlamlı bir artış görülmüştür (Fellitti vd., 1998).

2.1.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük bir bireyin, kasıtlı bir güç kullanımı sonucunda fiziksel olarak yaralanması veya yaralanma riskine maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Fiziksel istismar, fiziksel bir iz bırakmayanlardan kalıcı bir sakatlığa, şekil bozukluğuna veya ölüme neden olanlara kadar değişen fiziksel eylemleri içermektedir (Leeb vd., 2008). Bir el veya başka bir nesne ile vurma, saç çekme, tekmeleme, ısırma, sarsma, fırlatma, bıçak veya silahla tehdit etme, yakma veya boğma gibi eylemler fiziksel istismar eylemlerine örnek olarak verilmektedir (Kaplan vd., 1999). Ülkemizde en yaygın olarak görülen fiziksel istismar tipleri çimdikleme, kulak çekme, saç çekme, cisim fırlatma, elle vurma ve tokat atmadır (Çelik ve Hacıoğlu, 2018). Fiziksel istismar davranışlarının doğrudan gözlemlenmesi oldukça nadirdir çünkü çoğunluk ev ortamının mahremiyetinde gerçekleşmektedir, aile içerisinde saklanmaktadır ve nadiren bildirilmektedir. Bundan dolayı, fiziksel istismarın tespiti genellikle istismarın sonuçlarına dayanmaktadır (Warner-Rogers vd., 1999). Fiziksel istismar sonucu olarak doku zedelenmeleri, kırıklar, sıyrıklar, yanıklar, kafa travmaları, zehirlenme, göz ve iç organlarda hasar, bedende kalıcı sakatlıklar ve en son nokta olarak ise ölüm görülmektedir (Aktu ve Dilekmen, 2019). Çocuğun vücudunda görünür lezyonlar olmasından dolayı fiziksel istismarın tespiti diğer istismar türlerine kıyasla daha kolaydır.

Fiziksel istismar, disiplin veya fiziksel cezalandırmadan kaynaklanabilir ve bakım verenin çocuğa zarar verme veya yaralama niyetinden bağımsız olarak ele alınmalıdır (Leeb vd., 2008; Runyan vd., 2002). Ebeveynlerin fiziksel şiddeti bir disiplin aracı olarak görmesinden dolayı fiziksel istismar toplumda oldukça yaygın olarak görülmektedir (Çelik ve Hacıoğlu, 2018). Aral (1997) tarafından yapılan bir çalışmada, çocukların %65,72'nin ebeveynleri tarafından fiziksel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir. 4-12 yaşları arasındaki 50.473 çocuk üzerinde yapılan başka bir çalışmada, çocukların %62,60'nın anne ve babaları tarafından fiziksel cezaya maruz kaldıkları bulunmuştur,

şiddet mağduru olan çocukların üçte ikisi okul öncesi dönemdedir (Bilir vd., 1991). Bir diğer çalışmada, 7-18 yaş grubundaki çocukların %45'inin fiziksel istismara maruz kaldığı görülmüştür (Oral vd., 2010). Oral ve arkadaşlarının (2001), pediatri ve çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran 50 olguyu incelediği bir çalışmada, çocukların %60'ının fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmıştır ve faillerin 34 vakada (68%) baba, 22 vakada (44%) anne olduğu görülmüştür (Oral vd., 2001). Çocuklara yönelik cezalandırmalar ve fiziksel istismar, anne-babanın yaşlarının genç olması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve ailedeki çocuk sayısının fazla olması ile artmaktadır (Bilir vd., 1991). Anne/babada psikiyatrik veya fiziksel hastalık, anne/babada kişilik bozukluğu tanısının bulunması, kendi çocukluklarında istismar öyküsünün bulunması, aile içerisindeki şiddetli geçimsizlik, aile içi şiddet, düşük sosyo-ekonomik düzey, sosyal desteğin azlığı, anne/babanın alkol kullanımı, işsizlik ve parçalanmış aileler istismar için diğer risk faktörleri olarak görülmektedir (Baz ve Wang, 2012; Güler vd., 2002; Küpeli vd., 2003; Pelendecioğlu ve Bulut, 2009; Runyan vd., 2002).

2.1.1.2. Cinsel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 1999) cinsel istismarı, bir çocuk veya gencin tam olarak kavrayamayacağı, bilinçli olarak onay veremeyeceği ve/veya gelişimsel olarak hazır olmadığı, toplumun yasalarını veya sosyal tabularını ihlal eden herhangi bir cinsel aktiviteye maruz kalması olarak tanımlamaktadır. Cinsel istismar, bir çocuğa yönelik olarak bir yetişkinin ya da sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içinde bulunabileceği yaşça daha büyük bir çocuğun, kendi cinsel ihtiyaçlarını tatmin etmek amacıyla gerçekleştirdiği cinsel eylem, cinsel temas veya sömürüdür (DSÖ, 1999, 2016). Literatür incelendiğinde cinsel istismarın “temas içeren” ve “temas içermeyen” olmak üzere ikiye ayrıldığı görülmektedir (Chiesa ve Goldson, 2017). Temas içermeyen cinsel istismar, çocuğu kavrayamayacağı cinsel eylemlere maruz bırakmayı kapsamaktadır. Pornografiye maruz bırakmak veya pornografi üretimine dahil etmek, çocuğun cinsel fotoğraflarını veya videolarını çekmek, teşhircilik, röntgencilik, çocuğu fuhuşa veya seks ticaretine teşvik etmek veya zorlamak gibi eylemler bu kategoriye girmektedir (Leeb vd., 2008). Temas içeren cinsel istismar ise dokunma, okşama veya mastürbasyon gibi penetrasyon içermeyen eylemler ile ağız, vajina veya anüse penetrasyonu içeren eylemler olarak ikiye ayrılmaktadır (Chiesa ve Goldson, 2017).

Cinsel istismar konusunda yaygın bir yanlış inanç vardır, cinsel istismarın sadece

yoksul bölgelerde ve kız çocuklarının maruz kaldığı nadir bir olay olduğu düşünülmektedir. Fakat cinsel istismar, cinsiyet fark etmeksizin, farklı kültürlerde ve sosyoekonomik düzeyde milyonlarca çocuğa zarar veren yaygın bir sorundur. Çocuklara ve ergenlere yönelik cinsel istismar, dünya genelinde çarpıcı bir gerçekliktir. Cinsel istismar, erkek, kadın, yabancı, güvenilen arkadaş ya da aile bireyi gibi farklı rollerdeki kişiler tarafından ve farklı cinsel yönelimden, sosyoekonomik sınıftan ve kültürel geçmişe sahip birçok fail tarafından gerçekleştirilmektedir (Murray vd., 2014). DSÖ'nün (2017) raporuna göre, Avrupa'da bulunan çocuklarının %9,6'sı (kızların %13,4 ve erkeklerin %5,7) cinsel istismara maruz kalmaktadır. Bu oran Avrupa'da bulunan çocuk nüfusuna uyarlandığında, yaklaşık 18 milyon çocuğun cinsel istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, 2021 yılında 24.432 çocuk, 2022 yılında 31.890 çocuk cinsel istismara maruz kalmıştır. Bu veriler, Türkiye'de çocuklara yönelik cinsel istismar vakalarının arttığını göstermektedir.

Çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismar, hem kısa vadeli (erken yaşlarda) hem de uzun vadeli (yetişkinlikte) fiziksel ve psikolojik etkilere yol açabilmektedir. Cinsel istismar sonucunda çocuğun vücudunda hasar meydana gelebilir. Fiziksel bulgular tedavi edilse bile, psikolojik etkileri uzun süre devam edebilmektedir. Ayrıca, hamilelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi bazı fiziksel sonuçlar ise yaşam boyu süren etkilere yol açabilmektedir. Kendall-Tackett ve arkadaşları (1993), 45 deneysel çalışmayı inceleyerek cinsel istismara maruz kalan farklı yaş gruplarındaki çocuklarda görülen en yaygın semptomları belirlemiştir. Okul öncesi dönemde kaygı, kabuslar ve uygunsuz cinsel davranışlar; okul çağındaki çocuklarda korku, psikiyatrik hastalıklar, agresif davranışlar, kabuslar, akademik sorunlar, hiperaktivite ve regresif davranışlar; ergenlerde ise depresyon, içe kapanma, intihar veya kendine zarar verme davranışı, fiziksel yakınmalar, yasadışı eylemler ve madde bağımlılığı en sık görülen belirtiler arasındadır. Ayrıca, düşük eğitim performansı, yüksek düzeyde intihar düşünceleri, madde bağımlılığı ve kumar oynama davranışları da sıkça rapor edilen belirtiler arasında yer almaktadır (Patel ve Andrews, 2001). Psikotik belirtiler, kaygı, somatizasyon, fobik kaygı, paranoyak düşünceler, depresyon, obsesif-kompulsif belirtiler ve genel psikolojik sıkıntılar çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan bireylerde yüksek oranda gözlemlenmiştir (Haj-Yahia ve Tamish, 2001).

Kendall-Tackett ve Marshall (1998), çocukluk ve/veya ergenlikte cinsel istismara maruz kalan bireylerde yaygın olarak görülen psikolojik sorunları ampirik çalışmalara dayanarak sınıflandırmıştır. Bu bireylerde, travma sonrası stres bozukluğu, bilişsel

çarpıtmalar (örn. dünyayı tehlikeli bir yer olarak görme, kronik çaresizlik ve güçsüzlük algıları, düşük öz saygı), duygusal sıkıntılar (örn. depresyon, korku, kaygı, fobi, obsesif-kompulsif belirtiler, öfke), bozulmuş benlik algısı (örn. kendini korumada zorluk, sınır koymada zorluk), kaçınma (örn. dissosiyasyon, aşırı hayal kurma veya “dalgınlık”, istismarla ilgili olaylara ilişkin amnezi), kişilerarası zorluklar (örn. yakın ilişkilerde kendini ifade etmede zorluk, yakınlık için yüksek ihtiyaç) ve sağlık sorunları (örneğin, beyin yapısı değişiklikleri, bağışıklık sistemi eksiklikleri, sık yorgunluk hissi, sık jinekolojik sorunlar, aşırı uyuşturucu veya alkol kullanımı ve sık baş ağrıları) sıklıkla görülmektedir.

2.1.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğa yönelik gerçekleştirilen diğer istismar ve ihmal biçimlerinin merkezinde yer almaktadır ve diğer kötü muamele biçimlerine göre çok daha yaygın, potansiyel olarak daha yıkıcı olduğu belirtilmektedir (Hart ve Brassard, 1987). Duygusal istismar, çocuğu savunmasız kılacak, yaş, statü, bilgi ve konumu itibarıyla etki sahibi olan bireyler tarafından gerçekleştirilen eylemleri kapsamaktadır (McGee ve Wolfe, 1991). Duygusal olarak istismar edici eylemler çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarına zarar verici, potansiyel olarak zararlı veya duyarsız bir şekilde davranmayı içermektedir; suçlama, küçümseme, aşağılama, utandırma, alay etme, korkutma, terörize etme, düşmanca muamele, izole etme, kısıtlama, sınırlama, sömürme, aşırı ve gerçekçi olmayan beklentilerin dayatılması gibi davranışlar, duygusal istismara örnek olarak gösterilmektedir (Barnett vd., 1991; Grossman vd., 2017; Hart ve Brassard, 1991; Hart vd., 2002; McGee ve Wolfe, 1991). Ayrıca, duygusal istismar, çocuğun duygusal ve sosyal yeterlilik geliştirebilmesi için gelişimsel açıdan uygun ve destekleyici bir ortamın sağlanamaması anlamına gelmektedir (DSÖ, 1999).

Duygusal istismar, çocuğun kendini değersiz, sevilmeyen, kusurlu, tehlikede veya yalnızca başkasının ihtiyaçlarını karşıladığı ölçüde değerli olduğunu ileten eylemlerden oluşmaktadır (Leeb vd., 2008). Bu tür eylemler, çocuğa psikolojik olarak zarar verme potansiyeli taşımaktadır. Çocukluklarında duygusal istismara maruz kalmış yetişkinler güvenli ve sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürmede zorluk deneyimleme olasılıkları artmaktadır; olumsuz bir kendilik algısına sahip olma, sıkıntılarını içselleştirme ve bunun sonucunda daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, sosyal geri çekilme ve izolasyon gibi duygusal zorluklar yaşama ihtimalleri bulunmaktadır. Ayrıca, bu bireyler kendine

zarar verme, alkol ve madde bağımlılığı, riskli cinsel eylemler gibi daha uyumsuz başa çıkma stratejileri geliştirme eğilimindedirler (Grosman vd., 2017). Çocukluk dönemi duygusal istismarı ile yetişkinlik dönemindeki sonuçlarını inceleyen Briere ve Runtz (1988), duygusal istismarın somatizasyon, anksiyete, depresyon, kişilerarası zorluklar, obsesif-kompulsif bozukluk, dissosiyasyon ve intihar düşüncesi gibi bir dizi psikolojik sorunla ilişkili olduğunu göstermiştir. Duygusal istismar genellikle diğer kötü muamele türlerinden nadiren izole olarak meydana gelmektedir, duygusal istismarın varlığı aynı zamanda diğer istismar türlerinin de mevcut olduğuna dair bir gösterge olabilmektedir (Bifulco vd., 2002).

2.1.1.4. Fiziksel İhmal

Barnett ve arkadaşları (1991), fiziksel ihmali çocuğa bakmakta yükümlü olan kişilerin çocuğun temel ihtiyaçlarını yeterince karşılayamaması ve gözetim eksikliği olmak üzere iki başlıkta incelemiştir. Çocuğun yeterince beslenememesi, barınma ihtiyacının karşılanmaması, tehlikeli veya sağlıksız koşullarda yaşamak zorunda kalması ya da çocuğun bir tehlikeye maruz kalmasına neden olabilecek evsizlik durumu yaşantılması; çocuğun giyim ihtiyacının giderilmemesi, hava koşullarına ve yaşına uygun olmayan kıyafetler giymek zorunda kalması, hijyen eksikliği yaşaması, sağlık sorunlara neden olacak düzeyde hijyen yetersizliğinin bulunması; temel tıbbi bakımın sağlanmaması, çocuğun tıbbi tedaviye erişememesi veya tedavi edilmemiş yaralarının bulunması, ciddi dış sorunları yaşaması ve bunlardan kaynaklı olarak gelişiminde sorunlar yaşaması temel ihtiyaçlarının karşılanmadığını göstermektedir (Barnett vd., 1991; Runyan vd., 2002).

Gözetim eksikliğine bağlı ihmal ise çocuğun yeterli denetimden yoksun bırakılmasıdır; çocuğun yalnız bırakılması, çocuğun kendine bakamayacak durumda olan başka bir çocuğun denetimine bırakılması, çocuğun terk edilmesi, evden kovulması, kaçan çocuğun eve kabul edilmemesi, çocuğu zararlı maddeleri kullanmaktan korumak için yeterli önlem alınmaması ya da çocuğun bilinen bir istismar durumundan korunmaması fiziksel ihmale örnek olarak verilmektedir (Barnett vd., 1991; Şar, 1998).

2.1.1.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, bir çocuğun duygusal ihtiyaçlarının, önemli bir başkası tarafından sürekli olarak göz ardı edildiği, yanıt verilmediği, ilgilenilmediği veya takdir edilmediği bir ilişki örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (Ludwig ve Rostain, 2009). Duygusal ihmal,

çocuğun temel duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması ve sürekli olarak sevgi ile şefkatten yoksun bırakılması; güven duygusunun zedelenmesi, aile içi şiddete tanık olmasına izin verilmesi, çocuğun uygunsuz davranışlarının göz ardı edilmesi, çocuğun uyuşturucu veya alkol kullanmasına müsamaha gösterilmesi, sağlıklı sınırların oluşturulmaması, sosyal kuralları öğretilmemesi, duygusal ve davranışsal sorunlar için önlem alınmaması ve yönlendirilmemesi gibi bir dizi olumsuz durumu içermektedir (Stoltenborgh vd., 2013; Şar, 1998). Webb ve Musello (2018), duygusal ihmalin çoğu zaman yapılan eylemlerden veya söylemlerden ziyade, söylenmemiş sözler, gösterilmeyen ilgi, fark edilmeyen duygular, gözlemlenmeyen hatalar ile ilişki olduğunu belirtmektedir; bu nedenle diğer kötü muamele biçimleri kadar görünür ve belirgin değildir. Duygusal ihmal kendisini yokluk ve boşluk hissi ile göstermektedir (Webb ve Musello, 2018). Duygusal ihmal sonucunda sevilmediklerini ve istenmediklerini düşünen çocuklar, başkaları tarafından ilgi, sevgi ve onay görmek için aşırı uyumlu davranışlar sergileyerek etrafındaki kişileri memnun etmeye çalışabilmektedir veya fark edilmek ve dikkat çekmek için uygunsuz ve riskli davranışlar sergiledikleri görülmektedir. Diğer taraftan, duygusal yakınlıktan korkarak, yakın ilişkilerden kaçındıkları, ilgisiz ve kayıtsız bir tutum sergiledikleri görülmektedir (Ludwig ve Rostain, 2009). Bu tür ilişkilermeler yetişkinlikte bireyin sağlıklı ve tatmin edici ilişkiler sürmesini zorlaştırmaktadır (Webb ve Musello, 2018). Duygusal ihmal sonucunda çocuklarda, gelişimsel gerileme, hiperaktivite, saldırganlık, depresyon, düşük öz-saygı, evden kaçma, madde bağımlılığı ve diğer duygusal bozukluklar görülebilmektedir (Ludwig ve Rostain, 2009). Duygusal ihmale uzun süre maruz kalan kişiler, duyguları ile bağlantı kurma ve neye ihtiyaçları olduğunu anlama ve tanımlamada zorluk yaşayabilmektedir (Webb ve Musello, 2018).

2.1.1.6. Aşırı Koruma ve Kontrol

Şar ve arkadaşları (2021), Türkiye’de yaygın olarak gözlemlenen aşırı koruma ve aşırı kontrol (OP-OC) ebeveynlik tarzının travmatize edici olabileceğini ve çocukluk çağı travmaları arasında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle, 2021 yılında Çocukluk Çağı Travma Ölçeği revize edilerek “aşırı koruma ve kontrol” alt ölçeği eklenmiştir. Williamson ve arkadaşlarının (2017) yaptığı meta-analiz, aşırı koruma ve kontrol ebeveynlik tarzının çocukluk çağı travmaları sonrası stres bozukluğu (TSSB) varyansının %2 ila %5,3’ünü açıkladığını göstermektedir. Bu bulgu, aşırı koruma ve kontrolün çocukluk çağı travmaları açısından dikkate alınması gereken önemli bir faktör

olduğunu göstermektedir.

Wood ve arkadaşları (2003), OP-OC ebeveynlik tarzını, bakım verenlerin çocuklarının yaşantısına aşırı müdahil olması, çocukların aktivitelerinin ve rutinlerinin aşırı düzenlenmesi olarak açıklamaktadır. Borelli ve arkadaşları (2015), aşırı koruma ve kontrol ebeveynlik tarzının temel amacının, çocuğun duygu ve düşüncelerini kontrol etmek veya kısıtlamak olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, ebeveynin aşırı kontrol ve koruma davranışları, çocuklukların ebeveynlerine olan bağımlılıklarını pekiştirdiği ifade edilmektedir (Wood vd., 2003). Diğer kötü muamele biçimlerine benzer şekilde, aşırı koruma ve kontrol çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir (Şar vd., 2021). Aşırı korumacı ve kontrolcü ebeveynler, çocuğun dünyayı keşfetme fırsatlarını ve bağımsızlık gelişimini sınırlandırmakta, özgüven gelişimi için gerekli olan sosyal ortamlardaki kontrol deneyiminden mahrum bırakmaktadır. Bu durum, çocuğun çevresi üzerinde hakimiyet algıları etkilenmektedir ve olayları kendi kontrolleri dışında gelişen unsurlar olarak değerlendirmesine neden olmaktadır (Parker, 1983; Wood vd., 2003). Bundan sonucunda, çocuk özerk bir şekilde çevreyi keşfedemeyeceğini düşünerek kendisini güçsüz hissetmekte ve dış dünyayı tehdit edici olarak algılayabilmektedir (Farina vd., 2021). Bu nedenle, OP-OC'nin çocuklardaki utangaçlık ve kaygı bozuklukları ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Wood vd., 2003). Farina ve arkadaşları (2021), genç yetişkinlerden oluşan bir örnekleme, aşırı koruma ve kontrol içeren ebeveynlik tarzının çeşitli psikolojik sonuçlar doğurabileceğini öne sürmüştür. Bu bağlamda, bireyin çevresini tehdit olarak algılaması ve bununla birlikte özerkliğinin kademeli olarak kısıtlanması anksiyete gelişimine zemin hazırlayabilir; duygularının geçersiz kılınması ise aleksitimiye yol açabilir; kendilik değerine yönelik olumsuz algılar ise depresyon riskini artırabilir. Yoshida ve arkadaşları (2005), babanın aşırı korumasın ile Obsesif Kompulsif Bozukluk'un ortaya çıkmasında önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmiştir.

2.2. UTANÇ VE SUÇLULUK

Suçluluk ve utanç, öz-bilinçli duygular olarak tanımlanmaktadır. Öz-bilinçli duygular öz farkındalık kapasitesi ve istikrarlı benlik tasarımları gerektirmektedir ve öz-bilinçli duygular, bireyin kendisini belirli bir benlik tasarımına göre değerlendirmesiyle meydana gelmektedir (Tracy ve Robins, 2004). Suçluluk ve utancın genellikle kişinin kendine koyduğu ahlaki standartlarının ihlali ve bu ihlalin başkaları tarafından görünür olduğu

durumlarda deneyimlendiği belirtilmektedir (Bear vd., 2009). Tangney ve arkadaşları (2007), utanç ve suçluluğu duygusal bir ahlaki barometre olarak tanımlamaktadır. Öz-bilinçli duygular, sosyal ve ahlaki olarak kabul edilebilirliğimiz hakkında geri bildirim sağlayan duygular olarak görülmektedir ve düşüncelerimizi, davranışlarımız veya seçimlerimizi motive etmede ve düzenlemede güçlü etkileri bulunmaktadır (Tangney vd., 2007; Tracy ve Robins, 2004). Öz-bilinçli duygular doğaları gereği sosyaldır, kişilerarası bağlamda ortaya çıkmaktadırlar, bu nedenle utanç ve suçluluk duyguları başkalarının olumsuz değerlendirmesine maruz kalma algısını da içermektedir (Bear vd., 2009; Tangley, 1999). Suçluluk ve utanç duygularının işlevsel nitelikleri vardır ve sosyal hedeflere hizmet etmektedirler; başkalarına karşı empati, kendini geliştirme motivasyonu ve daha düşük düzeyde saldırganlık ve antisosyal davranış ile ilişkilendirilmiştir (Szentágotai-Táatar ve Miu, 2016). Bununla birlikte bazı bireyler utanç ve suçluluğu deneyimlemeye aşırı eğilim göstermektedir. Aşırı bir eğilim olduğunda, utanç ve suçluluk duyguları duruma karşı orantısız olmaktadır, çok hızlı bir şekilde tetiklenerek duygusal tepki vermenin baskın yolu haline gelmektedir ve kişinin duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri üzerinde güçlü bir etki yaratmaktadır (Muris, 2015). Utanç ve suçluluk duyguları sıklıkla birbirinin yerine kullanılmıştır, bununla birlikte yıllar içerisinde utanç ve suçluluğun farklı işlevsel sonuçları olan, ayırt edilebilir deneyimler oldukları fikri kabul görmüştür (Tracy ve Robins, 2006).

Utanç, benliğin olumsuz bir değerlendirmesini içerirken suçluluk benliğin gerçekleştirdiği belirli bir davranışın ve eylemin olumsuz olarak değerlendirilmesini içermektedir (Tracy ve Robins, 2004). Bireyler suçluluk deneyimlerini tanımlarken, kötü bir benliğe değil kötü bir davranışa odaklanarak, davranışının başkalarının üzerindeki etkilerine daha fazla vurgu yapmaktadır. Suçluluk, bireyin eylemlerine, eylemsizliğine veya niyetlerine ilişkin olası itirazlarla ilişkili rahatsız edici ve hoş olmayan duygusal durumdur ve genellikle bireyin yanlış bir şey yaptığına veya başkalarının böyle bir algısı olabileceği yönelik inanç doğrusunda ortaya çıkan duygusal sıkıntı biçimidir (Baumeister vd., 1994). Utanç duygusuna kişinin benliğinin başkalarına nasıl görüneceğine dair algılar eşlik etmektedir (Tangney vd., 2007). Bununla birlikte utanç deneyimleyen bir kişiye küçülme, değersizlik ve güçsüzlük hissi eşlik etmektedir ve kendilerini açığa çıkmış gibi deneyimlemektedirler (Tangney, 1999). Tracy ve Robins (2006), her iki duyguya da içsel atıfların eşlik ettiğini fakat benliğin istikrarsız yanlarına yönelik atıfların suçluluk, benliğin istikrarlı yanlarına yönelik atıfların da utanç duygusu ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Bir kişinin başarısızlığını yetenek gibi içsel, kontrol edilemeyen bir

nedene atfettiğinde utanç deneyimlediğini; çaba gibi içsel, istikrarsız ve kontrol edilebilir bir nedene atfettiğinde suçluluk deneyimlediği belirtilmektedir (Tracy ve Robins, 2006). Bununla birlikte utanca yatkınlıkları bulunan bireylerin kronik dışsal atıflarda bulundukları görülmüştür; utanç bireylerin öfke ve saldırganlığını beslemektedir (Tangney ve Dearing, 2002). Utanca eğilimli bireylerin, kendi ihlalleri ve eksikleri için başkalarını ve durumu suçlama eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Tangney vd., 2007). Kronik utancın yoğunluğu ve öz saygı üzerindeki güçlü olumsuz etkisinden dolayı kişinin benliği tehlike altındadır çünkü dikkat içe doğru odaklanmaktadır, acı verici olan bu duygunun başkalarını suçlayarak düzenlendiği düşünülmektedir, böylelikle kişi suçlamayı dışsallaştırarak ve utancı öfkeyle yer değiştirerek kendini zarar veren duygunun bilinçli bir deneyiminden kaçınmaktadır (Bennett vd., 2005; Tracy ve Robins, 2006). Utanç duyan bireylerin kendi hayatları üzerindeki kontrol duygusunu yeniden kazanmak için başkalarına saldırma ve suçlama eğiliminde oldukları düşünülmektedir (Stuewig ve Tangney, 2007). Utanca göre suçluluk deneyimi daha az acı vericidir çünkü kişinin tüm benliği değil, belirli bir davranışı kınama nesnesidir (Tangney vd., 2007). Bu nedenle, suçluluk duygusunda bireylerin dışsal atıf yapma eğiliminde olmadığı görülmüştür; suçluluk duygusuna yatkın bireylerin eylemlerinden sorumluluk duyduğu ve durumu onarıcı davranışlarla düzenleme eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Tangney ve Dearing, 2002). Genel olarak, utanç ve suçluluk yaşayan bireylerin eylem eğilimlerini değerlendiren çalışmalar, suçluluğun yapıcı ve proaktif arayışları teşvik ettiğini, utancın ise savunmacılığı, kişilerarası ayrılığı ve mesafeyi teşvik ettiğini göstermektedir (Tangney vd., 2007). Suçluluk eğilimi, saldırganlık ve suç davranışlarıyla tutarlı bir şekilde olumsuz ilişkili görünmektedir; empati, fedakarlık, bakım verme gibi onarıcı ve toplum yanlısı davranışlarla ise pozitif ilişkili olduğu görülmektedir (Stuewig ve Tangney, 2007; Tangney ve Dearing, 2002). Fakat, suçluluk duygusu, bireyin kendi kontrolü dışındaki olumsuz yaşantılardan kendisini sorumlu tutması ya da bu sorumluluğu orantısız biçimde abartması durumunda, işlevselliğini yitirerek uyumsuz bir hal alabilmektedir (Tangney vd., 2007).

2.2.1. Utanç ve Suçluluk ile İlgili Çalışmalar

Utanç, çocuklukta deneyimlenen kötü muameleden, ebeveyn tutumlarındaki olumsuzluklardan ve otoriter ebeveynlikten etkilenmektedir. Bennett ve arkadaşları (2005), kötü muameleye maruz kalan çocukların davranış sorunlarını inceleyen bir

araştırma gerçekleştirmiştir; fiziksel istismarın çocuklardaki utanç deneyimini arttırdığı, utanç deneyiminin de öfkeye neden olduğu bulunmuştur. Öfkenin sonucunda ise dışsallaştırma ve artan davranış sorunları görülmüştür. Çocuklar, birincil bakım verenleri tarafından sert bir şekilde cezalandırılır, eleştirilir veya ihmal edilirse istenmediklerine, sevilmediklerin ve kötü biri olduklarına yönelik bir inanç geliştirme ihtimalleri artabilmektedir. Kendilerine yönelik bu olumsuz inançları utanç deneyimlemelerine neden olmaktadır (Bennett vd., 2005). Utanç deneyimleyen bireyler sorunlarını çözümsüz olarak görebilmekte ve kendiliklerini sıklıkla hasarlı ve değersiz olarak nitelendirebilmektedir, bundan dolayı utanç duygusuna reddedilme ve terk edilme korkuları, başkalarının kendisinden hoşlanmayacağı algısı eşlik etmektedir. Özellikle benlik temsillerini şekillendirmekte olan çocuklar, travmatik bir deneyimden sonra bu duyguya karşı daha savunmasız olabilmektedir (Deblinger ve Runyon, 2005). Çocukluklarında kötü muameleye maruz kalan bireyler, yetişkinliklerinde utanç sorunlarına karşı daha savunmasız olduğu görülmektedir (Tangney vd., 2007). Webb ve arkadaşları (2007) çocuklukta deneyimlenen açık düşmanlık, ihmal ve sosyal izolasyon uygulanması yoluyla kötü muamele biçimleri ile yetişkinlikte deneyimlenen utanç ve depresyon belirtilerinin ilişkili olduğunu bulmuştur. Travma sonrası utanç ve suçluluk deneyimleri, kompleks TSSB ile ilişkili bulunmuştur (Wilson vd., 2006). Travmatik bir olay sonrasında suçluluk deneyimleyen kişi davranışları ile telafi yapmaya çalışmaktadır fakat bazı durumlarda telafi yapılamaz, travmatik deneyim sırasında biri öldüyse veya zarar gördüyse telafi engellenmektedir ve travmatik anılar duygusal olarak daha acı verici bir hale gelmektedir, bunun sonucunda bireyler suçluluk duygusu ile başa çıkmak veya kaçınmak için işlevsiz davranışlar (sosyal olarak izole olma, alkol-madde kullanımı) sergilemektedir (Lee vd., 2001). Literatürde, travma sonrasında deneyimlenen bir suçluluk biçimi olarak hayatta kalan suçluluğundan bahsedilmektedir. Hayatta kalan suçluluğu sıklıkla savaş gazilerinde, doğal afet ve şiddet suçlarının mağdurlarında ve trafik kazası faillerinde bulunmaktadır (Wang ve Tian, 2018). Hayatta kalan suçluluğu yaşayan bir kişi, sağ kurtulması ile ilgili duygusal sıkıntı ve olumsuz bir öz değerlendirme yaşamaktadır. Hayatta kalanların durum üzerinde gerçek bir etkileri olmasa bile başkalarının ölümünden veya yaralanmalarından kendilerini sorumlu tuttuklarında ortaya çıkmaktadır (Wang ve Tian, 2018). Blacher (2000), bireyin kazancının başkasının kaybıyla ilişkili olduğunda hayatta kalan suçluluğu deneyimlediğini ifade etmektedir ve hayatta kalma suçluluğunu depresyon semptomlarıyla ilişkilendirmiştir. Wang ve Tian (2018), hayatta kalma suçluluğunu iki ucu keskin bir kılıç olarak tanımlamıştır ve

kurtulan suçluluğunun hem travma sonrası stres bozuklukları (TSSB) hem de travma sonrası büyüme (TSB) ile pozitif ilişkileri olduğunu belirtmiştir.

Kelly ve arkadaşlarının (2018) psikiyatri polikliniğinde bulunan hastalarla yapmış olduğu bir çalışmada, utanç eğilimlerinin çocukluk çağı travmaları ve somatik semptomlar arasındaki ilişkiye katkıda bulunduğu görülmektedir. Taihara ve Malik (2016) tarafından yapılan bir araştırmada, utanç deneyiminin somatik şikayetler, içselleştirme problemleri ve psikopatoloji ile pozitif ilişkili olduğunu bulunmuştur. Yeme bozuklukları ve utanç arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka araştırma, erken dönem olumsuz yaşantıları sonucunda deneyimlenen utancın yeme bozukluklarına neden olduğunu ve yeme bozuklukları davranışının da utancı beslediğini bulmuştur (Keith vd., 2009). Bundan dolayı, utanç hem yeme bozukluklarının nedeni hem de sonucu olabilmektedir. Ayrıca, utanç eğiliminin özellikle sosyal kaygı semptomları ile güçlü bir şekilde ilişkisi olduğu bulunmuştur (Cândeia ve Szentagotai-Tătar, 2018). Utancın sosyal kaygıyla olan ilişkisi, her ikisinde de kişinin başkalarının kendisini nasıl değerlendirdiğiyle ilgili yoğun bir kaygı deneyimlemesi olarak açıklanmıştır. Suçluluk ise yalnızca utancın etkisi kontrol edilmediğinde kaygı semptomları ile ilişkilendirilmiştir. Bundan dolayı, suçluluğun kaygı semptomlarıyla ilişkisinin utançla paylaşılan varyansa bağlı olabileceği düşünülmüştür (Cândeia ve Szentagotai-Tătar, 2018). Taihara ve Malik (2016), suçluluk ile içe kapanıklık ve kuralları çiğneme arasında negatif bir korelasyon olduğunu belirtmiştir. Suçluluğun yalnızca aşırı genelleştirildiğinde patolojik olabileceği öne sürülmektedir; duruma özgü suçluluk yapıcı görülmektedir (Taihara ve Malik, 2016). Stewart ve Shapiro (2011), inceledikleri 14 çalışmadan yola çıkarak, patolojik suçluluğun Obsesif Kompulsif Bozukluk ve obsesif-kompulsif semptomların gelişiminde önemli bir rol oynadığını belirtmiştir.

2.3. SOSYAL DESTEK

İnsan, çevresindeki bireyler ile kurduğu etkileşimler aracılığı ile gelişmektedir; başkaları aracılığı ile kendimize dair görüşlerimiz oluşmaktadır (Rueger vd., 2016). İnsan doğasına yönelik bu çıkarımlar, sosyal desteğin oldukça önemli bir yerde durduğunu göstermektedir. Sosyal destek çok boyutlu bir kavramdır ve literatür incelendiğinde farklı tanımları olduğu görülmüştür (Eker vd., 2001). Cobb (1976) sosyal desteği, bireyin önemsendiğine, sevildiğine, saygı duyulduğuna, değer gördüğüne ve aynı zamanda bir iletişim ve karşılıklı yükümlülük ağına ait olduğuna inanmasına yol açan bilgi olarak

tanımlamıştır. Langford ve arkadaşları (1997), sosyal desteğin dört tanımlayıcı boyutu olduğunu belirtmiştir: (1) Duygusal destek, bireyin sevildiğini, değer gördüğünü ve anlaşıldığını hissetmesini sağlamaktadır; (2) enstrümantal (araçsal) destek, maddi yardımları, fiziksel destekleri ve hizmet alımını içeren somut bir destektir; (3) bilgilendirici destek, bireyin karşılaştığı sorunları ve stresli durumları çözmesine yardımcı olabilecek rehberlik ve bilgi alabildiği destek türüdür; (4) değerlendirme desteği ise bireyin kendisini değerlendirmesine yardımcı olacak geri bildirimleri ve onaylanmayı içermektedir. Cassel (1976) ve Cobb (1976), sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisini göstermek için mevcut çalışmaları incelemiştir ve sosyal desteğin koruyucu yanına vurgu yapmışlardır. Özellikle sosyal desteğin stresin sağlık üzerindeki etkisini hafifletme ve tampon görevi görme potansiyeline sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. Aynı zamanda Cobb (1976), sosyal desteğin krizle başa çıkmayı ve değişim gerektiren durumlarda uyumu kolaylaştırdığını ifade etmektedir. Bununla birlikte, Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin stresli durumlarda kişinin belirli bir durumu son derece stresli olarak değerlendirmesini önleyebileceğini, stres tepkisini azaltabileceğini ve fizyolojik süreçleri doğrudan etkileyerek stres deneyimi ile patolojik sonuçlar arasındaki ilişkiye müdahale ederek tampon görevi görebileceğini belirtmektedir. Ayrıca, sosyal desteğin sadece stresli durumlarla sınırlı kalmayarak, genel refah ve sağlık düzeyinde artışa neden olan ana bir etkiye sahip olabileceği ve böylelikle sağlık sorunları için koruyucu bir faktör olabileceği vurgulanmaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Hause ve arkadaşları (1988), sosyal desteğin, stres karşısındaki başa çıkma ve uyum sağlama süreçlerini kolaylaştırarak tampon görevi görebileceğini ve bireyin ilişkiler veya bağlanma gibi temel bir ihtiyacını karşılayarak ana etki yaratabileceği ifade edilmektedir. Bireyler temel ihtiyaçlarının karşılanması sonucunda psikolojik olarak daha iyi hissedeceklerdir, öz saygıları ve olumlu duyguları arttığında bağışıklık sistemleri dolaylı olarak güçlenecektir ve buna eşlik eden olumlu fizyolojik sonuçlar olacaktır (Cohen ve Syme, 1985). Kısaca, sosyal desteğin her koşulda doğrudan yardımcı bir etkisi olsa da stres zamanlarında bir tampon görevi görerek özellikle etkili olmaktadır (Zimet vd., 1988). Bundan dolayı sosyal destek, fiziksel ve zihinsel sağlık ile yakından ilişkili görülmektedir (Eker vd., 2001; Hause vd., 1988). Zimet ve arkadaşları (1988), fiziksel ve psikolojik semptomların bildirilen şiddeti ile sosyal destek yeterliliğinin doğrudan ilişkili olduğu ifade etmektedir.

Sosyal destek mekanizmalarını daha iyi anlamak için sosyal destek birkaç alt yapıya ayrılmıştır ve bu alt yapılardan ikisi, alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak belirlenmiştir (Haber vd., 2007) Alınan sosyal destek, bireyin belirli destekleyici

davranışları ne kadar sıklıkla aldığını bildirdiği bir değerlendirmedir; kişinin aldığı destek miktarını ifade etmektedir (Haber vd., 2007). Alınan sosyal desteğin nitel ve nicel karşılıkları bulunmaktadır. Algılanan sosyal destek ise bireyin aldığı sosyal desteğin yeterliliğine ve ulaşabilirliğine yönelik öznel değerlendirmesidir (Hutten vd., 2021). Ayrıca, bireyin ilişkilerinden ve sosyal ağından ne kadar destek alabileceğine ve bu desteğin kalitesine ilişkin inançlarını da içermektedir (Wang vd., 2018). Özetle, alınan destek gerçekleşen destekleyici davranışları ifade ederken; algılanan destek, ihtiyaç duyulduğunda gerçekleşebilecek destekleyici davranışlarına dair olan inancı ifade etmektedir (Norris ve Kaniasty, 1996). Bu tanımlar önemli görülmektedir çünkü algılanan ve alınan destek arasındaki ilişkinin güçlü olması gerektiği ve her ikisinin de stres tamponlama etkilerine yol açması gerektiği ileri sürülmektedir (Haber ve vd., 2007). Ancak, Haber ve arkadaşları (2007) algılanan sosyal desteğin alınan sosyal destek ölçümleriyle yalnızca orta derecede ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda, algılanan destek sürekli olarak olumlu sağlık değerleri ile ilişkilendirilirken; alınan destek ve sağlık arasındaki ilişkinin tutarsız olduğu, bazı durumlarda negatif ilişkiler gösterdiği görülmektedir (Melrose ve vd., 2015). Haber ve arkadaşları (2007) alınan desteğin, algılanan desteği arttırdığı ölçüde genel iyilik hali, psikolojik dayanıklılık ve sağlık üzerinde pozitif etki gösterdiği ifade etmektedir.

Melrose ve arkadaşları (2015) ise yaptıkları bir çalışmada, istenildiği zaman alınan desteğin ihtiyaç duyulup duyulmadığına bakılmaksızın verilen desteklere göre hem algılanan destek hem de ruh sağlığı ile daha güçlü korelasyonlar gösterdiğini belirtmiştir. İnsanların sosyal destek algılarının, destek aldıkları zamana göre değil, desteğe ihtiyaç duydukları zamana göre şekillendiği belirtilmiştir. İhtiyaç zamanlarında desteklenmiş olma deneyimi kişinin desteklendiğine dair genel hissinin bir kısmını oluşturmaktadır (Norris ve Kaniasty, 1996). Hobfoll (2009) da benzer bir şekilde, alınan destek geçmişinin, algılanan sosyal desteğin kaynağı olabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte, Norris ve Kaniasty (1996), alınan desteğin sunuluyor olmasından dolayı karmaşık ve sorunlu bir kavram olduğunu belirtmiştir; kimin destek sağladığı, kimin aldığı, nasıl sunulduğu, öz saygıyı tehdit edici bir unsur olup olmadığı, sağlanan desteğin türünün uygun olup olmaması veya sunumunun yetersizliği gibi durumlar bu yapıyı ve ilişkilerini anlamlandırmayı zorlaştırmaktadır. Ayrıca, insanların ihtiyaç duyduğundan daha fazla alınan destekleyici davranışların algılanan destek ve ruh sağlığı arasındaki pozitif ilişkiyi bozabileceği görülmüştür (Melrose ve vd., 2015).

2.3.1. Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Çalışmalar

Norris ve Kaniasty (1996), iki büyük afet sonrasında bireylerin deneyimlediği stres seviyelerini incelemiştir ve algılanan sosyal desteğin psikolojik sıkıntıyı azaltan koruyucu bir faktör olduğu görülmüştür. Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde algılanan sosyal destek bildiren katılımcıların düşük düzeyde depresyon ve anksiyete belirtileri bildirmiştir. Bununla birlikte, kadınların hem sosyal destek hem de depresyon belirtilerini erkeklere oranla daha fazla bildirdiği belirtilmiştir. Fakat, erkeklerde sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Zimet vd., 1988). Başka bir çalışmada, algılanan aile ve önemli diğer kişilerin desteğinin algılanan stresi azalttığı ve bireylerin daha az kaygı ve depresyon semptomları deneyimlediği görülmüştür (Acoba, 2024). Rueger ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan meta analiz çalışması, sosyal desteğin çocuklarda ve gençlerde genel refahı olumlu olarak etkilediğini ve sosyal desteğin depresyon üzerinde orta düzeyde ($r=0.26$) etkisi olduğunu göstermiştir. Özellikle aile ve genel akran grubunu desteğinin en güçlü destek kaynağı olduğu bulunmuştur. Wang ve arkadaşları (2018), yalnızlık ve algılanan sosyal destek arasında güçlü negatif korelasyon olduğunu bildirmektedir. Bununla birlikte yapmış oldukları sistematik derleme ile yalnızlık ve düşük düzeyde algılanan sosyal desteğin, daha şiddetli depresyon belirtileri, daha düşük iyileşme oranları ve kötü sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Li ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan çalışmada, sosyal destek arttıkça yalnızlığın, anhedoninin ve olumsuz öz değerlendirme semptomlarının azaldığı görülmüştür. Başka bir çalışmada, Hutten ve arkadaşları (2021), yalnızlık ve ruh sağlığı sorunları (kaygı, depresyon ve somatik semptomlar) arasındaki ilişkiye algılanan sosyal desteğin kısmen aracılık ettiğini bulmuştur. Algılanan sosyal desteğin, yalnızlığın ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığı görülmektedir. Ali ve arkadaşları (2010), algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu arasında pozitif ($r=0.639$) bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, özellikle aile bireyleri tarafından algılanan desteğin, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini arttırarak somatik semptomların azalmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Ali vd., 2010). Coady ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan çalışmada ise kronik ağrı deneyimleyen bireylerde, ağrının geçersiz kılınması (ağrının

küçümsenmesi, sorgulanması veya reddedilmesi) depresyon için bir risk faktörü olarak bulunmuştur ve algılanan sosyal desteğin, ağrı-geçersiz kılma ile depresyon arasındaki ilişkiyi zayıflatıcı bir etkisi olduğu görülmüştür. Algılanan sosyal desteğin, kronik ağrısı olan kişiler için damgalanmanın zararlarından korumada ve stres ile başa çıkmada etkili olabileceği belirtilmiştir (Coady vd., 2024).

Evans ve arkadaşları (2013) sosyal desteği, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik çağındaki uzun vadeli etkilerini azaltmada ve travma semptomlarına karşı korumada önemli bir faktör olarak ifade etmiştir. Bununla birlikte, özellikle kadınlarda, istismar türünün şiddeti arttıkça algılanan sosyal desteğin tampon etkisinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca, erkeklerin kadınlardan daha az sosyal destek algıları bulunmasına rağmen erkeklerin sosyal destekten daha fazla fayda sağladığı belirtilmiştir (Evans vd., 2013). Bununla birlikte, Wilson ve Scarpa (2014) çocukluğunda cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan bireylerde sosyal desteğin her zaman koruyucu bir etkiye sahip olmadığını, istismarın türüne ve desteğin kaynağına göre etkilerinin değişebileceğini ve sosyal desteğin risk faktörü olabileceğini belirtmektedir. Fiziksel istismara maruz kalmış bireylerde, aile ve arkadaş desteği travma sonrası stres belirtilerine yönelik koruyucu bir faktör olarak bulunmaktadır, fakat cinsel istismara maruz kalmış bireylerde, aile ve arkadaş desteğinin travma sonrası stres belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Ayrıca, cinsel istismara maruz kalmış bireylerin, algılanan önemli diğerleri desteği arttıkça travma sonrası stres tepkilerinin arttığı gözlemlenmiştir (Wilson ve Scarpa, 2014).

2.4. SOMATİZASYON

Somatizasyon kavramı, Yunanca bir sözcük olan “soma” kelimesinden türetilmiştir ve “beden” anlamını taşımaktadır. İlk olarak Wilhelm Stekel tarafından tanımlanan somatizasyon kavramı, zihinsel sıkıntıların vücut organları tarafından fizyopatolojik bir dile tercüme edilmesi anlamında kullanılmıştır (Hinsie ve Campbell, 1960). Genel olarak somatizasyon, zihin-beden diyalogu sırasında, zihinsel süreçlerin ve deneyimlerin beden üzerinden ifade edilmesidir (Mai, 2004). Bundan dolayı, somatik olarak deneyimlenen ve fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan somatik belirtilerin varlığı, insanlık tarihi kadar eskiye uzanmaktadır (Lipowski, 1988).

Lipowski (1988) somatizasyonu, bireylerin yaşantılarındaki psikososyal streslere yanıt olarak somatik bir sıkıntı deneyimlemesi ve bu sıkıntının beden üzerinden iletilmesi

olarak açıklamıştır. Somatik belirtiler patolojik bir sebebe işaret etmiyor olmasına rağmen bireyler tarafından sıklıkla fiziksel bir rahatsızlığın göstergesi olarak ele alınmaktadır ve tıbbi bir yardım alma eğilimi ile sonuçlanmaktadır. Bununla birlikte Lipowski (1986) somatizasyonun üç bileşeni olduğunu belirtmiştir: deneyimsel, bilişsel ve davranışsal bileşen. Deneyimsel bileşen, bireyin bedenine yönelik algılarını içermektedir. Genellikle kişinin alışılmışın dışında deneyimlediği vücut işleyişindeki geçici değişikliklere (dispepsi, dispne, bağ ağrıları, baş dönmesi), spesifik olmayan psikolojik işlev bozukluklarına (uykusuzluk, uyuşukluk, anksiyete, depresyon, yorgunluk) ve kalıcı fiziksel şikayetlere (ağrılar, kronik bozuklukları, kronik işlev kayıpları, görünüm değişiklikleri) yönelik deneyimsel yönü temsil etmektedir. Bilişsel bileşen ise bireyin deneyimlerini yorumladığı, anlamlandırdığı ve bu doğrultuda kararlar aldığı süreci kapsamaktadır. Bilişsel süreç sonucunda bireyler deneyimlerini tehdit edici bir hastalık veya hasar olarak görmeye eğilimli olmaktadır. Son olarak, davranışsal bileşen ise bireylerin sözlü ve sözsüz eylemleri ve davranışlarını içermektedir. Bireylerin algılamaları ve yorumları sonucunda, tıbbi tanı ve tedavi arayışı içine girmesi veya aile üyelerinden ya da diğer kişilerden destek araması davranışsal bileşene örnek olarak gösterilmektedir (Lipowski, 1986).

Kirmayer ve Robbins (1991) ise bireylerin psikolojik sıkıntılarının fiziksel semptomlar üzerinden ilettikleri farklı somatizasyon formları tanımlamışlardır. Fonksiyonel somatizasyon, belirli bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olmaksızın, kronik ve tekrarlayan, tıbbi bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel belirtilerin bulunması ile karakterizedir. Diğer bir somatizasyon formu ise psikolojik bir sıkıntıya eşlik eden ve belirti olarak ortaya çıkan somatizasyondur. Depresyon veya anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlığa ikincil olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyler ruhsal sıkıntılarını farkında olmadan vücutları üzerinden ifade etmektedir. Üçüncü form ise beden meşguliyeti veya hipokondriyak endişedir, bireylerin hafif rahatsızlıklarda veya normal fizyolojik süreçlerde yüksek düzeyde somatik sıkıntı deneyimlemesi ve ciddi bir rahatsızlıkları olmamasına rağmen hastalık konusunda yoğun endişelerinin bulunmasıdır. Genellikle tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri yaşamaları ile birlikte altta yatan bir anksiyete durumu gözlemlenmektedir (Kirmayer ve Robbins, 1991)

Somatizasyon ilk olarak DSM-3 ile birlikte tanı sistemine girmiştir ve “Somatizasyon Bozukluğu” olarak adlandırılmıştır (APA, 1980). Somatizasyon bozukluğu, farklı organ sistemlerini etkileyen çeşitli somatik semptomlarla karakterize edilmiştir (Mai, 2004). DSM-4’te ise “Somatoform Bozukluklar” grubu olarak yeniden adlandırılmıştır (APA, 2000). Somatizasyon bozukluğu, somatoform bozukluklardan sadece biridir, diğerleri ağrı bozukluğu, konversiyon, hipokondriyazis, vücut disformik bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozukluktur. DSM-4’te bir bozukluğunun somatoform bozukluk olarak tanımlanması için belirtilerin tıbben açıklanamıyor olması bir koşuldur, bu yaklaşım zihin-beden ayrımını pekiştirmektedir ve bireylerin semptomlarının “gerçek olmadığı” bilgisi ile karşılaşmaları sonucunda terapötik ilişkinin olumsuz olarak etkilenmesi söz konusudur (Dimsdale vd., 2013). DSM-5’te ise bu yaklaşım terk edilmiştir ve bireylerin bedensel belirtilerine verdikleri aşırı ve uyumsuz psikolojik tepkiler ön plana çıkmıştır ve “Somatik Belirti Bozukluğu (SDD) ve İlişkili Bozukluklar” olarak adlandırılmıştır (APA, 2013). DSM-4’te yer alan “somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu ve farklılaşmamış somatoform bozukluk” tanıları DSM-5’te Somatik Belirti Bozukluğu (SSD) ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu olarak sadece iki kategori üzerinden açıklanmıştır. Somatik Belirti Bozukluğu, somatik belirtilere eşlik eden orantısız ve yoğun düşünce, duygu ve davranışları kapsamaktadır; Hastalık Kaygısı Bozukluğu ise belirgin fiziksel semptomların olmamasına rağmen bireylerin ciddi bir hastalığa yönelik sürekli kaygılarını ifade etmek için kullanılmaktadır (Dimsdale vd., 2013). Bu şekilde, bedensel belirtileri olan ve olmayan bireyler arasındaki ayrım net bir hale getirilmiştir. DSM-5’e göre Somatik Semptom Bozukluğu tanısı koyulabilmesi için: a) günlük yaşamı etkileyen veya sıkıntı veren somatik semptomun (bir veya daha fazla) varlığı; b) somatik semptom veya bu semptomlarla ilgili sağlık kaygılarına yönelik aşırı duygu, düşünce veya davranışların varlığı; c) belirgin bir somatik semptom sürekli olmasa da semptomatik olma durumunun genellikle en az 6 ay süren kalıcı bir özellik göstermesi beklenmektedir (APA, 2013). Böylelikle bireylerin sadece somatik semptomları değil, duygu, düşünce ve davranışlarının da etkisi dikkate alınmaktadır; bireylerin verdikleri tepkiler ve şiddetleri, SDD’nin hafif, orta veya şiddetli olarak derecelendirmesine rehberlik sunmaktadır (Dimsdale vd., 2013).

2.4.1. Somatizasyonun Etiyolojisi ve İlgili Faktörler

Somatizasyonu açıklamak için birçok etiyolojik faktör önerilmiştir; somatizasyonun

biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimi sonucunda oluştuğu düşünülmektedir (Mai, 2004). Somatizasyon büyük oranda psikososyal etmenler ile açıklanıyor olmasına rağmen, yapılan çalışmalar somatizasyonun ortaya çıkışında biyolojik ve genetik faktörlerin de etkili olduğunu göstermektedir (Mai, 2004; Shapiro ve Rosenfeld, 2012). Genetik yatkınlığın doğrudan izlenmesine olanak tanıyana ikiz çalışmaları (Gillespie vd., 2000), aile bireyleri arasındaki somatik belirtilerin varlığını değerlendiren aile çalışmaları (Cloninger vd., 1986) ve psikiyatrik bozukların genlerle ilişkisini araştıran çalışmalar (Holliday vd., 2010; Rief vd., 2010) somatizasyonun genetik yatkınlıkla ilişkili olduğu varsayımını güçlendirmektedir. Somatizasyon ile ilişkisi en çok araştırılan mekanizmalardan biri ise serotonin sistemidir ve kişilerin serotonin düzeylerinde ve geri alımında meydana gelen bozuklukların bedensel semptomların algılanmasında değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir (Rief vd., 2010). Bununla birlikte, HPA (hipotalamus-hipofiz-adrenal) aksının işleyişinde bazı düzensizliklerin varlığı somatizasyonla ilişkili bulunmuştur; somatizasyon hastalarında kortizol düzeylerinin düşük olduğu ve bireylerin stres karşısında yeterli yanıt üretmediği görülmüştür (Hickie vd., 1999).

Düşük sosyoekonomik düzey, eğitim, cinsiyet ve yaş gibi faktörlerle birlikte kültürel yapılar da somatizasyonu etkileyen önemli değişkenler olarak görülmektedir (Escobar ve Canina, 1989). Fink ve arkadaşları (1999), somatizasyon tanısı alan bireyler arasında düşük eğitim düzeyi, düşük sosyal sınıf, işsizlik ve sosyal yardımlarla geçinme gibi sosyoekonomik dezavantajların anlamlı düzeyde daha yaygın olduğunu belirtmektedir. Kroenke ve Spitzer (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha sık tıbben açıklanamayan semptom ve fiziksel belirti bildirdikleri gözlemlenmiştir. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik eş tanımlar kontrol altına alındığında da bulgular anlamlılığını korumuştur. Bundan dolayı, cinsiyetin somatizasyon üzerinde bağımsız ve anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Kroenke ve Spitzer, 1998). Barsky ve arkadaşları (2001) kadınların erkeklere kıyasla daha sık, daha yoğun ve daha çeşitli somatik semptomlar bildirmesinin, biyolojik (ağrı eşiği, hormonal etkiler), psikolojik (bedensel farkındalık), toplumsal (cinsiyet rolleri) ve kültürel (yardım aramaya daha açık olma) boyutları olabileceğini bildirmiştir.

Kirmayer ve Sartorius (2007), bedeni anlama, semptomları yorumlama ve sıkıntıyı ifade etme biçimleri üzerinde kültürün belirleyici bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Algılar, değerlendirmeler ve tepkiler, semptomların günlük yaşamı etkileme boyutunu, semptomların kronikliğini, hastanın uygun bakıma ulaşmasını ve tedaviye katılımını

önemli ölçüde etkilemektedir (Mechanic, 1986). İnsanlar karşılaştıkları sorunları içinde bulundukları sosyo-kültürel anlayışlardan yararlanarak anlamlandırmaya çalışmaktadır (Mechanic, 1986). Bu nedenle, Kirmayer ve Sartorius (2007) üç tane kültürel model açıklamışlardır: açıklayıcı model, örtük model ve prototipler. Açıklayıcı model, bireylerin hastalıklarını nasıl kavradıklarını, semptomlarının nedenlerine ilişkin yorumlarını, hastalığın olası seyri ile ilgili beklentilerini ve uygun tedavi yaklaşımlarına ilişkin inançlarını belirleyen bilişsel ve kültürel bir çerçeve sunmaktadır. Örneğin bazı hastalar semptomlarını fiziksel bir yaralanma veya organik bir sebep ile açıklarken, bazıları stres veya ruhsal sorunlar gibi psikolojik nedenler ile açıklamaktadır. Prototip modeller ise kişinin kendi hastalık deneyimini belirli örneklerle ya da kişisel, kültürel deneyimlere dayanarak tanımasıyla ilgilidir. Bireyler hastalıklarını veya semptomlarını, kendi önceki hastalık deneyimleri, ailesi ya da çevresindeki birinin başına gelenler, medyada izlediği ya da duyduğu hikayeler veya kültürel olarak sık duyulan sağlık anlatıları üzerinden kıyaslayarak anlamlandırmaktadırlar. Prototipler, semptomların daha şiddetli algılanmasına, endişenin artmasına ve yardım arama davranışının sıklaşmasına neden olabilmektedir. Örtük modeller ise çoğunlukla bireylerin bilinçli olarak fark etmediği ve içselleştirmiş oldukları düşünme, hissetme ve davranış biçimleridir. Kültürel bağlamda öğrenilmiş olan ve sorgulanmadan kabul edilen hastalık ve sağlığa yönelik varsayımları içermektedir. Bazı kültürlerde duygusal sıkıntının doğrudan ifade edilmesi kabul görmemektir veya zayıflık olarak algılanabilmektedir, bu nedenle, bireyler farkında olmadan duygularını fiziksel belirtiler üzerinden ifade etmeye yatkın olmaktadır (Kirmayer ve Sartorius, 2007). Bu nedenle somatik semptomlar, kültürel ve sosyal bağlama yerleştirilmiş bireysel acının ifadesi olarak görülmektedir (APA, 2013) Bununla birlikte, erken dönemlerde fiziksel rahatsızlık deneyimlemek ve ebeveynlerin hastalıklara karşı tutumları somatizasyon üzerinde etkili görünmektedir (Kellner, 1987). Hartvig ve Sterner (1985), somatizasyonun çocukluk dönemindeki öğrenme süreçleri, aile içi etkileşimler ve çevresel streslerden etkilenen çok boyutlu bir olgu olarak tanımlamıştır. Çocuklar, yaşadıkları ortamdaki yetişkinleri gözlemleyerek hastalık davranışını öğrenebilmektedir (Mai, 2004). Özellikle, çocukların başka bir aile üyesinde ciddi bir fiziksel rahatsızlık ve uzun süreli ağrı gibi stres verici durumları gözlemlemesi sonucunda öğrenilmiş davranış kalıpları geliştirebilecekleri ve yetişkinlikte stres ya da duygusal çatışma deneyimlediklerinde kendilerini bedensel düzeyde ifade etme eğilimlerinin arttırabileceği belirtilmektedir (Hartvig ve Sterner, 1985). Craig ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan bir araştırmada, çocukluk döneminde fiziksel hastalık öyküsüne sahip

olmak, çocuklukta ebeveynlerden birinin kronik hasta olması ve ebeveyn ilgisizliği gibi faktörlerin somatizasyon için risk oluşturduğu görülmüştür. Çocuklukta hastalık deneyimi ve buna bağlı olarak ebeveynlerinin verdiği tepkiler, gelecekteki tıbbi bakım arama davranışını şekillendirmektedir. Craig ve arkadaşları (1994), somatizasyonun oluşumunda ikincil kazanımların etkili olduğunu belirtmektedir. Ebeveynleri tarafından ihmal edilen çocukların, fiziksel hastalıkları neticesinde ilgi gördüklerinde veya bakım aldıklarında, bakım eksikliğinin neden olduğu sıkıntıları azalmaktadır, bu nedenle, bireylerin ileriki yaşamlarındaki bedensel belirtileri stresle başa çıkma mekanizması veya çevreden dolayı bir destek ya da anlayış bekleme aracı haline gelebilmektedir (Craig vd., 1994).

Çocukluk çağı travmaları, aile içi şiddet, kronik ağrıların ve tıbbi olarak açıklanamayan şikayetlerin gelişmesi ile ilişkilendirilmiştir (Barsky vd., 2001; Kellner, 1987). Piontek ve arkadaşlarının (2021) yapmış oldukları araştırmada, cinsel istismarın somatoform bozukluk tanısı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur, bununla birlikte duygusal istismar ve fiziksel ihmal, daha fazla tıbbi olarak açıklanamayan bedensel semptom bildirilmesiyle ilişkili görülmüştür. Ayrıca, birden fazla çocukluk travmasına maruz kalmak, somatizasyon tanısı alma ve semptom sayısında artış ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Piontek vd., 2021). Spitzer ve arkadaşlarının (2008), yapmış olduğu bir çalışmada ise somatizasyon bozukluğu tanısı olan bireylerin, majör depresyon tanısı alan gruba kıyasla çocuklarında cinsel istismara maruz kalma olasılıklarının 9 kat fazla olduğu görülmüştür. Brown ve arkadaşları (2005) ise cinsel istismarın aksine duygusal ihmal ve istismarın tıbbi olarak açıklanamayan semptomlarla daha güçlü bir ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Duygusal istismarın süresi, sıklığı ve faillerin sayısı ile semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca, somatizasyon grubundaki bireylerin işlevsel olmayan aile yapısı (yüksek çatışma, düşük destek ve düşük bağlılık) bildirdikleri belirtilmiştir (Brown vd., 2005). Elbers ve arkadaşları (2017), çocukluk çağı travmalarının, nörobiyolojik temelli işlev bozuklukları ve somatizasyon semptomları ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir; travmatik yaşantıların, özellikle HPA eksenini ve otonom sinir sistemi üzerindeki bozulmalara yol açabileceği ve bedensel düzeyde semptom oluşumuna yol açabileceği ifade edilmiştir. Bu nedenle, somatizasyon, travmanın etkisiyle meydana gelen stres ve sinir sistemi işlevlerindeki düzensizliğin bir dışavurumu olarak ele alınmıştır (Elbers vd., 2017). Glaus ve arkadaşları (2022), çocukluk dönemlerinde travmaya maruz kalan annelerin somatizasyon düzeylerinin hem çocuklarının somatizasyon düzeylerini hem de diğer psikopatolojik belirtileri anlamlı

şekilde yordadığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, somatizasyonun ailevi bağlamda, özellikle de erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisi içinde şekillenebileceğine dair literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir.

Anne-çocuk ilişkisinde, somatizasyon bozukluğunun varlığı durumunda, annenin duygusal ifadesinde ve etkileşimsel katılımında azalma, sağlık temalarına aşırı odaklanma ve sağlıklı ilgili konulara karşı artmış duyarlılık gibi faktörler görülmektedir; bu faktörler ilişkisel pekiştirmeler aracılığıyla somatizasyonun nesiller arası aktarımına zemin hazırlamaktadır (Craig vd., 2004).

Araştırmalar, somatizasyonun gelişiminde ve sürdürülmesinde kişilik özelliklerinin etkili olduğunu göstermektedir (Mai, 2004). Macina ve arkadaşları (2021), kişilik işlevlerindeki bozulmaların, özellikle kimlik, öz-yönelim, empati ve yakınlık alanlarında, somatizasyon semptomlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Kerber ve arkadaşları (2023), çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerin (ACE) ve kişilik işlevselliği düzeylerinin (PF) somatizasyon üzerindeki etkisini incelemiştir; kişilik işlevleri düzeyi düşük olan bireylerde (öz-yönelim eksikliği, sosyal ilişkilerde zorlanma, duygu düzenleme bozuklukları), duygusal ihmal ve istismar gibi olumsuz çocukluk deneyimlerinin somatizasyonun riskini anlamlı ölçüde arttırdığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, yüksek kişilik işlevselliğine sahip olan bireylerin, çocukluk çağında olumsuz deneyimler yaşamış olsa dahi somatizasyon semptomlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür (Kerber vd., 2023). Kişilik bozukluklarının somatizasyonla ilişkisi de dikkat çekicidir. Bass ve Murphy (1995), somatoform bozukluk tanısı alan bireylerin %66'sının aynı zamanda bir kişilik bozukluğu tanısı aldığını ve bu bireylerde somatizasyonun çoğu zaman bir başa çıkma stratejisi, kişilerarası iletişim biçimi ve kendilik sunumu olarak işlev gördüğünü belirtmektedir. Mai (2004), somatizasyon bozukluğu olan bireylerde, özellikle B kümesi kişilik bozukluklarının (borderline, histrionik, narsisistik ve antisosyal) öne çıktığını belirtmektedir. Bornstein ve Gold'un (2008) meta-analizine göre somatizasyon, borderline, histrionik, bağımlı, kaçınan ve antisosyal kişilik bozuklukları ile yüksek komorbidite göstermektedir. Pasif-bağımlı kişilik yapılarında somatizasyon bir bakım alma aracı olarak işlev görürken, histrionik kişilik özellikleri taşıyan bireylerde genellikle dikkat çekme ve destek arama davranışlarının daha dramatik bir ifade biçimi olarak işlev görmektedir (Bass ve Murphy, 1995). Lilienfeld ve arkadaşları (1986), somatizasyon bozukluğu olan hastaların %54'un histrionik kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını belirtmektedir. Ayrıca, somatizasyon bozukluğu, histirionik ve antisosyal kişiliğin benzer

kişilik altyapısı ve gelişimsel yollar paylaşabileceğini ileri sürmüştür (Lilienfeld vd., 1986). Aynı çalışmada, antisosyal kişilik bozukluğu ve somatizasyonun aile içi kümelenme gösterdiği saptanmıştır; bu ilişki, düşük serotonin düzeyleri gibi biyolojik mekanizmalarla da açıklanabilmektedir (Espiridion ve Kerbel, 2020). Pietrzak ve Petry (2005) ise antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin erken yaşta kumar ve madde kullanımına başladıklarını, ayrıca daha fazla somatik yakınmalar bildirdiklerini belirtmiştir (Pietrzak ve Petry, 2005). Bununla birlikte, tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar gösteren bireylerde, sık görülen başkalarına güvenmeme, kuşkuculuk ve ilişkilerde temkinli olma gibi özelliklere sahip şizotipal ve paranoid kişilik yapıları yer almaktadır (Rost vd., 1992). Aynı zamanda, obsesif-kompulsif kişilik özellikleri (örneğin katı düşünce yapıları ve yüksek kontrol ihtiyacı), bu bireylerde semptomlara karşı aşırı dikkat ve yorumlama eğilimini besleyerek somatizasyonu sürdüren bir zemin oluşturabilmektedir (Rief ve Broadbent, 2007).

Mai (2004), somatizasyonun etiyolojik faktörlerinden biri olarak görülen aleksitimi kavramına dikkat çekmektedir. İlk olarak Sifneos (1973), psikosomatik hastaların duygularını sözel olarak ifade etmede belirgin bir şekilde zorluk çektiklerini gözlemlemiştir, bu özelliği ifade edebilmek için “duygular için kelime yok” anlamına gelen aleksitimi kelimesini kullanmıştır. Aleksitimi, duygularını fark etme, tanımlama ve sözel olarak ifade etme kapasitesindeki yetersizlikler ile karakterize edilmektedir. Bireylerin, duygusal yaşantılarını bilişsel olarak işleyemedikleri ve söze dökemedikleri için çoğu zaman bedensel semptomlar aracılığı ile dışa vurdukları düşünülmektedir (Mai, 2004). De Gucht ve Heiser (2003), kapsamlı bir meta-analiz çalışması yaparak, aleksitimi ve somatizasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuştur. Aleksitiminin duygularını tanımlamada zorluk alt boyutu somatizasyonla en güçlü şekilde ilişkilendirilen boyut olmuştur. Benzer bir sonuç, Mattila ve arkadaşları (2008) tarafından elde edilmiştir, duyguları tanımadaki zorluğun, somatizasyona katkıda bulunan belirleyici bir faktör olabileceği vurgulanmıştır. Bulgular, duygusal farkındalık ve tanıma işlevlerindeki bozulmalar aracılığı ile aleksitiminin somatizasyonla güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir (De Gucht ve Heiser, 2003). Bununla birlikte, aleksitiminin somatizasyon açısından bir yatkınlık ve sürdürücü etken mi yoksa yalnızca somatik semptomlara eşlik eden ikincil bir özellik mi olduğu henüz netlik kazanmamıştır (Mattila ve vd., 2008).

2.4.2. Somatizasyona Kuramsal Yaklaşımlar

2.4.2.1. Somatizasyonun Bağlanma Teorisi

Bowlby (1969), bebekler ile bakım verenler arasındaki bağlanma davranışının, genellikle güvenlik arayışı ve bakım alma amacıyla gerçekleştiğini ve bebeklerin dünyayla daha iyi başa çıkabileceğini düşündüğü bir figürle yakınlık kurma ve bu yakınlığı sürdürme eğilimi üzerine kurulu olduğunu belirtmektedir. Bowlby'ye (1982) göre bağlanma davranışı bireylerin tehlike ve stres anlarında, fiziksel veya duygusal olarak destek alabileceğine inandığı bir bireye yönelmesiyle ortaya çıkmaktadır ve evrimsel açıdan hayatta kalmayı kolaylaştırmaktadır. Bebek ile bakım vereni arasındaki etkileşimler içselleştirilerek, bireyin zihninde etkisi yaşam boyu devam etmekte olan “içsel çalışma modellerini” oluşturmaktadır (Bowlby, 1969). Gelişen bu içsel çalışma modelleri, bireyin kendilik algısını, duygu düzenleme biçimlerini, bireyin diğer insanlarla olan ilişkilerinden ve onlardan ne beklediğine dair algılarını ve kendi davranışlarını belirlemektedir (Bowlby 1982). Özellikle aile üyeleri, romantik partnerler ve doktorlar gibi ihtiyaç duyulan kişilerden beklenen destek ve rehberlik, bireyin önceki bağlanma deneyimlerine dayanarak şekillenmektedir (Waldinger vd., 2006). Birincil bakım verenin güvenilir ya da güvenilmez olup olmadığı kişinin kendisine yönelik temel inançlarını da etkilemektedir (Bowlby, 1969). Bartholomew ve Horowitz (1991), yetişkin bağlanma stillerini bir güvenli ve üç güvensiz bağlanma stili olarak sınıflandırmıştır. Bu bağlanma modellerine göre, güvenli bağlanma stiline sahip olan kişiler çocukluklarında tutarlı ve güvenilir bir bakım aldıklarını bildirirler, bu nedenle, kendilerini ve başkalarını olumlu olarak algılama olasılıkları daha yüksektir. Ayrıca, güvenli bağlanan kişiler başkaları ile ilişki kurmaktan, güvenmekten ve onlara bağlanmaktan rahatsızlık duymamaktadır. Kayıtsız-kaçıngan bağlanma stiline sahip olan bireyler ise çocuklarında bakım verenlerinin tepkisiz ve mesafeli olduğunu belirtirler, bundan kaynaklı olarak kendilerine yetebileceklerini dair olumlu bir görüşleri bulunmaktadır fakat başkalarını güvenilmez bulmaktadırlar. Genellikle yakın ilişkilerinde kendi bağımsızlıklarını öncelemekte ve başkalarına karşı duygusal mesafe koymayı tercih etmektedirler. Bununla birlikte, korkulu-kaçıngan bağlanma stiline sahip olan bireyler hem kendileri hem başkalarına yönelik olumsuz algılara sahiptir. Çocukluklarında reddedilme ve ihmal deneyimlediklerinden dolayı kendilerine ve başkalarına güvenmekte zorluk çekmektedirler, yakınlık arzulamalarına rağmen reddedilme korkularından dolayı ilişki kurmaktan kaçınmaktadırlar. Kaygılı bağlanmaya sahip olan bireyler ise çocuklarında tutarsız ve öngörülemeyen bir bakım deneylediklerinden söz etmektedirler,

deneyimlerinin bir sonucu olarak kendilerine yönelik olumsuz bir benlik imajı geliştirmektedirler ve her zaman tutarlı bir bakım alamıyor olmalarının nedenini değersiz biri oldukları inancı üzerinden açıklamaktadırlar. Kendilerini değersiz ama başkalarını önemli ve destekleyici olarak algılamayı sürdürmeleri sonucunda yetişkinlikte başkalarının onayını almaya aşırı eğilimli olmaktadır ve ilgi arayışı sergilemeye devam etmektedirler (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Stuart ve Noyes (1999), erken yaşta deneyimlenen ciddi hastalıkların, travmatik yaşantıların ve ebeveynlerinde kronik hastalık veya ruhsal bozukluk bulunmasının bireyin bağlanma sistemini olumsuz olarak etkilediğini belirtmektedir. Bireylerin yaşamlarının erken dönemlerinde geliştirdiği güvensiz ve kaygılı bağlanma stilleri sonucunda doğrudan destek talep etmekte zorlandıklarını ve yetişkinliklerinde sözel ifadeler yerine fiziksel semptomlar aracılığı ile bakım ve ilgi talep ettiklerini belirtmektedir. Bununla birlikte, duygusal olarak yetersiz ebeveynler, çocuğun sadece fiziksel semptomları yoluyla ilgi ve bakım göreceği inancını pekiştirmektedir ve içsel çalışma modelleri bu deneyimler aracılığı ile şekillendiğinden dolayı birey kendisini bakım görmeyi hak etmeyen ve sadece fiziksel hastalıklar aracılığı ile bakım görebilecek biri olarak içselleştirmektedir. Böylelikle, somatizasyon kişilerarası bir etkileşim biçimi olarak değerlendirilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999). Waldinger ve arkadaşları (2006), bağlanma stillerinin çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ve özellikle korkulu-kaçınan bağlanma stilinin bireylerde ilişki kurma biçimini etkilediğini ve bedensel belirtiler üzerinden yardım arama eğilimi arttırdığını ifade etmektedir. Literatür incelendiğinde, güvensiz bağlanma stillerine sahip olan bireylerin daha yüksek düzeyde somatik semptom bildirdiği görülmüştür (Liu vd., 2011).

2.4.2.2. Somatizasyonun Bilişsel Davranışçı Teorisi

Woolfolk ve Allen (2007), somatizasyonun etiyolojisinde ve sürdürülmesinde, bilişsel ve davranışsal mekanizmaların ve sosyal öğrenme süreçlerinin önemli bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Somatizasyon kendini sürdüren ve kendini doğrulayan bir biliş ve bedensel algı bozukluğu olarak anlaşılmaktadır (Barsky ve Ahern, 2004). Somatizasyonda bireylerin bedensel duyularına yükledikleri anlamların ve bilişsel çarpıtmaların merkezi bir rol oynadığını görülmektedir. Somatik semptomları olan bireylerin, fiziksel olarak zayıf ve dayanıksız olduklarına dair öz algıları; otonom beden duyularına yönelik aşırı duyarlılıkları ve düşük fiziksel rahatsızlık toleransı

bulunmaktadır (Rief vd., 1998). Somatize eden bireyler, bedensel belirtilerini gerçeklikten kopuk ve çarpık bir şekilde algılamaktadır (Woolfolk ve Allen, 2007). Aksi kanıtlanıyor olmasına rağmen birçoğunun normal bedensel duyularını aşırı tehditkar ve felaketleştirici biçimde yorumlamalarından dolayı ciddi derecede hasta olduklarına dair kalıcı bir inançları bulunmaktadır (Hiller vd., 2002). Barsky ve Wyshak (1990), bedensel duyuların olağandışı derecede yoğun, zararlı olarak deneyimlenmesini ve felaketleştirilmesini algısal-bilişsel bir bozukluk ile karakterize olduğunu belirtmektedir ve bu durumu “somatosensoriyel amplifikasyon” kavramı ile açıklamaktadır. Ciddi derecede hasta olduğundan korkan birey, bedensel duyularını ve kendini gözlemlemeye meyilli hale geldiğinden dolayı bedensel belirtilerine yönelik seçici dikkat geliştirmektedir (Kellner, 1987). Beden duyularını daha yoğun ve rahatsız edici bir şekilde algılamak, yorumlamak ve duyularına olağanüstü bir dikkat göstermek yoğun korku ve kaygı yaratmaktadır ve bu duygular fizyolojik uyarılmaya yani bedensel belirtilerin artmasına neden olmaktadır (Barsky ve Wyshak, 1990). Belirtiler ciddi bir hastalık kanıtı olarak tekrar yorumlanarak aşırı yardım arama veya güvence arama davranışlarına neden olabilmektedir ve böylelikle kısır bir döngü oluşmaktadır (Woolfolk ve Allen, 2007). Bunun sonucunda, bireylerin öznel iyilik hali ve sosyal işlevsellikleri önemli ölçüde olumsuz olarak etkilenmektedir (Rief vd., 1998).

Davranışsal kuramlar, bireylerin çevreleri ile olan etkileşimleri sonucunda öğrenmenin gerçekleştiğini vurgulamaktadır. Bundan dolayı, eğer bir davranış olumlu sonuçlar doğuruyorsa, o davranış pekişmektedir ve tekrarlanması daha olası hale gelmektedir (Skinner, 2019). Woolfolk ve Allen (2007) göre, somatizasyonu pekiştiren potansiyel ödüller bulunmaktadır. Bireyin önceki deneyimlerinde bedensel şikayetleri sosyal destek veya bakım alması ve bir şekilde yükümlülüklerinden kurtulması gibi sonuçlar doğurduysa, kişi stresli durumlarla karşılaştığında bedensel şikayetler üretme eğiliminde olabilmektedir. Ayrıca, somatize eden bireylerin sıklıkla başvurdukları sağlık hizmetleri endişelerini geçici olsa da hafiflettiğinde, tıbbi yardım arayışı kaygı ve sıkıntının azalmasına neden olduğu için olumsuz pekiştirme görevi görmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007). Kellner (1990), bireylerin yardım almak ve dikkat çekmek ve diğer bireyleri manipüle etmek için hasta rolünü üstlenebileceklerini belirtmektedir. Bu noktada, kişinin etrafındaki bireyler semptomları güçlendiren koşulları oluşturmaktadır. Fishbain (1994), bireyin hasta olduğu için dinlenme, işten kaçınma ve başkalarının ilgisini çekmek gibi davranışları ikincil kazanımlar olarak nitelendirmektedir fakat bireyin ikincil kazanımları nedeniyle ciddi kayıplar da yaşayabileceğini bildirmektedir; ekonomik kayıp, sosyal

izolasyon, aile desteğinin kaybı, toplumsal damgalanma ve suçluluk duygusu bu kayıplardan bazılarına örnek olarak verilmektedir. Fishbain (1994) hastalık davranışlarının bu kayıplara rağmen devam ettiğini ve bundan dolayı bilinçsiz bir şekilde yapılabileceğini belirtmektedir. Parson (1975) tarafından tanımlanan hastalık davranışının da aynı şekilde birçok kazanımı ve götürüsü bulunmaktadır. Hasta olan kişi birçok rolü üstlenemeyecek biri olarak görülmektedir ve normal bir işlev görme yükümlülüğünden kurtulmaktadır. Bununla birlikte, hasta rolünde olan bireyler kendilerine yönelik düşük beklentiler oluşturmaktadır ve semptomlarına çok zaman harcamaya başlayarak üretken bir yaşamdan geri çekildiklerinde işlev görme kapasiteleri zarar görmeye başlamaktadır ve bunun sonucunda, gerçek bir hastalık üretme ihtimalleri artmaktadır. Hastalık davranışı aynı zamanda gözlemler sonucunda da öğrenilmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007). Bir ebeveyn her küçük rahatsızlıkta yoğun olarak kaygılanıyor ve aşırı bakım talep ediyorsa, çocuk da benzer tepkiler geliştirmeye eğilimli olacaktır. Bir çocuk ebeveynlerini ve hastalık karşısındaki tepkilerini gözlemleyerek, hasta olmanın normal olduğunu düşünebilmektedir (Woolfolk ve Allen, 2007). Kellner (1990), çocuklarda görülen semptomları ailenin diğer üyelerinde görülen semptomların kopyası gibi olduğunu belirtmektedir.

2.4.2.3. Somatizasyonun Psikodinamik Teorisi

Psikanalitik literatürde somatizasyon, başlangıçta bastırılmış dürtüler, çözülmemiş ruhsal çatışmalar ve savunma kavramları üzerinden ele alınmıştır (Rodin, 1991) Literatüre bakıldığında somatizasyona yönelik açıklamalar konversiyon kavramına odaklanan Freud'a kadar uzanmaktadır (Stoudemire, 1991). Freud (1894), histerideki semptomların bastırılmış dürtülerin bir ifadesi olarak ortaya çıktığını belirtmiştir ve bu süreci “konversiyon” olarak tanımlamıştır. Freud (1896, 1906) başlangıçta histerinin erken çocuklukta maruz kalınan cinsel travmalar sonucunda gerçekleştiğini öne sürmüştür ancak daha sonrasında semptomların erken çocukluk travmalardan ziyade ödipal döneme ait cinsel ve saldırgan bilinçdışı fantezilerinin bir ifadesi olarak görmeye başlamıştır. Bu bağlamda, semptomlar, bilinçdışı bir fantezinin dönüştürülerek bedensel düzleme aktarılmış ifadeleri olarak ele alınmıştır. Buradan yola çıkıldığında somatizasyon, bireyin fikir ve fantezileri ile ahlaki standartlarının çatışmasının bir sonucu olarak oluşmaktadır ve hem yasaklanmış arzuların ve çatışmaların temsilidir hem de bireyin içsel geriliminden kaçmasını sağlayan bir savunma mekanizması olarak işlev

görmektedir (Taylor, 2003).

Klasik psikanalitik kuramın dürtü temelli açıklamalarına ek olarak, ilerleyen süreçte psikanalitik çalışmalar, öznel deneyimlere, benlik bütünlüğüne, öznelarasılık deneyimine ve duygusal farkındalık gelişimine vurgu yapmaya başlamıştır. (Rodin, 1991). Winnicott (1988), bireyin zihin-beden bütünlüğünün doğuştan gelen bir özellik olmadığını, bu bütünlüğünün bebek ve bakım veren etkileşimleri ile geliştiğini belirtmiştir. Bebekler başlangıçta dünyayı bedensel hisler aracılığı ile deneyimlemektedir, bu bedensel deneyimler, benlik algısı ve daha sonrasında gelişecek zihinsel temsillerin temellini oluşturmaktadır. Zihin-beden entegrasyonu sağlanamadığında, birey bedensel hislerini zihinsel olarak anlamlandırmaz ve deneyimlerini sözel ve duygusal temsillere dönüştüremez. Böylelikle, duygusal deneyim yerini somatik semptomlara bırakmaktadır (Meissner, 2006). Ayrıca, öznel deneyime ve kendilik bütünlüğüne vurgu yapan kendilik psikolojisi yaklaşımı, somatizasyonu duygusal farkındalık eksikliğine sahip, düzensiz ve zayıf bir benlik yapısının sonucu olarak değerlendirmiştir (Rodin, 1991). Rickles (1986), somatizasyonun kendilik organizasyonunda bozukluklardan kaynaklandığını belirtmiştir ve erken dönemde yeterli empatik bakım almayan bireylerin duygularını yeterince içselleştiremediklerini ve söze dökemediklerini, dolayısıyla içsel çatışmalarını ve duygusal deneyimlerini bedensel semptomlar yoluyla ifade ettiklerini belirtmiştir. Duygusal deneyimler, zihinsel temsillerinin eksikliği nedeniyle yoğun uyarımlar oluşturmaktadır ve bu uyarımlar benlikte parçalanma tehdidi oluşturmaktadır. Bu tehdit sonucunda oluşan gerilim bedensel semptomlar aracılığı ile boşaltılmaktadır. Somatizasyonun, duygusal uyarılmanın varlığında benliğin parçalanması tehdidine karşı bir savunma mekanizması olarak da işlev gördüğü düşünülmektedir. (Rodin, 1991).

Paris Psikosomatik Okulu'nun kurucularından Pierre Marty (1968), somatizasyonu yetersiz zihinselleştirme kapasitesine bağlı olarak açıklamaktadır ve bu durumu "işlemsel düşünce" olarak tanımlamıştır. İşlemsel düşünce, hayal gücünden, fanteziden ve metaforik düşünmeden yoksun, mekanik ve gerçeklik odaklı bir düşünce tarzını ifade etmektedir. Bu tanımlar aleksitimi kavramı ile yakından ilişkilidir, aleksitimide de bireyler zihinselleştirmede, özellikle duygularını kelimelere dökmekte zorluk çekmektedir (Gubb, 2013). Bu işleyiş biçiminde bireyler, duygularını zihinsel olarak temsil edemez ve yoğun içsel uyarımları doğrudan beden yoluyla boşaltmaktadır (Gubb, 2013) Yetersiz zihinselleştirme "konuşamayan-sessiz bir zihin" olarak adlandırmıştır, düşünme ve fiziksel deneyimleri zihinsel hale getirme kapasitesinin tam olarak

gelişmemesi sonucunda, beden zihnin işlevini üstlendiği ileri sürmüşlerdir. Bireyin zihinselleştirme kapasitesi yeterince gelişemediğinde, kendilik ve nesne temsilleri oluşturma ve zihinde bunaltıcı deneyimleri tutma kapasitesi azalmaktadır (Gubb, 2013). Özellikle, erken dönemde bakım verenin empatik dikkati ve yansıtma işlevlerindeki yetersizlikleri, mümkün olduğu anda rahatlatıcı bir yanıt sağlayamaması, bebekle duygusal olarak uyumlanamaması veya travmatik olaylar, bebeğin duygusal gelişimini sekteye uğratmaktadır ve duyguların sözel temsillerinin oluşması ketlenmektedir, bunun sonucunda, bebeklerde zihinselleştirme ve öz-düzenleme işlevlerinde sorunlar oluşmaktadır ve somatizasyon eğilimi artmaktadır (Krystal, 1997).

2.4.3. Somatizasyon ile İlgili Çalışmalar

Depresyon, anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişki birçok teorisyenin ilgilendiği bir konu olmuştur. Gelenberg (2000), depresyon ve anksiyetenin yüksek oranda komorbidite olduğunu, bu durumun tanı ve tedavi sürecinde bazı zorluklara neden olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Okafor ve arkadaşları (2015), depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukları olan hastaların önemli bir kısmının birincil şikayet olarak fiziksel semptomlarını işaret ettiğini belirtmiştir. Literatür incelendiğinde, somatizasyonun, depresyonun eşdeğeri, maskeli bir formu ya da semptomatik bir boyutu olarak değerlendirildiği görülmüştür (Kesebir, 2004). Simon ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmada, majör depresyon tanısı olan bireylerin açıklanamayan somatik belirti bildirme olasılığının tanısı olmayan bireylere göre 3.5 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Bulgular, şiddetli depresyon tanısı konulan hastaların bir dizi işlevsel somatik semptom sergilediğini belirten Grover ve arkadaşlarının (2013) çalışması ile uyumludur. Ek olarak, depresyonu olan hastaların %69'u hekim ile ilk görüşmelerinde çökkün ruh hali, değersizlik hissi gibi belirtilerin yerine sadece somatik belirtilerini ifade etmiştir. Sadece somatik belirtilerin bildirimi Ankara'da %95 gibi yüksek bir oranda görülmüştür (Simon vd., 1999). Bu durum, sağlık sisteminin yapısı, hasta-doktor ilişkisi ve kültürel farklılıklar üzerinden açıklanmaktadır (Simon vd., 1999). Güleç ve arkadaşları (2005), depresyonun bedenselleştirme ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, depresyonu olan bireylerin duygularını tanıma ve ifade etmede zorluk deneyimlemeleri (aleksitimi) ve öfkelerini içe döndürmeleri yani bastırmaları sonucunda sıkıntılarını bedensel belirtiler olarak dışa vurduklarını belirtmektedir. Benzer şekilde, anksiyete bozukluğu tanısı bulunan hastaların büyük bir kısmının ilk olarak açıklanamayan bedensel belirtiler (karın

ağrısı, mide problemleri, göğüs ağrısı, uykusuzluk) ile sağlık kuruluşlarına başvurdıkları belirtilmiştir (Gelenberg, 2000). Russo ve arkadaşları (1997), anksiyete ve depresyon tanılarının ve kişilik boyutu olan zarardan kaçınma düzeyinin tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptom bildirme eğilimi ile pozitif ve anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmiştir. Zarardan kaçınma kişilik boyutu henüz gerçekleşmemiş olası tehlikelere karşı aşırı duyarlılık ve belirsizlik kaygısı deneyimleri ile karakterizedir. Bu nedenle, zarardan kaçınma kişilik özelliği gösteren bireylerde, somatizasyon bireylerin içsel streslerini bedensel yakınmalar yoluyla gösterdiği bir duygu düzenleme işlevi olarak düşünülmektedir (Russo, 1997).

Saxe ve arkadaşları (1994), dissosiyatif bozukluk tanısı olan hastaların yüksek düzeyde somatik belirti bildirdiğini ifade etmiştir. Dissosiyatif deneyimlerin sıklığı ile somatik belirtilerin sayısı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının, özellikle cinsel travma alt boyutunun, dissosiyasyon ile somatizasyon arasındaki ilişkide ortak zemin olduğu görülmüştür. Travmatik yaşantıların bilinçten ayrıştırıldığı ve somatik semptomlar aracılığıyla dışa vurulduğu düşünülmüştür (Saxe vd., 1994). Andreski ve arkadaşları (1998), TSSB tanısı almış bireylerde somatizasyonun anlamlı bir biçimde daha yaygın olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, TSSB'li bireyler diğer psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerle kıyaslandığında da en yüksek oranda somatizasyon bildiren grup olmuştur (Andreski vd., 1998). Barends ve arkadaşları (2022) tarafından gerçekleştirilen boylamsal bir çalışmada, çocukluk çağına birden fazla travmatik yaşantı deneyimlediğini bildiren bireylerin dört yıl boyunca kontrol grubuna kıyasla daha şiddetli somatik belirti ve düşük fiziksel işlevsellik bildirdiği saptanmıştır. Krystal (1978), travma sonrası duygusal yanıtların belirsizleştirdiğini, ayırt edilemediğini, sözcüklenemediğini ve tekrar bedensel düzleme çekildiğini belirtmektedir. Somatizasyon, duygulanımsal bir gerileme olarak ele alınmaktadır; bireylerin sözcük dökülemeyen duyguları, bedensel düzlemde ifade edilmektedir (Krystal, 1978). Duygular sembolize edilemediğinde ve kelimelere dökülemediğinde, bireylerin travmatik olay ve bununla ilişkili bedensel duyular arasındaki bilinçli bağlantıyı kurma kapasitesi azalmaktadır (Saxe ve ark., 1994). Travmatik olaylar karşısında bireylerin kontrolü yitirmesi, çaresizlik veya teslimiyet yaşaması, utanç ve suçluluk hissine yol açabilmektedir (Krystal, 1978). Çocukluğu çağı travmaları sonucunda deneyimlenen utanç eğilimleri somatik semptomların gelişimine katkıda bulunmaktadır (Kelly vd., 2019). Benzer şekilde, Taihara ve Malik (2016), utanç deneyiminin somatik semptomlar ile pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, suçluluk hissi travmatik

deneyimlerden kaynaklanabilen ve somatizasyona katkıda bulunan önemli bir öz-bilinçli duygu olarak görülmektedir (Davoodi vd., 2018; Williamson vd., 2020). Okur Güney ve arkadaşlarının (2019) gerçekleştirmiş oldukları sistematik derlemede, somatik belirti bozukluğu olan bireylerin duygu düzenleme becerilerinde çok boyutlu zorlanmalar deneyimlediği ortaya konulmuştur. Bireyler, duygusal uyaranlar karşısında dikkatlerini esnek bir şekilde yönlendirmekte zorluk yaşamaktadır ve bastırmak istedikleri duygulara istemsiz bir şekilde daha fazla dikkat verdikleri görülmektedir. Bununla birlikte, parasempatik sinir sistemlerinde azalmış bir etkinlik görülürken sempatik sinir sistemi aktivitesinin arttığı görülmektedir, bu nedenle, duygusal stres karşısında fizyolojik düzeyde aşırı duyarlılık göstermektedirler. Ayrıca, duygusal farkındalık, yeniden değerlendirme ve zihinsel temsiller oluşturmada belirgin zayıflıklar görülmektedir (Okur Güney vd., 2019). Lilly ve Valdez (2012), duygu düzenleme güçlükleri ve aleksitiminin somatizasyonu anlamlı bir şekilde yordadığını ve bu iki değişkenin birlikte bulunduğu durumlarda somatizasyon riskini daha da arttırdığını belirtmişlerdir. Van Dijke ve arkadaşlarının (2010) gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, somatoform bozukluk tanısı alan bireylerde, duygusal tepkilerin bilinçli veya bilinçdışı olarak bastırılması, duyguların zihinsel düzeyde tanınmaması, duygu ifadesinin engellenmesi ve içsel deneyimlerin bedensel semptomlara dönüştürülmesi gibi özelliklerle karakterize olan aşırı duygulanım düzenleme eğiliminin daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, somatoform bozukluk tanısı alan bireylerde, negatif somatoform dissosiyasyon (tıbbi bir temeli olmayan bedensel işlev kayıpları) belirtilerinin daha baskın görüldüğü belirtilmiştir (Van Dijke vd., 2010).

Das ve arkadaşları (2020), somatoform bozukluğu tanısı alan bireylerde, algılanan sosyal desteğin somatik belirtilerinin ifadesini ve şiddetini etkilediğini belirtmiştir. Yapılan çalışmada, algılanan sosyal destek arttıkça somatik semptom şiddetinin anlamlı bir düzeyde azaldığı görülmüştür (Das vd., 2020). Benzer bir şekilde, Vos ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği çalışmada, somatik belirti bozukluğu tanısı alan bireylerin kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı düzeyde daha fazla yalnızlık bildirdiği ve bireylerin yalnızlık düzeyleri arttıkça somatik yakınmalarının şiddetinin arttığı belirtilmektedir. Ayrıca, SSD tanısı olan bireyler, sosyal desteklerini daha olumsuz olarak değerlendirmektedir (Vos vd., 2022). Lee (2014), travma ve somatizasyon arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin düzenleyici bir rolü olduğunu belirtmektedir. Benzer bir şekilde, Davoodi ve arkadaşları (2018), zayıf sosyal destek ağlarına sahip olan bireylerin, travmaya yanıt olarak somatik semptom geliştirme olasılığının daha yüksek

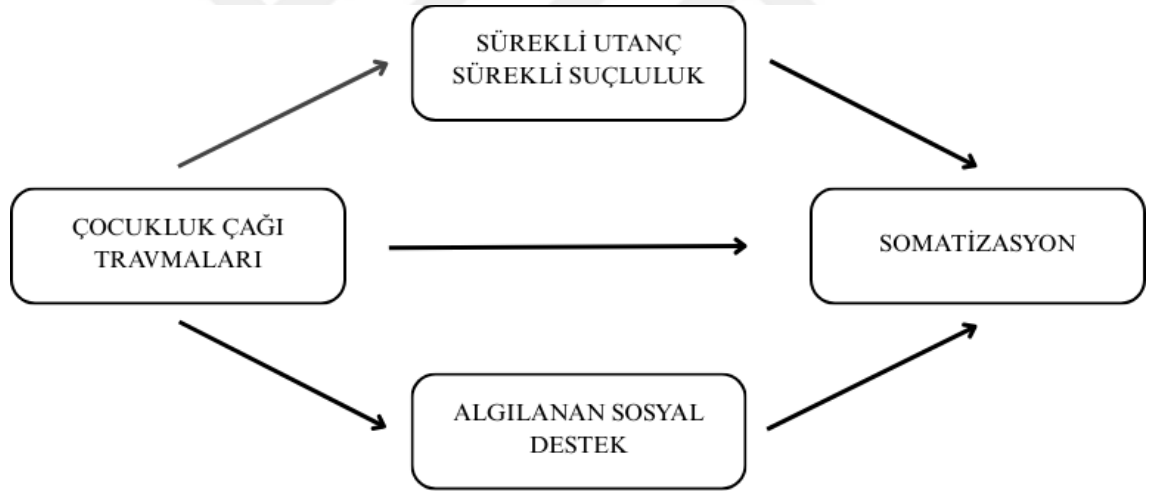
olduğunu belirtmektedir.



BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Yetişkinlik çağında olan bireylerin çocukluk çağı travmaları ve somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkide algılanan sosyal destek, sürekli utanç ve sürekli suçluluk düzeyinin aracı rolünü incelemek için yapılan bu çalışmada, ilişkisel tarama modeli esas alınmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha fazla değişkenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ve bu değişkenlerin birbirlerini ne ölçüde etkilediğini belirlemeyi amaçlayan nicel araştırma desenlerinden biridir (Karasar, 2011).



Şekil 3.1 Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon Arasındaki İlişkide Sürekli Utanç, Sürekli Suçluluk ve Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Rolü

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın evreni 18-65 yaş aralığındaki yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Evrenden alınacak örneklem için örneklem büyüklüğü tahmini için G*Power sürüm 3.1.9.7 (Faul vd., 2007) kullanılarak, Cohen'in (1988) kriterleri kullanılarak 0.05 orta düzey olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık kriteri $\alpha = .05$ ve güç = .80 olduğunda, bu etki büyüklüğü ile çoklu regresyon analizi için dört yordayıcı değişken olması durumunda gereken örneklem büyüklüğü $N = 400$ 'dür. Ölçekleri eksiksiz dolduran katılımcıların

verileri analize alınmıştır. Araştırmanın evreni 261'si (% 64'ü) kadın, 144'ü (%36) erkek olmak üzere toplam 405 kişiden oluşmaktadır. Dolayısıyla, elde edilen N = 405 örneklem büyüklüğü çalışma hipotezini test etmek için yeterli görülmüştür.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada beş tane veri toplama aracı kullanılmıştır. Bu ölçekler sırasıyla şu şekildedir: 1- Demografik Bilgi Formu, 2- Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ-33), 3- Belirti tarama listesi (SCL-90-R) (Somatizasyon Alt Ölçeği), 4- Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği, 5- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmaya katılan katılımcıların demografik bilgilerine ulaşmak için, araştırmanın da amacına uygun olarak, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Toplamda 8 demografik bilgiye ulaşılan bu formda sorular kişinin yaşını, cinsiyetini, eğitim düzeyini, ekonomik durumunu, bireyin kiminle yaşadığını, geçmişte psikiyatrik bir tanısının olması durumunu, psikolojik bir destek alıp almaması ve herhangi bir sağlık tanısı alıp almadığını öğrenmeye yöneliktir.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ-33)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanmış ve kültürel olarak yeniden yapılandırılmış güncel bir versiyonudur. Şar ve arkadaşları (2012) ölçeğin ilk Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir, zamanla kültürel gereklilikler ve dilsel farklılıklar göz önünde bulundurularak ölçek yeniden ele alınmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Şar ve arkadaşları (2021) tarafından oluşturulmuştur ve özgün ölçeğe ek olarak Türk kültürüne özgü Aşırı Koruma-Kontrol boyutu eklenmiştir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçek *cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal* ve *aşırı koruma-kontrol* olmak üzere toplam altı alt boyutu kapsamaktadır. Ölçek 5'li Likert tipinde hazırlanmıştır. Puanların hesaplanması için ölçekte yer alan bazı olumlu ifadeler ters madde olarak değerlendirilmekte ve puanlama öncesinde bu maddelere verilen yanıtlar ters çevrilmektedir. Alt ölçeklerin her birinden elde edilen puanların

toplamı, ölçeğin genel puanını oluşturmaktadır. Revize edilmiş sürüme göre toplam puan 25 ile 150 arasında değişmektedir; yüksek puanlar çocukluk çağında ihmal ve istismarın daha yoğun yaşandığını göstermektedir (Şar vd., 2021).

Şar ve arkadaşları (2021) tarafından yürütülen güvenirlik ve geçerlilik çalışması bulgularına göre, ölçeğin Cronbach Alfa değeri .87 ve Gutmann yarım test katsayısı ise .69 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık katsayıları oldukça yüksek düzeydedir. Duygusal istismar alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı .95, fiziksel istismar alt boyutu için .94, cinsel istismar alt boyutu için .89, duygusal ihmal alt boyutu için .94, fiziksel ihmal alt boyutu için .92 ve aşırı koruma-kontrol alt boyutu için ise .91 olarak belirlenmiştir (Şar vd., 2021). Bu bulgular, ölçeğin alt boyutlarının yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu ve araştırmalarda güvenle kullanılabileceğini göstermektedir. Ayrıca araştırmacılar, ölçeğin geçerlik düzeyinin yüksek olduğunu ve test-tekrar test güvenirliğinin tatmin edici seviyede olduğunu belirtmişlerdir (Şar vd., 2021).

3.3.3. Belirti tarama listesi (SCL-90-R) (Somatizasyon Alt Ölçeği)

Ruhsal Belirti Tarama Envanteri (SCL-90-R), psikiyatrik değerlendirme amacıyla Derogatis ve Cleary (1977) tarafından geliştirilmiştir. SCL-90 bireydeki psikolojik belirtileri ve düzeylerini ölçek amacıyla geliştirilen öz bildirime dayalı bir ölçme aracıdır. Ölçek toplam 90 maddeden oluşmaktadır ve somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotizm gibi dokuz alt boyutu kapsamaktadır. Bu çalışmada SCL-90-R envanterinin yalnızca 12 maddelik (1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, ve 58) Somatizasyon Alt Ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin somatik belirti düzeylerini değerlendirmek için geliştirilmiş olan ölçek, 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir ve 0 (hiç), 1 (çok az), 2 (orta derecede), 3 (oldukça fazla) ve 4 (çok fazla) şeklinde puanlanmaktadır.

Derogatis ve Cleary (1977) tarafından yapılan çalışmalarda, SCL-90-R ölçeğinin her bir alt boyutuna ilişkin iç tutarlılık katsayılarının 0.77 ile 0.90 arasında değiştiği saptanmıştır. Ayrıca, test-tekrar test güvenirliği açısından değerlendirildiğinde, tüm alt ölçekler için güvenirlik katsayılarının 0.78 ile 0.90 aralığında olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, ölçeğin psikometrik açıdan yeterli bir geçerlik ve güvenirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Dağ (1991) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada SCL-90-R ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yapmıştır. Uyarlama çalışması sonucunda SCL-90-R'nin hem Global Semptom İndeksi ($r = .90$) hem de somatizasyon alt ölçeği ($r = .75$) için

yüksek test-tekrar test güvenilirliği elde edilmiştir. Ayrıca, ölçeğin toplam puanı için iç tutarlılık katsayısı .97 bulunmuştur.

3.3.4. Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği (TSGS)

Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği (TSGS) bireylerin son birkaç ay içerisinde ne düzeyde utanç, suçluluk ve gurur duygularını deneyimlediklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçeğin ilk versiyonu, Marschall ve arkadaşları (1994) tarafından “Durumluk Utanç ve Suçluluk Ölçeği” olarak geliştirilmiştir. Daha sonrasında Rohleder ve arkadaşları (2008) tarafından bireylerin son birkaç ay içerisinde bu duyguları ne ölçüde deneyimlediklerini ölçmek amacıyla “Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği (TSGS)” adıyla yeniden uyarlanmıştır. Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği, utanç, suçluluk ve gurur olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır ve her bir alt boyut beş maddeden oluşmaktadır. Toplamda 15 maddeden oluşan ölçek, 5’li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir, katılımcılar 1 (bu şekilde hissetmedim) ile 5 (bunu çok güçlü bir şekilde hissettim) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplam bir puan elde edilmemektedir. Her bir alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmekte ve yüksek puanlar ölçülen duygu düzeyinin daha yoğun yaşandığını işaret etmektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır.

Orijinal çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayıları utanç için .74, suçluluk için .76 ve gurur için .74 olarak bildirilmiştir (Rohleder vd., 2008). Türkiye’deki Türkçe uyarlaması Bugay ve Demir (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları utanç alt ölçeği için .83, suçluluk alt ölçeği için .81 ve gurur alt ölçeği için .87 olarak saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin Türkçe versiyonunun kullanımı için yeterli düzeyde geçerlik ve güvenirlik sağlandığı belirtilmiştir.

3.3.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’deki ilk uyarlama çalışmasını Eker ve Arkar (1995) gerçekleştirmiştir. Bu öncül çalışmada, ölçeğin yapı geçerliği, depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçen ölçeklerle yapılan karşılaştırmalar yoluyla incelenmiştir. İlerleyen yıllarda, Eker ve arkadaşları (2001) tarafından yürütülen daha kapsamlı bir çalışmada ise, ölçeğin geçerliği farklı bir sosyal destek ölçeği, belirti tarama listesi, yalnızlık ve

umutsuzluk ölçekleriyle birlikte değerlendirilmiş; böylece ölçeğin psikometrik nitelikleri çok boyutlu bir biçimde yeniden test edilmiştir.

Toplam 12 maddeden oluşan bu ölçek, bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyini üç alt boyut üzerinden değerlendirmeyi amaçlamaktadır: aile (1, 2, 7, 10. maddeler), arkadaşlar (3, 4, 8, 12. maddeler) ve özel bir kişi (5, 6, 9, 11. maddeler). Her alt boyut, sosyal destek algısının farklı yönlerini ele almaktadır. Ölçek, 7'li Likert tipi bir derecelendirme sistemi ile yanıtlanmaktadır; katılımcılar 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 7 (kesinlikle katılıyorum) arasında puanlandırmayı yanıtlamaktadır. Hiçbir madde ters kodlanmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 84 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bireyin sosyal destek algısının yüksek olduğunu göstermektedir (Eker vd., 2001).

Eker ve arkadaşlarının (2001) gerçekleştirdiği geçerlik çalışmasında, MSPSS toplam puanı ile yalnızlık, umutsuzluk ve belirti tarama ölçekleri arasında anlamlı negatif korelasyonlar bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde saptanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı .89, aile alt ölçeği için .85, arkadaş alt ölçeği için .88 ve özel bir kişi alt ölçeği için .92 olarak raporlanmıştır. Eker ve arkadaşları (2001), ölçeğin geçerlik analizlerinin ayrıntılı olarak incelendiğini ve ölçüm aracı olarak geçerli bir yapı sunduğunu belirtmişlerdir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Ölçekler sırasıyla sosyodemografik bilgi formu, Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, Belirti tarama listesi, Sürekli Utanç ve Suçluluk Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği olmak üzere katılımcıların çevrimiçi olarak ulaşabilecekleri “Google Forms” sayfası üzerinden toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, çalışmaya katılacak kişilerin bilgilerinin anonim olarak toplandığı ve verilerin sadece araştırma için kullanılacağına dair bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Çalışma, gönüllü olarak çalışmaya katılan kişilerin verileri ile yürütülmüştür.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Bu çalışmada, verilerin analizinde betimsel istatistikler, bağımsız örneklem t-testleri, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Betimsel istatistikler, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve temel değişkenlerin dağılımını tanımlamak amacıyla uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t-testleri, iki grup arasında

değişkenlerin ortalamalarının anlamlı farklar gösterip göstermediğini belirlemek için kullanılmıştır. ANOVA ise birden fazla grup arasında değişkenlerin farklılıklarını test etmek amacıyla uygulanmıştır. Korelasyon analizleri, değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü incelemek için gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca, çalışmada bir aracı rol analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analiz, bir bağımsız değişken ile bir bağımlı değişken arasındaki ilişkinin, başka bir değişken tarafından ne ölçüde aracılık edildiğini değerlendirmek amacıyla AMOS kullanılarak YEM yapılmıştır. Aracı rol analizinde, bağımsız değişkenin doğrudan etkisi, aracı değişken üzerindeki etkisi ve bağımlı değişken üzerindeki toplam etkisi incelenmiştir. Bootstrap yönteminden yararlanılarak, sonuçların güvenilirliği ve anlamlılığı değerlendirilmiştir. Analizler SPSS 27.0 paket yazılımı kullanılarak yapılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve ölçeklerden elde edilen puanlarına ilişkin betimleyici istatistiksel veriler, Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Sosyodemografik değişkenler	Gruplar	F	%
Cinsiyet	Erkek	144	35.6
	Kadın	261	64.4
Yaş	18-24	97	24.0
	25-34	181	44.7
	35-44	58	14.3
	45-54	51	12.6
	55 ve üstü	18	4.4
Eğitim düzeyi	İlköğretim	40	9.9
	Lise	62	15.3
	Ön Lisans	27	6.7
	Lisans	192	47.4
	Lisansüstü	84	20.7
Gelir düzeyi	Düşük	85	21.0
	Orta	277	68.4
	Yüksek	43	10.6
	Anne-baba ve/veya kardeşimle birlikte	137	33.8
Kiminle yaşıyorsunuz	Arkadaşım/Arkadaşlarımla birlikte	32	7.9
	Eşimle/Partnerimle birlikte	188	46.4
	Tek	48	11.9
Psikiyatrik Tanı	Evet	72	17.8
	Hayır	333	82.2
Psikolojik destek	Evet	139	34.3
	Hayır	266	65.7
Tanı almış Sağlık problemi	Evet	109	26.9
	Hayır	296	73.1

Toplam	405	100.0
--------	-----	-------

Tablo 4.1’de katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, %64.4’ünün kadın (N = 261), %35.6’sının ise erkek (N = 144) olduğu belirlenmiştir. Kadın katılımcıların oranı erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, en büyük grubu %44.7 oranıyla 25-34 yaş arası bireyler (N = 181) oluştururken, bunu %24.0 oranıyla 18-24 yaş grubu (N = 97) takip etmektedir. Daha ileri yaş gruplarında katılımcı sayısında bir azalma gözlemlenmiştir: 35-44 yaş arası bireyler %14.3 (N = 58), 45-54 yaş arası bireyler %12.6 (N = 51), ve 55 yaş ve üzeri bireyler %4.4 (N = 18) oranındadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %47.4 oranıyla lisans mezunları (N = 192) en büyük grubu oluşturmaktadır. Bunu %20.7 ile lisansüstü eğitim alanlar (N = 84) ve %15.3 ile lise mezunları (N = 62) takip etmektedir. Daha düşük eğitim düzeylerine sahip bireyler arasında %9.9 oranında ilköğretim mezunları (N = 40) ve %6.7 oranında ön lisans mezunları (N = 27) bulunmaktadır.

Gelir düzeyi dağılımına göre katılımcıların %68.4’ü (N = 277) orta gelir düzeyine sahipken, %21.0’ı (N = 85) düşük gelir düzeyine ve %10.6’sı (N = 43) yüksek gelir düzeyine sahiptir. Bu durum, araştırma örnekleminde orta gelir düzeyine sahip bireylerin baskın olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların kimlerle yaşadıkları incelendiğinde, en büyük grubu %46.4 oranıyla eşleri veya partnerleriyle yaşayan bireyler (N = 188) oluşturmaktadır. Bunun ardından %33.8 ile anne-baba ve/veya kardeşiyle yaşayan bireyler (N = 137) gelmektedir. Daha küçük gruplar arasında %11.9 oranıyla yalnız yaşayan bireyler (N = 48) ve %7.9 oranıyla arkadaşlarıyla birlikte yaşayan bireyler (N = 32) yer almaktadır.

Psikiyatrik tanı durumu verilerine göre, katılımcıların %82.2’sinin (N = 333) psikiyatrik tanı almadığı, %17.8’inin (N = 72) ise psikiyatrik bir tanıya sahip olduğu belirlenmiştir. Psikolojik destek alma durumu incelendiğinde, %65.7 oranıyla katılımcıların çoğunluğunun (N = 266) psikolojik destek almadığı, %34.3’ünün (N = 139) ise destek aldığı görülmüştür.

Ayrıca, tanı almış bir sağlık problemine sahip olan bireylerin oranı %26.9 (N = 109) iken, sağlık problemi olmayan bireylerin oranı %73.1 (N = 296) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler

Değişkenler	N	$\bar{X}$	Ss	Çarpıklık	Basıklık
SCL_Somatizasyon	405	24,27	7,865	,623	-,015
CTQ_Duygusalistismar	405	8,27	3,706	1,613	2,804
CTQ_Fizikselistismar	405	6,28	2,601	2,792	8,530
CTQ_Fizikselihmal	405	8,35	3,545	1,136	,676
CTQ_Duygusalihmal	405	11,89	4,584	,708	,085
CTQ_Cinselistismar	405	5,68	1,851	3,146	9,493
CTQ_Aşırıkorumakontrol	405	11,05	4,117	,759	,064
CTQ_Toplam	405	51,52	14,761	1,117	1,125
ÇBASDÖ_Aile	405	21,65	5,977	-,852	,039
ÇBASDÖ_Arkadaş	405	20,95	6,616	-,840	-,223
ÇBASDÖ_Özelbirinsan	405	17,74	8,787	-,296	-1,405
ÇBASDÖ_Toplam	405	60,33	16,994	-,515	-,392
TSGS_Suçluluk	405	9,77	4,103	,545	-,514
TSGS_Utanç	405	10,05	4,953	,970	,248
TSGS_Gurur	405	17,59	4,876	-,363	-,638

Bu çalışmada, SCL, CTQ, ÇBASDÖ ve TSGS ölçeklerinden elde edilen puanların betimsel istatistikleri hesaplanmıştır. Her bir alt boyut için ortalama, standart sapma, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 aralığında olması, verilerin normal dağılıma uygun olduğunu göstermek için bir kriter olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların somatizasyon puanlarının ortalaması 24,27 (Ss = 7,865) olup, çarpıklık değeri 0,623 ve basıklık değeri -,015 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, somatizasyon puanlarının normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir.

CTQ alt boyutları ve toplam puanları incelendiğinde: Duygusal İstismar: Ortalama 8,27 (Ss = 3,706) olup, çarpıklık değeri 1,613, basıklık değeri ise 2,804 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, duygusal istismar puanlarının pozitif çarpık ve sivri bir dağılım gösterdiğini işaret etmektedir. Fiziksel İstismar: Ortalama 6,28 (Ss = 2,601) olup, çarpıklık değeri 2,792, basıklık değeri ise 8,530'dur. Bu, fiziksel istismar puanlarının oldukça pozitif çarpık ve sivri bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Fiziksel İhmal: Ortalama 8,35 (Ss = 3,545) olup, çarpıklık değeri 1,136, basıklık değeri ise 0,676

olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, fiziksel ihmal puanlarının normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir. Duygusal İhmal: Ortalama 11,89 (Ss = 4,584) olup, çarpıklık değeri 0,708, basıklık değeri ise 0,085 olarak bulunmuştur. Bu durum, duygusal ihmal puanlarının normal dağılıma uygun olduğunu işaret etmektedir. Cinsel İstismar: Ortalama 5,68 (Ss = 1,851) olup, çarpıklık değeri 3,146, basıklık değeri ise 9,493'tür. Bu değerler, cinsel istismar puanlarının pozitif çarpık ve sivri bir dağılım sergilediğini göstermektedir. Aşırı Koruma ve Kontrol: Ortalama 11,05 (Ss = 4,117) olup, çarpıklık değeri 0,759, basıklık değeri ise 0,064 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyut normal dağılıma uygunluk göstermektedir. CTQ Toplam Puanı: Ortalama 51,52 (Ss = 14,761) olup, çarpıklık değeri 1,117, basıklık değeri ise 1,125 olarak bulunmuştur. Bu değerler, toplam puanın normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir.

ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puanları incelendiğinde, Aile: Ortalama 21,65 (Ss = 5,977) olup, çarpıklık değeri -0,852, basıklık değeri ise 0,039'dur. Bu alt boyut normal dağılıma uygundur. Arkadaş: Ortalama 20,95 (Ss = 6,616) olup, çarpıklık değeri -0,840, basıklık değeri ise -0,223 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, normal dağılıma uygunluğu göstermektedir. Özel Bir İnsan: Ortalama 17,74 (Ss = 8,787) olup, çarpıklık değeri -0,296, basıklık değeri ise -1,405 olarak bulunmuştur. Bu, puanların simetrik bir dağılıma yakın olduğunu işaret etmektedir. ÇBASDÖ Toplam: Ortalama 60,33 (Ss = 16,994) olup, çarpıklık değeri -0,515, basıklık değeri ise -0,392 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler de toplam puanın normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir.

TSGS alt boyutlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, Suçluluk: Ortalama 9,77 (Ss = 4,103) olup, çarpıklık değeri 0,545, basıklık değeri ise -0,514 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyut normal dağılıma uygundur. Utanç: Ortalama 10,05 (Ss = 4,953) olup, çarpıklık değeri 0,970, basıklık değeri ise 0,248'dir. Bu alt boyut da normal dağılım kriterlerini karşılamaktadır. Gurur: Ortalama 17,59 (Ss = 4,876) olup, çarpıklık değeri -0,363, basıklık değeri ise -0,638 olarak bulunmuştur. Bu durum, gurur puanlarının normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir.

Bulgular, bazı alt boyutların (örneğin, CTQ Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar) çarpıklık ve basıklık değerleri açısından normal dağılıma uymadığını, diğer boyutların ise büyük ölçüde normal dağılıma uygunluk gösterdiğini ortaya koymuştur. Kline (2016), çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılıma uygunluk için önemli göstergeler olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, basıklık değerinin ± 10 aralığında olması analizlerde normal dağılım varsayımının sağlandığını göstermektedir. Ancak, basıklık değeri 10'dan büyük olan değişkenler, uç değerlerin daha sık bulunduğunu ve dağılımın aşırı sivrilğe

sahip olduğunu ifade eder. Bu tür değişkenler parametrik testler için sorun teşkil edebilir ve bu durumda parametrik olmayan analiz yöntemlerinin kullanılması daha uygun olabilir.

Çalışmada CTQ Fiziksel İstismar (basıklık = 8.530) ve CTQ Cinsel İstismar (basıklık = 9.493) alt boyutlarının basıklık değerleri dikkat çekmektedir. Bu değerler, Kline'in kriterine göre normal dağılıma oldukça yakın kabul edilse de uç değerlerin varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Parametrik testlerin kullanılabilirliği, bu bulgular doğrultusunda dikkatlice değerlendirilmelidir.

4.2. KARŞILAŞTIRMA BULGULARI

Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri bakımından somatizasyon, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek düzeyi ve suçluluk-utanç-gurur puanlarının karşılaştırılması için ikili gruplarla bağımsız örneklem t-testi ve ikiden fazla grup içeren değişkenlerle tek yönlü ANOVA uygulanmıştır.

Tablo 4.3. Cinsiyet Değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	df	p	Cohen's d
SCL Somatizasyon	Erkek	144	22.51	7.028	-3.402	403	.001**	0.34
	Kadın	261	25.25	8.140				
CTQ Duygusal İstismar	Erkek	144	7.82	3.177	-1.829	403	.068	0.19
	Kadın	261	8.52	3.952				
CTQ Fiziksel İstismar	Erkek	144	6.39	2.853	0.617	403	.538	0.04
	Kadın	261	6.22	2.455				
CTQ Fiziksel İhmal	Erkek	144	9.29	3.715	4.042	403	.000***	0.38
	Kadın	261	7.83	3.344				
CTQ Duygusal İhmal	Erkek	144	12.26	4.578	1.209	403	.227	0.13
	Kadın	261	11.68	4.584				
CTQ Cinsel İstismar	Erkek	144	5.24	0.953	-3.609	403	.000***	0.72
	Kadın	261	5.92	2.158				
CTQ Aşırı Koruma	Erkek	144	10.99	4.121	-0.204	403	.838	0.02
	Kadın	261	11.08	4.122				
CTQ Toplam	Erkek	144	51.99	13.495	0.476	403	.635	0.05
	Kadın	261	51.26	15.435				
ÇBASDÖ Aile	Erkek	144	20.39	5.940	-3.182	403	.002**	0.34
	Kadın	261	22.34	5.894				
ÇBASDÖ Arkadaş	Erkek	144	19.53	6.731	-3.253	403	.001**	0.34
	Kadın	261	21.74	6.432				

ÇBASDÖ Özel Biri	Erkek	144	15.03	8.546	-4.714	403	.000***	0.49
	Kadın	261	19.23	8.575				
ÇBASDÖ Toplam	Erkek	144	54.95	16.896	-4.865	403	.000***	0.51
	Kadın	261	63.30	16.336				
TSGS Suçluluk	Erkek	144	9.44	4.027	-1.214	403	.226	0.11
	Kadın	261	9.95	4.140				
TSGS Utanç	Erkek	144	9.66	4.650	-1.191	403	.234	0.11
	Kadın	261	10.27	5.109				
TSGS Gurur	Erkek	144	17.26	4.903	-1.022	403	.308	0.09
	Kadın	261	17.77	4.860				

Tablo 4.3'te, kadın ve erkek katılımcıların SCL-Somatizasyon, CTQ (Çocukluk Çağı Travma Ölçeği) alt boyutları, ÇBASDÖ (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği) alt boyutları ve TSGS (Türkçe Suçluluk ve Gurur Ölçeği) alt boyutları açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analiz sonuçları şu şekilde raporlanmıştır: SCL-Somatizasyon puanları kadınlarda ($\bar{X} = 25.25$, $Ss = 8.14$) erkeklere ($\bar{X} = 22.51$, $Ss = 7.03$) göre anlamlı derecede daha yüksektir, $t(403) = -3.402$, $p = .001$, Cohen's $d = 0.34$. Bu sonuç, kadınların somatizasyon belirtilerini daha sık yaşadığını göstermektedir.

CTQ-Duygusal İstismar alt boyutunda kadınlar ($\bar{X} = 8.52$, $Ss = 3.95$), erkeklere ($\bar{X} = 7.82$, $Ss = 3.18$) göre daha yüksek puan almış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır, $t(403) = -1.829$, $p = .068$. CTQ-Fiziksel İstismar puanlarında erkekler ($\bar{X} = 6.39$, $Ss = 2.85$) ile kadınlar ($\bar{X} = 6.22$, $Ss = 2.46$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = 0.617$, $p = .538$. CTQ-Fiziksel İhmal alt boyutunda erkekler ($\bar{X} = 9.29$, $Ss = 3.72$), kadınlara ($\bar{X} = 7.83$, $Ss = 3.34$) göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = 4.042$, $p < .001$, Cohen's $d = 0.38$. Bu durum, erkeklerin çocukluk döneminde fiziksel ihmal yaşama oranının daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. CTQ-Duygusal İhmal alt boyutunda erkekler ($\bar{X} = 12.26$, $Ss = 4.58$), kadınlardan ($\bar{X} = 11.68$, $Ss = 4.58$) biraz daha yüksek puan almış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir, $t(403) = 1.209$, $p = .227$.

CTQ-Cinsel İstismar alt boyutunda kadınlar ($\bar{X} = 5.92$, $Ss = 2.16$), erkeklere ($\bar{X} = 5.24$, $Ss = 0.95$) göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = -3.609$, $p < .001$, Cohen's $d = 0.72$. Bu sonuç, kadınların çocuklukta cinsel istismar yaşama riskinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir.

ÇBASDÖ-Aile alt boyutunda kadınlar ($\bar{X} = 22.34$, $Ss = 5.89$), erkeklerden ($\bar{X} = 20.39$, $Ss = 5.94$) anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = -3.182$, $p = .002$, Cohen's $d = 0.34$. Bu, kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu göstermektedir. ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyutunda da kadınlar ($\bar{X} = 21.74$, $Ss = 6.43$), erkeklerden ($\bar{X} = 19.53$, $Ss = 6.73$) anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = -3.253$, $p = .001$, Cohen's $d = 0.34$. ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan alt boyutunda kadınlar ($\bar{X} = 19.23$, $Ss = 8.58$), erkeklere ($\bar{X} = 15.03$, $Ss = 8.55$) göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = -4.714$, $p < .001$, Cohen's $d = 0.49$. Bu, kadınların özel birinden algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. ÇBASDÖ-Toplam puanlarda kadınlar ($\bar{X} = 63.30$, $Ss = 16.34$), erkeklerden ($\bar{X} = 54.95$, $Ss = 16.90$) anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = -4.865$, $p < .001$, Cohen's $d = 0.51$. Bu, kadınların genel algılanan sosyal desteğinin erkeklere kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir.

TSGS-Suçluluk, TSGS-Utanç ve TSGS-Gurur alt boyutlarında kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$). Ancak kadınlar tüm alt boyutlarda biraz daha yüksek ortalama puanlara sahiptir.

Tablo 4.4. Yaş Gruplarına Göre Araştırma Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Yaş Grubu	N	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post hoc (Scheffe)
SCL-Somatizasyon	18-24	97	25.41	8.508	0.975	0.404	
	25-34	181	23.96	7.632			
	35-44	58	23.48	8.350			
	45-54	69	24.17	7.071			
CTQ-Duygusal İstismar	18-24	97	8.40	3.877	2.783	0.041*	2>4
	25-34	181	8.64	3.886			
	35-44	58	8.26	3.768			
	45-54	69	7.14	2.619			
CTQ-Fiziksel İstismar	18-24	97	6.33	2.925	0.410	0.746	
	25-34	181	6.38	2.889			
	35-44	58	5.95	1.538			
	45-54	69	6.25	1.981			
CTQ-Fiziksel İhmal	18-24	97	8.31	3.933	5.134	0.002**	4>2
	25-34	181	7.78	3.054			
	35-44	58	8.60	3.217			
	45-54	69	9.70	4.088			
CTQ-Duygusal İhmal	18-24	97	12.00	4.854	0.162	0.922	

	25-34	181	11.99	4.542			
	35-44	58	11.60	4.345			
	45-54	69	11.70	4.584			
CTQ-Cinsel İstismar	18-24	97	5.71	1.909	0.445	0.721	
	25-34	181	5.76	1.996			
	35-44	58	5.62	1.674			
	45-54	69	5.46	1.501			
CTQ-Aşırı Koruma/Kontrol	18-24	97	11.22	4.146	0.752	0.522	
	25-34	181	11.24	4.265			
	35-44	58	10.95	4.190			
	45-54	69	10.41	3.603			
CTQ-Toplam	18-24	97	51.97	16.402	0.152	0.928	
	25-34	181	51.77	14.820			
	35-44	58	50.98	14.059			
	45-54	69	50.65	12.892			
ÇBASDÖ-Aile	18-24	97	19.40	6.608	6.504	0.000**	3>1
	25-34	181	22.45	5.285			
	35-44	58	22.67	5.796			
	45-54	69	21.83	6.219			
ÇBASDÖ-Arkadaş	18-24	97	21.16	6.935	0.218	0.884	
	25-34	181	20.94	6.696			
	35-44	58	21.24	6.538			
	45-54	69	20.42	6.103			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	18-24	97	15.21	9.209	6.040	0.000**	2>1
	25-34	181	19.61	8.377			
	35-44	58	16.52	8.903			
	45-54	69	17.41	8.182			
ÇBASDÖ-Toplam	18-24	97	55.77	18.417	3.942	0.009**	2>1
	25-34	181	63.01	15.785			
	35-44	58	60.43	17.843			
	45-54	69	59.65	16.169			
TSGS-Suçluluk	18-24	97	10.98	4.218	9.137	0.000*	1>3
	25-34	181	10.13	4.116			
	35-44	58	8.03	3.428			
	45-54	69	8.59	3.711			
TSGS-Utanç	18-24	97	11.38	5.235	6.222	0.000**	1>4
	25-34	181	10.34	5.051			
	35-44	58	8.72	4.588			
	45-54	69	8.57	3.928			
TSGS-Gurur	18-24	97	16.59	4.839	2.934	0.033*	3>1

25-34	181	17.51	5.034
35-44	58	18.76	4.293
45-54	69	18.23	4.756

*** $p < 0.001$ * $p < 0.05$; 1=18-24, 2=25-34, 3=35-44, 4=45-54

Yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçları aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Analizlerde yer alan her değişken için betimsel istatistikler ve ANOVA sonuçları değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, farklı yaş gruplarının somatizasyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.975, p > .05$). Tüm gruplar arasında somatizasyon skorları birbirine yakın bir dağılım göstermiştir.

CTQ-Duygusal İstismar alt boyutu incelendiğinde, Yaş grupları arasında duygusal istismar skorlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 2.783, p < .05$). En düşük ortalama skor 7.14 ile 45-54 yaş grubunda, en yüksek skor ise 8.64 ile 25-34 yaş grubunda gözlenmiştir. CTQ-Fiziksel İstismar alt boyutu incelendiğinde, Yaş grupları arasında fiziksel istismar düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.410, p > .05$). Tüm grupların skorları arasında benzer bir dağılım görülmüştür. CTQ-Fiziksel İhmal alt boyutu incelendiğinde, Fiziksel ihmal skorlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 5.134, p < .01$). En yüksek ortalama 9.70 ile 45-54 yaş grubunda, en düşük ortalama ise 7.78 ile 25-34 yaş grubunda görülmüştür. CTQ-Duygusal İhmal alt boyutu incelendiğinde, Yaş grupları arasında duygusal ihmal skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.162, p > .05$). Gruplar arasında benzer düzeyde skorlar gözlenmiştir. CTQ-Cinsel İstismar boyutu incelendiğinde, Yaş grupları arasında cinsel istismar skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.445, p > .05$). Tüm gruplar arasında cinsel istismar skorlarının oldukça yakın olduğu görülmüştür. CTQ-Aşırı Koruma/Kontrol alt boyutunda Yaş grupları arasında aşırı koruma/kontrol skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.752, p > .05$). Tüm grupların skorları birbirine benzer düzeyde olmuştur. CTQ-Toplam skorlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.152, p > .05$). Gruplar arasında büyük farklılıklar gözlenmemiştir.

ÇBASDÖ Aileyle ilişki alt boyutunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 6.504, p < .001$). En düşük ortalama 19.40 ile 18-24 yaş grubunda, en yüksek ortalama ise 22.67 ile 35-44 yaş grubunda bulunmuştur. ÇBASDÖ Arkadaşlarla ilişki alt boyutunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır

($F(3, 401) = 0.218, p > .05$). Skorlar gruplar arasında benzerdir. ÇBASDÖ Özel bir insanla ilişki alt boyutunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 6.040, p < .001$). En yüksek skor 19.61 ile 25-34 yaş grubunda, en düşük skor ise 15.21 ile 18-24 yaş grubunda gözlenmiştir. ÇBASDÖ toplam skorlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 3.942, p < .01$). En yüksek toplam skor 63.01 ile 25-34 yaş grubunda bulunmuştur.

Suçluluk duygusunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 9.137, p < .001$). En yüksek skor 10.98 ile 18-24 yaş grubunda, en düşük skor ise 8.03 ile 35-44 yaş grubunda görülmüştür. Utanç duygusunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 6.222, p < .001$). En yüksek ortalama 11.38 ile 18-24 yaş grubunda, en düşük ortalama ise 8.57 ile 45-54 yaş grubunda gözlenmiştir. Gurur duygusunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 2.934, p < .05$). En yüksek ortalama 18.76 ile 35-44 yaş grubunda, en düşük ortalama ise 16.59 ile 18-24 yaş grubunda bulunmuştur.

Tablo 4.5. Gelir Düzeyine Göre Araştırma Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post hoc(Scheffe)
SCL-Somatizasyon	Düşük Gelir	85	26.08	8.816	3.247	0.040*	1>3
	Orta Gelir	277	23.94	7.650			
	Yüksek Gelir	43	22.84	6.743			
CTQ-Duygusal İstismar	Düşük Gelir	85	9.11	4.231	3.043	0.049*	1>3
	Orta Gelir	277	8.11	3.495			
	Yüksek Gelir	43	7.65	3.754			
CTQ-Fiziksel İstismar	Düşük Gelir	85	6.56	2.719	1.093	0.336	
	Orta Gelir	277	6.15	2.479			
	Yüksek Gelir	43	6.56	3.096			
CTQ-Fiziksel İhmal	Düşük Gelir	85	9.71	3.988	8.836	0.000***	1>3
	Orta Gelir	277	8.08	3.358			
	Yüksek Gelir	43	7.42	3.149			
CTQ-Duygusal İhmal	Düşük Gelir	85	14.02	5.269	15.294	0.000***	1>3
	Orta Gelir	277	11.55	4.226			
	Yüksek Gelir	43	9.84	3.873			
CTQ-Cinsel İstismar	Düşük Gelir	85	5.60	1.552	0.485	0.616	
	Orta Gelir	277	5.66	1.879			
	Yüksek Gelir	43	5.93	2.208			

CTQ-Aşırı Koruma	Düşük Gelir	85	12.41	4.260	6.427	0.002**	1>3
	Orta Gelir	277	10.77	3.999			
	Yüksek Gelir	43	10.19	4.072			
CTQ-Toplam	Düşük Gelir	85	57.41	16.413	9.613	0.000***	1>3
	Orta Gelir	277	50.32	13.576			
	Yüksek Gelir	43	47.58	15.825			
ÇBASDÖ-Aile	Düşük Gelir	85	18.95	6.736	12.606	0.000***	3>1
	Orta Gelir	277	22.18	5.511			
	Yüksek Gelir	43	23.56	5.746			
ÇBASDÖ-Arkadaş	Düşük Gelir	85	19.65	8.068	4.126	0.017*	3>1
	Orta Gelir	277	21.01	6.191			
	Yüksek Gelir	43	23.16	5.529			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Düşük Gelir	85	15.67	9.043	5.770	0.003**	3>1
	Orta Gelir	277	17.84	8.658			
	Yüksek Gelir	43	21.16	8.112			
ÇBASDÖ-Toplam	Düşük Gelir	85	54.27	19.075	10.337	0.000***	3>1
	Orta Gelir	277	61.02	15.930			
	Yüksek Gelir	43	67.88	15.714			
TSGS-Suçluluk	Düşük Gelir	85	10.59	4.349	3.646	0.027*	1>3
	Orta Gelir	277	9.71	4.046			
	Yüksek Gelir	43	8.56	3.692			
TSGS-Utanç	Düşük Gelir	85	11.51	5.236	5.959	0.003**	1>3
	Orta Gelir	277	9.84	4.895			
	Yüksek Gelir	43	8.58	4.113			
TSGS-Gurur	Düşük Gelir	85	16.11	5.508	9.623	0.000***	3>1
	Orta Gelir	277	17.67	4.626			
	Yüksek Gelir	43	20.00	4.117			

*** p < 0.001 * p < 0.05; 1=Düşük, 2=Orta, 3=Yüksek

Tablo 4.5'te, katılımcıların düşük, orta ve yüksek gelir gruplarına göre farklı değişkenlerdeki ortalama puanları karşılaştırılmış ve anlamlı farklılıkların olup olmadığı tek yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Bulgulara göre, Gelir düzeylerine göre somatizasyon skorlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 3.247, p < .05$). Düşük gelir grubunda ($\bar{X} = 26.08, S_s = 8.816$) ortalama skor, diğer gruplardan daha yüksektir. Gelir grupları arasında duygusal istismar skorlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 3.043, p < .05$). Düşük gelir grubunda ($\bar{X} = 9.11, S_s = 4.231$) en yüksek ortalama görülmüştür.

Gelir grupları arasında fiziksel istismar skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır

($F(2, 402) = 1.093, p > .05$). Tüm gruplar benzer düzeyde skorlar almıştır. Fiziksel ihmal skorları açısından gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 8.836, p < .001$). Düşük gelir grubu ($\bar{X} = 9.71, Ss = 3.988$) en yüksek ortalamayı almıştır. Duygusal ihmal skorlarında gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 15.294, p < .001$). Düşük gelir grubunun ortalama skoru ($\bar{X} = 14.02, Ss = 5.269$) diğer gruplardan anlamlı derecede yüksektir. Cinsel istismar skorlarında gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 402) = 0.485, p > .05$). Gruplar arasında benzer skorlar gözlenmiştir. Aşırı koruma/kontrol alt boyutunda gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 6.427, p < .01$). Düşük gelir grubunda ($\bar{X} = 12.41, Ss = 4.260$) en yüksek ortalama görülmüştür. CTQ toplam skorlarında gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 9.613, p < .001$). Düşük gelir grubu ($\bar{X} = 57.41, Ss = 16.413$) en yüksek skora sahiptir.

ÇBASDÖ-Aileyle ilişkilerde gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 12.606, p < .001$). En düşük skor düşük gelir grubunda ($\bar{X} = 18.95, Ss = 6.736$), en yüksek skor ise yüksek gelir grubunda ($\bar{X} = 23.56, Ss = 5.746$) gözlenmiştir. ÇBASDÖ-Arkadaşlarla ilişkilerde gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 4.126, p < .05$). Yüksek gelir grubunda ($\bar{X} = 23.16, Ss = 5.529$) en yüksek skor gözlenmiştir. ÇBASDÖ-Özel bir insanla ilişkilerde gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 5.770, p < .01$). Yüksek gelir grubu ($\bar{X} = 21.16, Ss = 8.112$) en yüksek ortalamaya sahiptir. ÇBASDÖ toplam skorlarında gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 10.337, p < .001$). Yüksek gelir grubu ($\bar{X} = 67.88, Ss = 15.714$) en yüksek skoru almıştır.

TSGS-Suçluluk duygusunda gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 3.646, p < .05$). Düşük gelir grubunda ($\bar{X} = 10.59, Ss = 4.349$) en yüksek skor gözlenmiştir. TSGS-Utanç duygusunda gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 5.959, p < .01$). Düşük gelir grubunda ($\bar{X} = 11.51, Ss = 5.236$) en yüksek skor elde edilmiştir.

TSGS- Gurur duygusunda gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 402) = 9.623, p < .001$). Yüksek gelir grubunda ($\bar{X} = 20.00, Ss = 4.117$) en yüksek skor gözlenmiştir.

Tablo 4.6. Eğitim Düzeyine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post hoc (Scheffe)
----------	------	---	-----------	----	---	---	--------------------

SCL-Somatizasyon	Lise ve altı	102	24.60	7.855	0.382	0.682	
	Lisans/Önlisans	219	24.37	7.798			
	Lisansüstü	84	23.63	8.106			
CTQ-Duygusal İstismar	Lise ve altı	102	8.19	4.080	0.802	0.449	
	Lisans/Önlisans	219	8.14	3.416			
	Lisansüstü	84	8.73	3.962			
CTQ-Fiziksel İstismar	Lise ve altı	102	6.65	2.910	1.506	0.223	
	Lisans/Önlisans	219	6.21	2.590			
	Lisansüstü	84	6.02	2.184			
CTQ-Fiziksel İhmal	Lise ve altı	102	10.02	4.155	22.065	0.000***	1>3
	Lisans/Önlisans	219	8.18	3.338			
	Lisansüstü	84	6.76	2.204			
CTQ-Duygusal İhmal	Lise ve altı	102	12.31	4.834	1.632	0.197	
	Lisans/Önlisans	219	11.98	4.502			
	Lisansüstü	84	11.13	4.450			
CTQ-Cinsel İstismar	Lise ve altı	102	5.45	1.571	1.124	0.326	
	Lisans/Önlisans	219	5.72	1.925			
	Lisansüstü	84	5.83	1.962			
CTQ-Aşırı Koruma	Lise ve altı	102	10.90	4.234	0.096	0.908	
	Lisans/Önlisans	219	11.12	3.892			
	Lisansüstü	84	11.05	4.565			
CTQ-Toplam	Lise ve altı	102	53.52	15.882	1.725	0.179	
	Lisans/Önlisans	219	51.35	14.155			
	Lisansüstü	84	49.52	14.779			
ÇBASDÖ-Aile	Lise ve altı	102	21.72	6.525	1.785	0.169	
	Lisans/Önlisans	219	21.22	5.724			
	Lisansüstü	84	22.67	5.873			
ÇBASDÖ-Arkadaş	Lise ve altı	102	19.78	7.027	3.914	0.021*	3>1
	Lisans/Önlisans	219	20.90	6.702			
	Lisansüstü	84	22.49	5.561			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Lise ve altı	102	17.51	8.435	8.977	0.000***	3>2
	Lisans/Önlisans	219	16.52	8.910			
	Lisansüstü	84	21.19	8.041			
ÇBASDÖ-Toplam	Lise ve altı	102	59.01	17.176	6.840	0.001**	3>2
	Lisans/Önlisans	219	58.64	17.070			
	Lisansüstü	84	66.35	15.338			
TSGS-Suçluluk	Lise ve altı	102	9.54	4.133	0.756	0.470	
	Lisans/Önlisans	219	10.00	4.249			

	Lisansüstü	84	9.45	3.662		
TSGS-Utanç	Lise ve altı	102	9.61	5.155	2.080	0.126
	Lisans/Önlisans	219	10.51	4.926		
	Lisansüstü	84	9.40	4.704		
TSGS-Gurur	Lise ve altı	102	17.78	5.137	0.142	0.868
	Lisans/Önlisans	219	17.48	4.858		
	Lisansüstü	84	17.64	4.640		

*** p < 0.001 * p < 0.05; 1=Lise ve altı, 2=Lisans/Önlisans, 3=Lisansüstü

Tablo 4.6’da, eğitim düzeyine göre değişkenlerin ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (Ss) değerleri ve gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları ele alınmıştır. Bulgulara göre, SCL-Somatizasyon puanları Eğitim düzeyine göre lise ve altı ($\bar{X} = 24.60$, Ss = 7.855), lisans/önlisans ($\bar{X} = 24.37$, Ss = 7.798) ve lisansüstü ($\bar{X} = 23.63$, Ss = 8.106) grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $F(2, 402) = 0.382$, $p = 0.682$. Bu, eğitim düzeyine göre somatizasyon puanlarının benzer olduğunu göstermektedir.

CTQ-Duygusal İstismar boyutunda Eğitim düzeyine göre gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir, $F(2, 402) = 0.802$, $p = 0.449$. Ortalama puanlar lise ve altı ($\bar{X} = 8.19$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 8.14$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 8.73$) grupları arasında benzer düzeylerdedir. CTQ-Fiziksel İstismar boyutunda Eğitim düzeyine göre fark anlamlı bulunmamıştır, $F(2, 402) = 1.506$, $p = 0.223$. Lise ve altı ($\bar{X} = 6.65$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 6.21$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 6.02$) grupları arasında fiziksel istismar puanları benzerdir. CTQ-Fiziksel ihmal puanlarında eğitim düzeyine göre anlamlı fark tespit edilmiştir, $F(2, 402) = 22.065$, $p < 0.001$. Lise ve altı grubu ($\bar{X} = 10.02$), lisans/önlisans grubu ($\bar{X} = 8.18$) ve lisansüstü grup ($\bar{X} = 6.76$) arasında farklar bulunmaktadır. Bu sonuçlar, eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel ihmal puanlarının azaldığını göstermektedir. CTQ-Duygusal İhmal boyutunda Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $F(2, 402) = 1.632$, $p = 0.197$. Ortalama puanlar lise ve altı ($\bar{X} = 12.31$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 11.98$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 11.13$) arasında benzerdir. CTQ-Cinsel İstismar boyutunda Eğitim düzeyine göre gruplar arasında fark anlamlı değildir, $F(2, 402) = 1.124$, $p = 0.326$. Tüm gruplar cinsel istismar puanlarında benzer sonuçlar göstermiştir. CTQ-Aşırı Koruma boyutunda Eğitim düzeyine göre fark anlamlı bulunmamıştır, $F(2, 402) = 0.096$, $p = 0.908$. Gruplar arasında ortalama puanlar lise ve altı ($\bar{X} = 10.90$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 11.12$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 11.05$) düzeyindedir.

CTQ-Toplam puanında Eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır, $F(2, 402) = 1.725$, $p = 0.179$. Bu, çocukluk çağı travması toplam puanlarının eğitim düzeyine göre farklılık göstermediğini göstermektedir.

ÇBASDÖ-Aile alt boyutunda Gruplar arasında fark anlamlı değildir, $F(2, 402) = 1.785$, $p = 0.169$. Lise ve altı ($\bar{X} = 21.72$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 21.22$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 22.67$) grupları arasında benzer düzeyler görülmektedir. ÇBASDÖ-Arkadaş alt boyutunda Eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmuştur, $F(2, 402) = 3.914$, $p = 0.021$. Lisansüstü grup ($\bar{X} = 22.49$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 20.90$) ve lise ve altı ($\bar{X} = 19.78$) gruplarına göre daha yüksek puan almıştır. ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan alt boyutunda Gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir, $F(2, 402) = 8.977$, $p < 0.001$. Lisansüstü grup ($\bar{X} = 21.19$), diğer gruplara göre daha yüksek puanlar göstermiştir. ÇBASDÖ-Toplam puanında Eğitim düzeyine göre anlamlı fark bulunmuştur, $F(2, 402) = 6.840$, $p = 0.001$. Lisansüstü grup ($\bar{X} = 66.35$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 58.64$) ve lise ve altı ($\bar{X} = 59.01$) gruplarına göre daha yüksek toplam puan almıştır.

TSGS-Suçluluk alt boyutunda Eğitim düzeyine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $F(2, 402) = 0.756$, $p = 0.470$. Ortalama puanlar tüm gruplar arasında benzerdir. TSGS-Utanç alt boyutunda Gruplar arasında fark anlamlı değildir, $F(2, 402) = 2.080$, $p = 0.126$. Utanç puanları lise ve altı ($\bar{X} = 9.61$), lisans/önlisans ($\bar{X} = 10.51$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 9.40$) gruplarında benzerdir. TSGS-Gurur alt boyutunda Gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır, $F(2, 402) = 0.142$, $p = 0.868$. Bu sonuçlar, gurur düzeyinin eğitim düzeyine göre değişmediğini göstermektedir.

Tablo 4.7. Kiminle Yaşıyorsunuz Değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post hoc (Scheffe)
SCL-Somatizasyon	Aile	137	25.04	8.094	1.756	0.155	
	Arkadaş	32	23.81	8.169			
	Eşimle/Partnerimle	188	24.36	7.719			
	Tek	48	22.06	7.355			
CTQ-Duygusal İstismar	Aile	137	8.31	3.591	0.884	0.450	
	Arkadaş	32	8.81	3.431			
	Eşimle/Partnerimle	188	8.01	3.790			
	Tek	48	8.81	3.885			
CTQ-Fiziksel İstismar	Aile	137	6.15	2.463	0.258	0.855	
	Arkadaş	32	6.53	3.142			
	Eşimle/Partnerimle	188	6.31	2.586			

	Tek	48	6.40	2.719			
CTQ-Fiziksel İhmal	Aile	137	7.48	2.893	4.455	0.004**	3>1
	Arkadaş	32	8.84	4.304			
	Eşimle/Partnerimle	188	8.88	3.743			
	Tek	48	8.44	3.518			
CTQ-Duygusal İhmal	Aile	137	11.34	4.177	1.524	0.208	
	Arkadaş	32	12.94	5.143			
	Eşimle/Partnerimle	188	11.94	4.811			
	Tek	48	12.52	4.312			
CTQ-Cinsel İstismar	Aile	137	5.53	1.614	0.591	0.621	
	Arkadaş	32	5.59	1.341			
	Eşimle/Partnerimle	188	5.74	2.024			
	Tek	48	5.90	2.076			
CTQ-Aşırı Koruma	Aile	137	11.17	4.546	1.026	0.381	
	Arkadaş	32	12.03	4.123			
	Eşimle/Partnerimle	188	10.74	3.814			
	Tek	48	11.25	3.960			
CTQ-Toplam	Aile	137	49.99	13.558	1.245	0.293	
	Arkadaş	32	54.75	14.007			
	Eşimle/Partnerimle	188	51.62	15.451			
	Tek	48	53.31	15.640			
ÇBASDÖ-Aile	Aile	137	21.11	5.902	8.374	0.000***	3>2
	Arkadaş	32	17.78	6.946			
	Eşimle/Partnerimle	188	22.91	5.497			
	Tek	48	20.81	6.009			
ÇBASDÖ-Arkadaş	Aile	137	21.31	6.694	0.967	0.408	
	Arkadaş	32	19.59	7.431			
	Eşimle/Partnerimle	188	20.69	6.399			
	Tek	48	21.83	6.679			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Aile	137	17.20	9.217	4.664	0.003**	3>4
	Arkadaş	32	15.09	9.296			
	Eşimle/Partnerimle	188	19.27	8.181			
	Tek	48	15.04	8.498			
ÇBASDÖ-Toplam	Aile	137	59.62	17.431	4.245	0.006**	3>2
	Arkadaş	32	52.47	19.743			
	Eşimle/Partnerimle	188	62.87	15.896			
	Tek	48	57.69	16.261			
TSGS-Suçluluk	Aile	137	10.40	4.329	3.672	0.012*	2>3
	Arkadaş	32	10.75	4.040			
	Eşimle/Partnerimle	188	9.07	3.832			

	Tek	48	10.06	4.169		
TSGS-Utanç	Aile	137	10.82	5.297	2.566	0.054
	Arkadaş	32	10.38	3.740		
	Eşimle/Partnerimle	188	9.34	4.797		
	Tek	48	10.46	4.998		
TSGS-Gurur	Aile	137	17.18	5.049	2.240	0.083
	Arkadaş	32	16.09	5.378		
	Eşimle/Partnerimle	188	18.17	4.655		
	Tek	48	17.48	4.681		

*** $p < 0.001$ * $p < 0.05$; 1=Aile, 2=Arkadaş, 3=Eş/Partner, 4=Tek

Tablo 4.7'deki ANOVA bulgularına göre, SCL-Somatizasyon skorları açısından, farklı yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 1.756$, $p = 0.155$). Ancak, aileyle yaşayanların ortalama somatizasyon skorlarının ($\bar{X} = 25.04$) diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

CTQ-Duygusal İstismar düzeyinde, farklı yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.884$, $p = 0.450$). En yüksek ortalama, yalnız yaşayanlar ve arkadaşlarıyla yaşayan grupta ($\bar{X} = 8.81$) gözlenmiştir. CTQ-Fiziksel İstismar açısından da yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.258$, $p = 0.855$). Skorlar genel olarak benzerdir. CTQ-Fiziksel İhmal skorlarında, farklı yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 4.455$, $p = 0.004$). Eşimle/partnerimle yaşayanların ($\bar{X} = 8.88$) ve arkadaşlarıyla yaşayanların ($\bar{X} = 8.84$) skorları daha yüksektir. CTQ-Duygusal İhmal düzeyinde, yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 1.524$, $p = 0.208$). Ancak, arkadaşlarıyla yaşayanların ($\bar{X} = 12.94$) ortalamaları diğer gruplara kıyasla daha yüksektir. CTQ-Cinsel İstismar skorlarında da yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 0.591$, $p = 0.621$). Skorlar gruplar arasında oldukça benzerdir. CTQ-Aşırı Koruma ve Kontrol açısından, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 1.026$, $p = 0.381$). En yüksek skor arkadaşlarıyla yaşayanlarda ($\bar{X} = 12.03$) gözlenmiştir. CTQ-Toplam skorları yaşam gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F(3, 401) = 1.245$, $p = 0.293$). Ancak arkadaşlarıyla yaşayanların ortalama puanı ($\bar{X} = 54.75$) diğer gruplardan daha yüksektir.

ÇBASDÖ-Aile skorları açısından, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 8.374$, $p < 0.001$). Eşimle/partnerimle yaşayanlar ($\bar{X} = 22.91$) ve yalnız yaşayanlar ($\bar{X} = 20.81$), arkadaşlarıyla yaşayanlara göre daha yüksek puan almıştır. ÇBASDÖ-Arkadaş skorları açısından, yaşam grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3,$

401) = 0.967, $p = 0.408$). Skorlar arasında büyük bir fark gözlenmemiştir. ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan skorlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 4.664$, $p = 0.003$). Eşimle/partnerimle yaşayanlar ($\bar{X} = 19.27$) diğer gruplara göre daha yüksek skor almıştır. ÇBASDÖ-Toplam skorları açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 4.245$, $p = 0.006$). Eşimle/partnerimle yaşayanlar ($\bar{X} = 62.87$), diğer gruplara göre daha yüksek bir toplam sosyal bağlılık skoru göstermiştir.

TSGS-Suçluluk skorları açısından, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 401) = 3.672$, $p = 0.012$). Eşimle/partnerimle yaşayanların ($\bar{X} = 9.07$) ortalamaları, aileyle veya yalnız yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur. TSGS-Utanç skorlarında ise anlamlı bir fark sınırda bulunmuştur ($F(3, 401) = 2.566$, $p = 0.054$). Aileyle yaşayanlar ($\bar{X} = 10.82$), utanç skorları açısından daha yüksek ortalamaya sahiptir. TSGS-Gurur skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(3, 401) = 2.240$, $p = 0.083$). Ancak eşimle/partnerimle yaşayanların ($\bar{X} = 18.17$) gurur skorları diğer gruplardan daha yüksektir.

Tablo 4.8. Psikiyatrik Tanı Alımına Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	df	p	Cohen's d
SCL-Somatizasyon	Evet	72	27.00	9.029	3.282	403	0.001**	0.40
	Hayır	333	23.68	7.475				
CTQ-Duygusal İstismar	Evet	72	9.96	4.502	4.352	403	0.000***	0.49
	Hayır	333	7.91	3.411				
CTQ-Fiziksel İstismar	Evet	72	7.00	3.067	2.603	403	0.010*	0.31
	Hayır	333	6.13	2.467				
CTQ-Fiziksel İhmal	Evet	72	8.10	3.501	-0.668	403	0.504	0.08
	Hayır	333	8.41	3.558				
CTQ-Duygusal İhmal	Evet	72	13.51	4.850	3.364	403	0.001**	0.44
	Hayır	333	11.53	4.455				
CTQ-Cinsel İstismar	Evet	72	6.25	2.550	2.926	403	0.004**	0.32
	Hayır	333	5.55	1.641				
CTQ-Aşırı Koruma	Evet	72	11.64	4.451	1.341	403	0.181	0.18
	Hayır	333	10.92	4.037				
CTQ-Toplam	Evet	72	56.46	16.771	3.168	403	0.002**	0.40
	Hayır	333	50.45	14.091				
ÇBASDÖ-Aile	Evet	72	21.19	6.161	-0.708	403	0.479	0.09
	Hayır	333	21.74	5.941				
ÇBASDÖ-Arkadaş	Evet	72	20.40	7.156	-0.774	403	0.439	0.10
	Hayır	333	21.07	6.499				

ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Evet	72	18.04	9.632	0.325	403	0.745	0.04
	Hayır	333	17.67	8.608				
ÇBASDÖ-Toplam	Evet	72	59.64	16.682	-0.382	403	0.703	0.05
	Hayır	333	60.48	17.082				
TSGS-Suçluluk	Evet	72	11.96	4.167	5.146	403	0.000***	0.66
	Hayır	333	9.30	3.938				
TSGS-Utanç	Evet	72	11.97	5.551	3.679	403	0.000***	0.45
	Hayır	333	9.64	4.722				
TSGS-Gurur	Evet	72	16.14	5.209	-2.809	403	0.005**	0.36
	Hayır	333	17.90	4.751				

Tablo 4.8’de geçmişte veya günümüzde psikiyatrik bir tanı almış olan bireyler ile tanı almayan bireyler arasındaki değişkenlerin betimsel istatistikleri ve bağımsız örneklem t-test sonuçları sonuçlarına göre, SCL-Somatizasyon alt boyutunda Psikiyatrik tanı almış bireylerin somatizasyon puanları ($\bar{X} = 27.00$, $Ss = 9.03$), tanı almamış bireylerin puanlarına ($\bar{X} = 23.68$, $Ss = 7.48$) göre anlamlı derecede daha yüksektir, $t(403) = 3.282$, $p = 0.001$, Cohen's $d = 0.40$. Bu durum, tanı almış bireylerin daha yüksek düzeyde somatizasyon belirtileri bildirdiğini göstermektedir.

CTQ-Duygusal İstismar alt boyutunda Psikiyatrik tanı almış bireyler ($\bar{X} = 9.96$, $Ss = 4.50$), tanı almamış bireylere ($\bar{X} = 7.91$, $Ss = 3.41$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek duygusal istismar deneyimleri bildirmiştir, $t(403) = 4.352$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 0.49$. CTQ-Fiziksel İstismar alt boyutunda Tanı almış bireylerin fiziksel istismar puanları ($\bar{X} = 7.00$, $Ss = 3.07$), tanı almamış bireylere ($\bar{X} = 6.13$, $Ss = 2.47$) göre anlamlı derecede yüksektir, $t(403) = 2.603$, $p = 0.010$, Cohen's $d = 0.31$. CTQ-Fiziksel İhmal alt boyutunda Fiziksel ihmal puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = -0.668$, $p = 0.504$. CTQ-Duygusal İhmal alt boyutunda Tanı almış bireyler ($\bar{X} = 13.51$, $Ss = 4.85$), tanı almamış bireylere ($\bar{X} = 11.53$, $Ss = 4.46$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek duygusal ihmal puanları bildirmiştir, $t(403) = 3.364$, $p = 0.001$, Cohen's $d = 0.44$. CTQ-Cinsel İstismar alt boyutunda Tanı almış bireylerin cinsel istismar puanları ($\bar{X} = 6.25$, $Ss = 2.55$), tanı almamış bireylere ($\bar{X} = 5.55$, $Ss = 1.64$) kıyasla anlamlı derecede yüksektir, $t(403) = 2.926$, $p = 0.004$, Cohen's $d = 0.32$. CTQ-Aşırı Koruma alt boyutunda Aşırı koruma puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = 1.341$, $p = 0.181$. CTQ-Toplam puanlarında Psikiyatrik tanı almış bireylerin CTQ toplam puanları ($\bar{X} = 56.46$, $Ss = 16.77$), tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 50.45$, $Ss = 14.09$) anlamlı derecede yüksektir, $t(403) = 3.168$, $p = 0.002$, Cohen's $d = 0.40$.

ÇBASDÖ-Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan ve Toplam puanlarında tanı almış ve tanı almamış bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t değerleri $p > 0.05$).

TSGS-Suçluluk alt boyutunda Tanı almış bireyler ($\bar{X} = 11.96$, $Ss = 4.17$), tanı almamış bireylere ($\bar{X} = 9.30$, $Ss = 3.94$) göre anlamlı derecede daha yüksek suçluluk puanları bildirmiştir, $t(403) = 5.146$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 0.66$. TSGS-Utanç alt boyutunda Tanı almış bireyler ($\bar{X} = 11.97$, $Ss = 5.55$), tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 9.64$, $Ss = 4.72$) anlamlı derecede daha yüksek utanç puanları bildirmiştir, $t(403) = 3.679$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 0.45$. TSGS-Gurur alt boyutunda Tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 17.90$, $Ss = 4.75$), tanı almış bireylere ($\bar{X} = 16.14$, $Ss = 5.21$) göre anlamlı derecede daha yüksek gurur puanları bildirmiştir, $t(403) = -2.809$, $p = 0.005$, Cohen's $d = 0.36$.

Tablo 4.9 Psikolojik Destek Değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	df	p	Cohen's d
SCL-Somatizasyon	Evet	139	25.16	8.71	1.639	403	0.102	0.16
	Hayır	266	23.81	7.36				
CTQ-Duygusal İstismar	Evet	139	9.53	4.43	5.099	403	0.000***	0.52
	Hayır	266	7.61	3.07				
CTQ-Fiziksel İstismar	Evet	139	6.53	2.62	1.405	403	0.161	0.15
	Hayır	266	6.15	2.59				
CTQ-Fiziksel İhmal	Evet	139	7.82	3.43	-2.187	403	0.029*	0.23
	Hayır	266	8.63	3.58				
CTQ-Duygusal İhmal	Evet	139	12.90	5.02	3.252	403	0.001**	0.34
	Hayır	266	11.36	4.25				
CTQ-Cinsel İstismar	Evet	139	6.02	2.22	2.733	403	0.007**	0.28
	Hayır	266	5.50	1.60				
CTQ-Aşırı Koruma	Evet	139	11.58	4.46	1.891	403	0.059	0.20
	Hayır	266	10.77	3.90				
CTQ-Toplam	Evet	139	54.39	16.64	2.856	403	0.005**	0.29
	Hayır	266	50.02	13.47				
ÇBASDÖ-Aile	Evet	139	20.98	6.67	-1.630	403	0.104	0.18
	Hayır	266	22.00	5.56				
ÇBASDÖ-Arkadaş	Evet	139	21.11	6.98	0.345	403	0.730	0.03
	Hayır	266	20.87	6.43				
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Evet	139	19.29	8.86	2.600	403	0.010*	0.27
	Hayır	266	16.92	8.65				
ÇBASDÖ-Toplam	Evet	139	61.38	18.21	0.897	403	0.370	0.09
	Hayır	266	59.79	16.33				

TSGS-Suçluluk	Evet	139	10.55	4.15	2.802	403	0.005**	0.29
	Hayır	266	9.36	4.02				
TSGS-Utanç	Evet	139	11.02	5.31	2.866	403	0.004**	0.31
	Hayır	266	9.55	4.69				
TSGS-Gurur	Evet	139	16.46	5.30	-3.415	403	0.001**	0.34
	Hayır	266	18.18	4.54				

Tablo 4.9’da, Psikolojik destek alma durumu, bakımından değişkenlerin karşılaştırılması için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Bulgulara göre, SCL-Somatizasyon açısından, psikolojik destek alan bireylerin ($\bar{X} = 25.16$, $Ss = 8.71$) almayan bireylerden ($\bar{X} = 23.81$, $Ss = 7.36$) daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t(403) = 1.639$, $p = 0.102$).

CTQ-Duygusal İstismar düzeyinde, psikolojik destek almış bireylerin ($\bar{X} = 9.53$, $Ss = 4.43$) bu deneyimi daha fazla bildirdiği gözlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t(403) = 5.099$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 0.52$). Benzer şekilde, CTQ-Duygusal İhmal açısından da destek alan bireyler ($\bar{X} = 12.90$, $Ss = 5.02$), destek almayan bireylere ($\bar{X} = 11.36$, $Ss = 4.25$) göre daha yüksek puanlar bildirmiştir ($t(403) = 3.252$, $p = 0.001$, Cohen's $d = 0.34$). CTQ-Cinsel İstismar değişkeni için de psikolojik destek almış bireylerin ($\bar{X} = 6.02$, $Ss = 2.22$) ortalamalarının, destek almayan bireylerden ($\bar{X} = 5.50$, $Ss = 1.60$) anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($t(403) = 2.733$, $p = 0.007$, Cohen's $d = 0.28$). Bununla birlikte, CTQ-Fiziksel İhmal için destek almayan bireylerin ($\bar{X} = 8.63$, $Ss = 3.58$), destek alanlara ($\bar{X} = 7.82$, $Ss = 3.43$) göre anlamlı derecede yüksek puan bildirdiği belirlenmiştir ($t(403) = -2.187$, $p = 0.029$, Cohen's $d = 0.23$).

ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ-Toplam gibi bağlanma boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan boyutunda psikolojik destek alan bireylerin ($\bar{X} = 19.29$, $Ss = 8.86$), destek almayan bireylere ($\bar{X} = 16.92$, $Ss = 8.65$) kıyasla anlamlı derecede yüksek puan aldığı tespit edilmiştir ($t(403) = 2.600$, $p = 0.010$, Cohen's $d = 0.27$).

TSGS-Suçluluk ve TSGS-Utanç boyutlarında psikolojik destek alan bireyler sırasıyla ($\bar{X} = 10.55$, $Ss = 4.15$; $\bar{X} = 11.02$, $Ss = 5.31$), destek almayan bireylerden ($\bar{X} = 9.36$, $Ss = 4.02$; $\bar{X} = 9.55$, $Ss = 4.69$) daha yüksek ortalamalara sahip olmuş ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (TSGS-Suçluluk: $t(403) = 2.802$, $p = 0.005$, Cohen's $d = 0.29$; TSGS-Utanç: $t(403) = 2.866$, $p = 0.004$, Cohen's $d = 0.31$). Bununla birlikte, TSGS-Gurur değişkeninde destek almayan bireylerin ($\bar{X} = 18.18$, $Ss = 4.54$),

destek alan bireylere ($\bar{X} = 16.46$, $Ss = 5.30$) göre anlamlı derecede yüksek puan bildirdiği belirlenmiştir ($t(403) = -3.415$, $p = 0.001$, Cohen's $d = 0.34$).

Tablo 4.10 Herhangi Bir Tanı Almış Sağlık Problemi Değişkenine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	p	Cohen's d
SCL-Somatizasyon	Evet	109	25.49	7.59	1.888	.060	0.21
	Hayır	296	23.83	7.93			
CTQ-Duygusal İstismar	Evet	109	8.90	4.05	2.076	.039*	0.22
	Hayır	296	8.04	3.55			
CTQ-Fiziksel İstismar	Evet	109	6.50	2.66	1.048	.295	0.10
	Hayır	296	6.20	2.58			
CTQ-Fiziksel İhmal	Evet	109	8.20	3.50	-0.512	.609	0.06
	Hayır	296	8.41	3.57			
CTQ-Duygusal İhmal	Evet	109	12.50	5.04	1.626	.105	0.17
	Hayır	296	11.66	4.39			
CTQ-Cinsel İstismar	Evet	109	5.73	1.93	0.378	.705	0.05
	Hayır	296	5.66	1.83			
CTQ-Aşırı Koruma	Evet	109	11.67	4.49	1.846	.066	0.19
	Hayır	296	10.82	3.95			
CTQ-Toplam	Evet	109	53.50	15.98	1.649	.100	0.18
	Hayır	296	50.78	14.25			
ÇBASDÖ-Aile	Evet	109	22.25	6.04	1.228	.220	0.13
	Hayır	296	21.43	5.95			
ÇBASDÖ-Arkadaş	Evet	109	20.63	6.27	-0.586	.558	0.07
	Hayır	296	21.07	6.75			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Evet	109	18.40	8.65	0.928	.354	0.10
	Hayır	296	17.49	8.84			
ÇBASDÖ-Toplam	Evet	109	61.28	16.38	0.683	.495	0.08
	Hayır	296	59.98	17.23			
TSGS-Suçluluk	Evet	109	10.14	4.12	1.093	.275	0.11
	Hayır	296	9.64	4.09			
TSGS-Utanç	Evet	109	10.74	4.96	1.702	.089	0.18
	Hayır	296	9.80	4.94			
TSGS-Gurur	Evet	109	17.30	5.03	-0.719	.472	0.08
	Hayır	296	17.70	4.82			

Tablo 4.10'da, herhangi bir tanı almış sağlık problemi olan ve olmayan bireylerin belirli değişkenlerdeki puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır.

Sonuçlara göre, SCL-Somatizasyon değişkeni için, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 25.49$, Ss

= 7.59), tanı almamış bireylere ($\bar{X} = 23.83$, $Ss = 7.93$) göre daha yüksek puan almıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır, $t(403) = 1.888$, $p = 0.060$.

CTQ-Duygusal İstismar değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 8.90$, $Ss = 4.05$) tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 8.04$, $Ss = 3.55$) anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır, $t(403) = 2.076$, $p = 0.039$, $d = 0.22$. CTQ-Fiziksel İstismar değişkeni için, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 6.50$, $Ss = 2.66$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 6.20$, $Ss = 2.58$) arasında fark bulunmamıştır, $t(403) = 1.048$, $p = 0.295$. CTQ-Fiziksel İhmal değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 8.20$, $Ss = 3.50$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 8.41$, $Ss = 3.57$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = -0.512$, $p = 0.609$. CTQ-Duygusal İhmal değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 12.50$, $Ss = 5.04$), tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 11.66$, $Ss = 4.39$) daha yüksek puan almıştır, ancak fark anlamlı değildir, $t(403) = 1.626$, $p = 0.105$. CTQ-Cinsel İstismar değişkeni için, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 5.73$, $Ss = 1.93$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 5.66$, $Ss = 1.83$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = 0.378$, $p = 0.705$. CTQ-Aşırı Koruma değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 11.67$, $Ss = 4.49$), tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 10.82$, $Ss = 3.95$) daha yüksek puan almıştır. Bu fark anlamlılığa yakın bir düzeydedir, $t(403) = 1.846$, $p = 0.066$. CTQ-Toplam değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 53.50$, $Ss = 15.98$), tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 50.78$, $Ss = 14.25$) daha yüksek puan almıştır. Ancak bu fark anlamlı değildir, $t(403) = 1.649$, $p = 0.100$.

ÇBASDÖ-Aile değişkeni için, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 22.25$, $Ss = 6.04$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 21.43$, $Ss = 5.95$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = 1.228$, $p = 0.220$. ÇBASDÖ-Arkadaş değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 20.63$, $Ss = 6.27$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 21.07$, $Ss = 6.75$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = -0.586$, $p = 0.558$. ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan değişkeni için, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 18.40$, $Ss = 8.65$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 17.49$, $Ss = 8.84$) arasında fark bulunmamıştır, $t(403) = 0.928$, $p = 0.354$. ÇBASDÖ-Toplam değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 61.28$, $Ss = 16.38$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 59.98$, $Ss = 17.23$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = 0.683$, $p = 0.495$.

TSGS-Suçluluk değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 10.14$, $Ss = 4.12$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 9.64$, $Ss = 4.09$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = 1.093$, $p = 0.275$. TSGS-Utanç değişkeni için, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 10.74$, $Ss = 4.96$), tanı almamış bireylerden ($\bar{X} = 9.80$, $Ss = 4.94$) daha yüksek puan almıştır. Ancak bu fark anlamlılığa yakın bir düzeydedir, $t(403) = 1.702$, $p = 0.089$. TSGS-Gurur değişkeninde, tanı almış bireyler ($\bar{X} = 17.30$, $Ss = 5.03$) ve tanı almamış bireyler ($\bar{X} = 17.70$, $Ss = 4.82$)

arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(403) = -0.719$, $p = 0.472$.



4.3. KORELASYON ANALİZİ

Tablo 4.11 Somatizasyon ile suçluluk-utanç-gurur, algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. TSGS Suçluluk	1														
2. TSGS Utanç	.774**	1													
3. TSGS Gurur	-.300**	-.455**	1												
4. ÇBASDÖ Toplam	-.192**	-.323**	.437**	1											
5. ÇBASDÖ Aile	-.212**	-.333**	.461**	.762**	1										
6. ÇBASDÖ Arkadaş	-.138**	-.255**	.402**	.783**	.505**	1									
7. ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	-.124*	-.207**	.229**	.826**	.414**	.419**	1								
8. SCL Somatizasyon	.380**	.411**	-.243**	-.255**	-.322**	-.238**	-.095	1							
9. CTQ Toplam	.286**	.442**	-.338**	-.417**	-.531**	-.408**	-.138**	.430**	1						
10. CTQ Duygusal İstismar	.314**	.458**	-.309**	-.274**	-.406**	-.283**	-.041	.387**	.827**	1					
11. CTQ Fiziksel İstismar	.210**	.324**	-.157**	-.175**	-.245**	-.224**	-.002	.272**	.701**	.612**	1				
12. CTQ Fiziksel İhmal	.016	.135**	-.087	-.323**	-.359**	-.339**	-.125*	.173**	.637**	.317**	.402**	1			
13. CTQ Duygusal İhmal	.287**	.386**	-.386**	-.496**	-.574**	-.456**	-.227**	.352**	.842**	.627**	.439**	.543**	1		
14. CTQ Cinsel İstismar	.164**	.233**	-.107*	-.115*	-.169**	-.155**	.009	.268**	.456**	.336**	.368**	.164**	.246**	1	
15. CTQ Aşırı Koruma/Kontrol	.203**	.317**	-.281**	-.255**	-.361**	-.196**	-.100*	.361**	.706**	.555**	.330**	.206**	.487**	.234**	1

Korelasyon analizi, TSGS (Utanç, Suçluluk, Gurur), ÇBASDÖ (Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan, Toplam), SCL Somatizasyon ve CTQ (alt boyutlar ve toplam) değişkenleri arasındaki ilişkileri değerlendirmiştir. Aşağıda her bir değişkenin diğerleriyle olan ilişkisi detaylı şekilde açıklanmıştır:

TSGS Suçluluk, TSGS Utanç ile yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişkiye ($r = 0.774$, $p < 0.01$) sahiptir. Ancak, TSGS Gurur ile negatif ve anlamlı bir ilişki göstermektedir ($r = -0.300$, $p < 0.01$). ÇBASDÖ Toplam ile düşük düzeyde negatif bir ilişki ($r = -0.192$, $p < 0.01$), SCL Somatizasyon ile ise orta düzeyde pozitif bir ilişki ($r = 0.380$, $p < 0.01$) gözlenmiştir. Ayrıca, CTQ Toplam ve alt boyutlardan CTQ Duygusal İstismar ile de pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($r = 0.286$ ve $r = 0.314$, $p < 0.01$). TSGS Utanç, TSGS Gurur ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki göstermektedir ($r = -0.455$, $p < 0.01$). ÇBASDÖ Toplam ve alt boyutları (Aile, Arkadaş ve Özel Bir İnsan) ile negatif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($r = -0.323$ ila $r = -0.207$ arasında, $p < 0.01$). TSGS Utanç, SCL Somatizasyon ($r = 0.411$, $p < 0.01$) ve CTQ Toplam ($r = 0.442$, $p < 0.01$) ile pozitif ilişkilidir. CTQ Duygusal İstismar ($r = 0.458$, $p < 0.01$) ve CTQ Fiziksel İstismar ($r = 0.324$, $p < 0.01$) ile de anlamlı pozitif ilişkiler gözlenmiştir.

TSGS Gurur, ÇBASDÖ Toplam ($r = 0.437$, $p < 0.01$) ve alt boyutları ile pozitif ilişkilere sahiptir. Özellikle ÇBASDÖ Aile alt boyutu ile güçlü pozitif bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0.461$, $p < 0.01$). Buna karşılık, TSGS Gurur, SCL Somatizasyon ($r = -0.243$, $p < 0.01$) ve CTQ Toplam ($r = -0.338$, $p < 0.01$) ile negatif ilişki göstermiştir. CTQ alt boyutlarından özellikle CTQ Duygusal İhmal ile güçlü bir negatif ilişki ($r = -0.386$, $p < 0.01$) saptanmıştır.

ÇBASDÖ Toplam, SCL Somatizasyon ile negatif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($r = -0.255$, $p < 0.01$). CTQ Toplam ve alt boyutları ile de negatif ilişkiler gözlenmiştir. Özellikle, CTQ Duygusal İhmal ($r = -0.496$, $p < 0.01$) ve CTQ Aşırı Koruma/Kontrol ($r = -0.255$, $p < 0.01$) ile dikkat çeken ilişkiler bulunmaktadır. ÇBASDÖ alt boyutları (Aile, Arkadaş ve Özel Bir İnsan) da benzer şekilde CTQ boyutlarıyla negatif ilişki göstermiştir.

SCL Somatizasyon, CTQ Toplam ile pozitif ve anlamlı bir ilişki göstermektedir ($r = 0.430$, $p < 0.01$). Özellikle CTQ Duygusal İstismar ($r = 0.387$, $p < 0.01$) ve CTQ Fiziksel İstismar ($r = 0.272$, $p < 0.01$) alt boyutları ile anlamlı pozitif ilişkiler gözlenmiştir. Ayrıca, TSGS Utanç ve TSGS Suçluluk ile de pozitif yönlü orta düzeyde ilişkiler bulunmuştur.

CTQ Toplam, TSGS Suçluluk ($r = 0.286$, $p < 0.01$) ve TSGS Utanç ($r = 0.442$, $p < 0.01$) ile pozitif ilişkilidir. CTQ Duygusal İstismar, CTQ Fiziksel İstismar ve CTQ Duygusal İhmal alt boyutları, özellikle SCL Somatizasyon ile anlamlı pozitif ilişkiler

göstermektedir ($r = 0.387$, $r = 0.272$ ve $r = 0.352$, $p < 0.01$). CTQ Duygusal İhmal, ÇBASDÖ Toplam ve alt boyutlarıyla anlamlı negatif ilişkilere sahiptir ($r = -0.496$ ila -0.227 arasında, $p < 0.01$). CTQ Cinsel İstismar, TSGS Suçluluk ($r = 0.164$, $p < 0.01$) ve TSGS Utanç ($r = 0.233$, $p < 0.01$) ile pozitif ilişkilidir. CTQ Aşırı Koruma/Kontrol ise SCL Somatizasyon ($r = 0.361$, $p < 0.01$) ile anlamlı pozitif bir ilişki göstermiştir. Ayrıca, ÇBASDÖ Aile alt boyutu ile negatif bir ilişki ($r = -0.361$, $p < 0.01$) bulunmuştur.

4.4. HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZİ

Tablo 4.12. Somatizasyonun Çocukluk Çağı Travmaları, Algılanan Sosyal Destek ve Suçluluk-Utanç-Gurur Tarafından Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Model	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit (Model 1)	11.734	1.458	-	8.046	.000
CTQ_Duygusal İstismar	.320	.149	.151	2.146	.032*
CTQ_Fiziksel İstismar	.048	.182	.016	.267	.790
CTQ_Fiziksel İhmal	-.038	.122	-.017	-.308	.758
CTQ_Duygusal İhmal	.242	.114	.141	2.125	.034*
CTQ_Cinsel İstismar	.590	.206	.139	2.856	.005**
CTQ_Aşırı Koruma/Kontrol	.333	.105	.174	3.167	.002**
Sabit (Model 2)	19.249	2.936	-	6.557	.000
ÇBASDÖ Aile	-.171	.080	-.130	-2.147	.032*
ÇBASDÖ Arkadaş	-.080	.066	-.067	-1.211	.227
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	.015	.046	.017	.332	.740
Sabit (Model 3)	14.736	3.096	-	4.760	.000
TSGS Suçluluk	.395	.132	.206	2.988	.003**
TSGS Utanç	.145	.123	.092	1.184	.237
TSGS Gurur	.035	.087	.022	.407	.684

Bağımlı değişken: Somatizasyon

*** $p < 0.001$

* $p < 0.05$

Tablo 4.12’de, SCL Somatizasyonu yordamak amacıyla gerçekleştirilen üç aşamalı çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçlarını göstermektedir. Tabloda bağımlı değişken olarak SCL Somatizasyonu açıklamak için kullanılan üç aşamalı regresyon modellerini içermektedir. Her modelde eklenen değişkenlerin etkisi değerlendirilmiştir. Model 1’de yalnızca CTQ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) alt boyutları bağımsız değişken olarak modele dahil edilmiş, Model 2’ye ÇBASDÖ (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği) alt boyutları eklenmiş ve Model 3’te ise TSGS (Suçluluk ve Utanç Ölçeği) alt boyutları da analize dahil edilmiştir.

Model 1’de CTQ alt boyutlarının (Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar, Aşırı Koruma/Kontrol) bağımsız değişken olarak SCL Somatizasyon üzerindeki etkisi test edilmiştir. Bulgulara göre, CTQ Duygusal İstismar ($B = 0.320$, $p = .032$) ve CTQ Duygusal İhmal ($B = 0.242$, $p = .034$) SCL Somatizasyon ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. CTQ Cinsel İstismar ($B = 0.590$, $p = .005$) ve CTQ Aşırı Koruma/Kontrol ($B = 0.333$, $p = .002$) de önemli yordayıcılar olarak bulunmuştur. Ancak, CTQ Fiziksel İstismar ve CTQ Fiziksel İhmal anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu modelin açıklayıcılık oranı $R^2 = .210$ olarak hesaplanmış, bağımsız değişkenler toplam varyansın %21’ini açıklamaktadır.

Model 2’ye CTQ boyutlarının yanı sıra ÇBASDÖ alt boyutları (Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan) eklenmiştir. CTQ boyutlarından yalnızca CTQ Cinsel İstismar ($B = 0.562$, $p = .007$) ve CTQ Aşırı Koruma/Kontrol ($B = 0.315$, $p = .003$) anlamlılıklarını korumuştur. ÇBASDÖ alt boyutlarından yalnızca ÇBASDÖ Aile ($B = -0.171$, $p = .032$) anlamlı bir negatif yordayıcı olarak bulunmuştur. Bu, algılanan aile desteğinin SCL Somatizasyonu azaltabileceğini göstermektedir. ÇBASDÖ Arkadaş ve ÇBASDÖ Özel Bir İnsan anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Bu modelin açıklayıcılık oranı $R^2 = .227$ ’dir. ÇBASDÖ boyutlarının eklenmesiyle modelin açıklayıcılığı %2,7 oranında artmıştır.

Üçüncü ve son modelde, CTQ ve ÇBASDÖ boyutlarına ek olarak TSGS alt boyutları (Suçluluk, Gurur, Utanç) modele dahil edilmiştir. CTQ Cinsel İstismar ($B = 0.478$, $p = .017$) ve CTQ Aşırı Koruma/Kontrol ($B = 0.317$, $p = .002$) anlamlı kalmaya devam etmiştir. ÇBASDÖ Aile ($B = -0.157$, $p = .047$) de SCL Somatizasyonu negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. TSGS alt boyutlarından ise yalnızca TSGS Suçluluk ($B = 0.395$, $p = .003$) anlamlı bulunmuş ve somatizasyon üzerinde pozitif bir etkisi olduğu görülmüştür. TSGS Gurur ve TSGS Utanç anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).

Bu modelin açıklayıcılık oranı ise $R^2 = .289$ ’dir. TSGS boyutlarının eklenmesiyle modelin açıklayıcılığı %6,2 oranında artmıştır. Model, toplam varyansın yaklaşık %29’unu açıklamaktadır. Analiz sonuçlarına göre, SCL Somatizasyonun anlamlı yordayıcıları arasında CTQ Cinsel İstismar, CTQ Aşırı Koruma/Kontrol, ÇBASDÖ Aile, ve TSGS Suçluluk öne çıkmaktadır. Bu değişkenler, somatizasyonun hem travmatik deneyimlerle hem de algılanan sosyal destek ve suçluluk hissi ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Model 3, en yüksek açıklayıcılık oranına sahip modeldir ($R^2 = .289$), bu da bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.13. Somatizasyon Puanlarının CTQ Toplam, ÇBASDÖ Toplam ve Suçluluk-Utanç-Gurur Puanları

Tarafından Yordayıcılığını İncelemeye Yönelik Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Model	B	Standart Hata	β	t	p
1. Model					
(Sabit)	12.464	1.284		9.709	< .001
CTQ Toplam	0.229	0.024	0.430	9.569	< .001***
2. Model					
(Sabit)	16.077	2.325		6.915	< .001***
CTQ Toplam	0.209	0.026	0.392	7.949	< .001***
ÇBASDÖ Toplam	-0.042	0.023	-0.092	-1.861	0.063
3. Model					
(Sabit)	12.432	2.692		4.618	< .001***
CTQ Toplam	0.162	0.027	0.303	5.970	< .001***
ÇBASDÖ Toplam	-0.025	0.023	-0.053	-1.053	0.293
TSGS Suçluluk	0.396	0.131	0.207	3.024	0.003**
TSGS Utanç	0.148	0.121	0.093	1.223	0.222
TSGS Gurur	-0.021	0.083	-0.013	-0.249	0.804

Bağımlı değişken: Somatizasyon

*** $p < 0.001$

* $p < 0.05$

Bu çalışmada, somatizasyon puanlarını (SCL Somatizasyon) yordayan değişkenlerin etkisini anlamak amacıyla üç farklı regresyon modeli oluşturulmuştur. Birinci modelde, yalnızca CTQ_Toplam (Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı) bağımsız değişken olarak analize dahil edilmiştir. Bu model, somatizasyon puanlarındaki varyansın %18.5'ini açıklamış ($R^2 = .185$) ve anlamlı bulunmuştur ($F(1, 403) = 91.562, p < .001$). CTQ_Toplam'ın somatizasyon üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlıdır ($\beta = .430, p < .001$), yani çocukluk çağı travma puanlarının artışı somatizasyon düzeylerini artırmaktadır.

İkinci modelde, CTQ_Toplam'a ek olarak ÇBASDÖ_Toplam (Algılanan sosyal destek) dahil edilmiştir. İkinci model, varyansın %19.2'sini açıklamıştır ($R^2 = .192$) ve genel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(2, 402) = 47.793, p < .001$). Ancak ÇBASDÖ_Toplam değişkeninin modele anlamlı bir katkı sağlamadığı görülmüştür ($\beta = -.092, p = .063$). Bu modelde, CTQ_Toplam'ın etkisinin azalmış olmasına rağmen hala anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta = .392, p < .001$).

Üçüncü modelde, CTQ_Toplam ve ÇBASDÖ_Toplam değişkenlerine ek olarak TSGS'nin (Utanç ve Suçluluk Ölçeği) alt boyutları olan Suçluluk, Gurur ve Utanç puanları dahil edilmiştir. Üçüncü model, varyansın %26.4'ünü açıklamış ($R^2 = .264$) ve anlamlı bulunmuştur ($F(5, 399) = 28.648, p < .001$). Bu modelde, CTQ_Toplam'ın somatizasyon üzerindeki etkisinin devam ettiği ($\beta = .303, p < .001$), TSGS_Suçluluk boyutunun da anlamlı bir katkı sağladığı ($\beta = .207, p = .003$) tespit edilmiştir. Ancak ÇBASDÖ_Toplam, TSGS_Utanç ve TSGS_Gurur boyutlarının etkileri anlamlı

bulunmamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmaları (CTQ_Toplam) ve suçluluk hissinin (TSGS_Suçluluk) somatizasyon düzeylerinin önemli yordayıcıları olduğunu göstermektedir. ÇBASDÖ_Toplam ve TSGS'nin diğer boyutları ise somatizasyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir.

4.5. YAPISAL EŞİTLİK MODELİ (YEM)

4.5.1. Ölçüm Modelinin Test Edilmesi

Bu çalışmada kullanılan ölçüm modeli, değişkenler arasındaki ilişkilerin teorik çerçevede uygun bir şekilde temsil edilip edilmediğini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçüm modelleri, yapısal eşitlik modellemesinin (YEM) temel bir bileşeni olarak kabul edilir ve değişkenler arasındaki ilişkilerin güvenilir bir şekilde incelenmesini sağlar (Kline, 2016). Çalışmada ele alınan bağımsız ve bağımlı değişkenler, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilerek ölçümlerin geçerlik ve güvenilirlik düzeyleri değerlendirilmiştir.

Modelde yer alan her bir gözlenen değişkenin, ilişkili olduğu gizil değişkenlerle anlamlı bir bağlantıya sahip olduğu görülmüştür. Ölçüm modeli uyum indeksleri, modelin genel olarak veriyle yeterli düzeyde uyumlu olduğunu göstermektedir. Ki-kare ve serbestlik derecesi oranı (χ^2/df), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Tucker-Lewis İndeksi (TLI) ve Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması (RMSEA) gibi temel uyum indeksleri dikkate alınmış ve sonuçlar, ölçüm modelinin kabul edilebilir düzeyde bir uyuma sahip olduğunu ortaya koymuştur (Hu ve Bentler, 1999).

Özellikle, bağımlı değişkenler için açıklanan varyans oranlarını ifade eden R^2 değerleri, ilgili gizil değişkenlerin gözlenen değişkenlerdeki varyansın büyük bir kısmını açıkladığını göstermektedir. Bu bulgular, ölçüm modelinin geçerli bir yapı sunduğunu ve veri setinin teorik beklentilere uygun olduğunu desteklemektedir. Sonuç olarak, modelin doğruluğunu artırmak için elde edilen uyum değerleri hem literatür hem de teorik çerçeveye uyumluluk göstermektedir.

Tablo 4.14. Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Uyum İndeksi	Default Model	Eşik Değer	Değerlendirme	Kaynak
Ki-kare / Serbestlik Derecesi (χ^2/df)	2,753	< 3,00	İyi Uyum	Kline (2016)
Ortalama Kare Kök Hatası (RMR)	1,217	0'a yakın	Kabul Edilebilir Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	,943	$\geq ,90$	Mükemmel Uyum	Hu ve Bentler

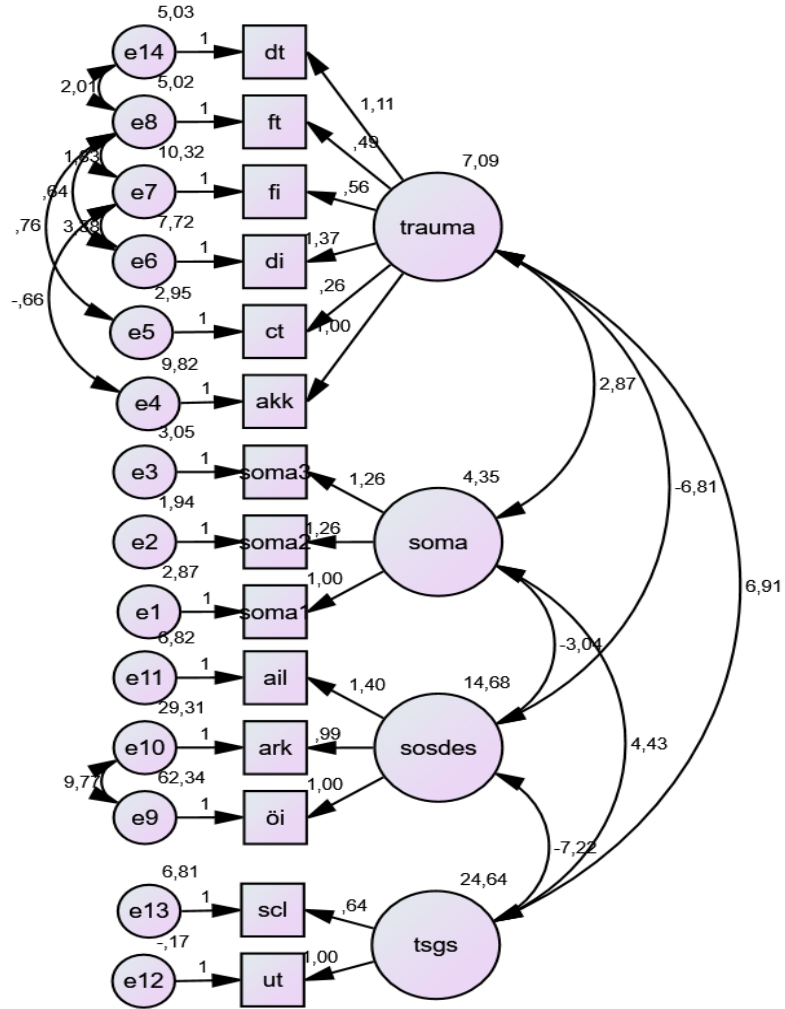
				(1999)
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	,906	$\geq ,90$	Mükemmel Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	,954	$\geq ,95$	Mükemmel Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	,935	$\geq ,95$	Kabul Edilebilir Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması (RMSEA)	,066	$\leq ,06$	Sınıra Yakın Uyum	Hu ve Bentler (1999)
RMSEA %90 GA (Alt-Üst)	,054 ,078	- -	-	-
Hoelter Kritik N (.05)	192	> 200	Sınıra Yakın Uyum	Kline (2016)

Tablo 4.14'teki ölçüm modeline ilişkin uyum indeksleri değerlendirildiğinde, modelin genel olarak kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu görülmektedir. Ki-kare ve serbestlik derecesi oranı (χ^2/df) 2,753 olarak hesaplanmış ve bu değer genellikle iyi uyum için kullanılan $<3,00$ eşik değerine uygundur. Ancak, ki-kare testinin örneklem büyüklüğüne duyarlı olduğu göz önüne alındığında, bu değer diğer uyum indeksleriyle birlikte ele alınması önemlidir. Ortalama Kare Kök Hatası (RMR) değeri 1,217 olarak bulunmuş ve bu değer sınıra yakın olmamasına rağmen kabul edilebilir düzeydedir.

Uyum İyiliği İndeksi (GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI) sırasıyla ,943 ve ,906 olarak hesaplanmış olup, her iki indeks de $\geq ,90$ eşik değerinin üzerinde olduğu için modelin veriyle oldukça iyi bir uyum içinde olduğunu göstermektedir.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) ,954 ve Tucker-Lewis İndeksi (TLI) ,935 olarak hesaplanmıştır. CFI değeri mükemmel uyum kriterini karşılamakta olup, TLI değeri ise kabul edilebilir uyum sınırında kalmıştır. Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması (RMSEA) değeri ,066 olarak bulunmuş ve %90 güven aralığında alt sınırı ,054, üst sınırı ise ,078 olarak hesaplanmıştır. RMSEA değeri ideal eşik olan $\leq ,06$ sınırını az bir farkla aşırsa da genel olarak modelin uyumuna ilişkin olumlu bir gösterge olarak değerlendirilebilir. Son olarak, Hoelter Kritik N değeri ,05 anlamlılık düzeyinde 192 olarak hesaplanmış ve bu değer sınırdan bir uyuma işaret etmektedir.

Ölçüm modeli diyagramı Şekil 4.1’de verilmiştir:



Şekil 4.1 Ölçüm modeli

Tablo 4.15. Regresyon Katsayıları ve İstatistiksel Anlamlılık

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Katsayı (B)	Standart Hata (S.E.)	Kritik Değer (C.R.)	P Değeri	R ²
Soma1 (Somatizasyon 1)	soma	1,000	-	-	-	,603
Soma2 (Somatizasyon 2)	soma	1,261	,071	17,740	***	,781
Soma3 (Somatizasyon 3)	soma	1,261	,074	17,125	***	,694
Akk (Aşırı Koruma ve Kontrol)	trauma	1,000	-	-	-	,419
Ci (Cinsel İstismar)	trauma	,256	,039	6,576	***	,136
Dih (Duygusal İhmal)	trauma	1,367	,109	12,491	***	,632
Fih (Fiziksel İhmal)	trauma	,555	,081	6,883	***	,175
Fis (Fiziksel İstismar)	trauma	,488	,060	8,123	***	,252
Öi (Özel Bir İnsan)	sosdes	1,000	-	-	-	,191
Ark (Arkadaşlar)	sosdes	,989	,120	8,231	***	,329
Ail (Aile)	sosdes	1,401	,198	7,059	***	,809
Ut (Utanc)	tsgs	1,000	-	-	-	1,007
Scl (Suçluluk)	tsgs	,636	,050	12,850	***	,594
Dis (Duygusal İstismar)	trauma	1,106	,089	12,496	***	,633

Not: R² değerleri, her bir bağımlı değişkenin açıklanan varyans oranını temsil etmektedir. *** p < 0.001 düzeyinde anlamlıdır.

4.5.2. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Bulguları

Bu çalışmada, çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki etkisinde algılanan sosyal destek ve suçluluk-utanç değişkenlerinin aracı rollerini incelemek amacıyla bir yapısal eşitlik modeli (YEM) oluşturulmuştur. YEM, hem gizil değişkenler arasındaki doğrudan ilişkileri hem de dolaylı etkileri değerlendirmek için etkili bir analiz yöntemidir ve karmaşık değişken ilişkilerini anlamak için güçlü bir istatistiksel yaklaşım sunar (Kline, 2016).

Araştırmanın teorik çerçevesine dayalı olarak, travmatik deneyimlerin bireylerin fiziksel sağlığı üzerindeki etkilerini anlamak için somatizasyon değişkeni bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Algılanan sosyal destek ile suçluluk ve utanç duyguları, travmatik deneyimlerin somatizasyon üzerindeki dolaylı etkilerini temsil eden aracı değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Bu model, literatürde yer alan sosyal destek sistemlerinin ve duygusal düzenleme mekanizmalarının travmatik yaşantılar ile sağlık

sonuçları arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğine dair ampirik bulguları desteklemeyi amaçlamaktadır (Hu ve Bentler, 1999).

Modelin uyum indeksleri değerlendirildiğinde, elde edilen sonuçlar, modelin genel olarak veriyle uyumlu olduğunu göstermektedir. Ki-kare/serbestlik derecesi oranı (χ^2/df), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Tucker-Lewis İndeksi (TLI) ve Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması (RMSEA) gibi temel uyum indeksleri kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Bu, modelin değişkenler arası ilişkileri yeterli bir doğrulukla yansıttığını göstermektedir.

Araştırma bulguları, çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisinin yanı sıra, bu ilişkinin algılanan sosyal destek ile suçluluk ve utanç aracılığıyla dolaylı yollarla da şekillenebileceğini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, travmatik yaşantılar sonrasında bireylerin duygusal ve sosyal kaynaklarını güçlendirmek için uygun müdahaleler geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 4.16. Model Uygunluk İndeksleri

Uygunluk İndeksi	Varsayılan Model	Eşik Değer	Değerlendirme	Kaynak
Ki-kare / Serbestlik Derecesi (χ^2/df)	2,752	< 3,00	İyi Uyum	Kline (2016)
Ortalama Kare Kök Hatası (RMR)	1,222	0'a yakın	Kabul Edilebilir Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	,942	$\geq ,90$	Mükemmel Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	,907	$\geq ,90$	Mükemmel Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	,953	$\geq ,95$	Mükemmel Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	,935	$\geq ,95$	Kabul Edilebilir Uyum	Hu ve Bentler (1999)
Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması (RMSEA)	,066	$\leq ,06$	Sınıra Yakın Uyum	Hu ve Bentler (1999)
RMSEA %90 GA (Alt-Üst)	,054-,077	-	-	-
Hoelter Kritik N (.05)	192	> 200	Sınıra Yakın Uyum	Kline (2016)

Tablo 4.16'da Yapısal eşitlik modelinizin uygunluk indeksleri değerlendirildiğinde, genel olarak modelin veriyle uyumlu olduğu söylenebilir. Ki-kare ve serbestlik derecesi oranı (χ^2/df) 2,752 olarak hesaplanmış olup, bu değer genellikle iyi uyum için kabul edilen

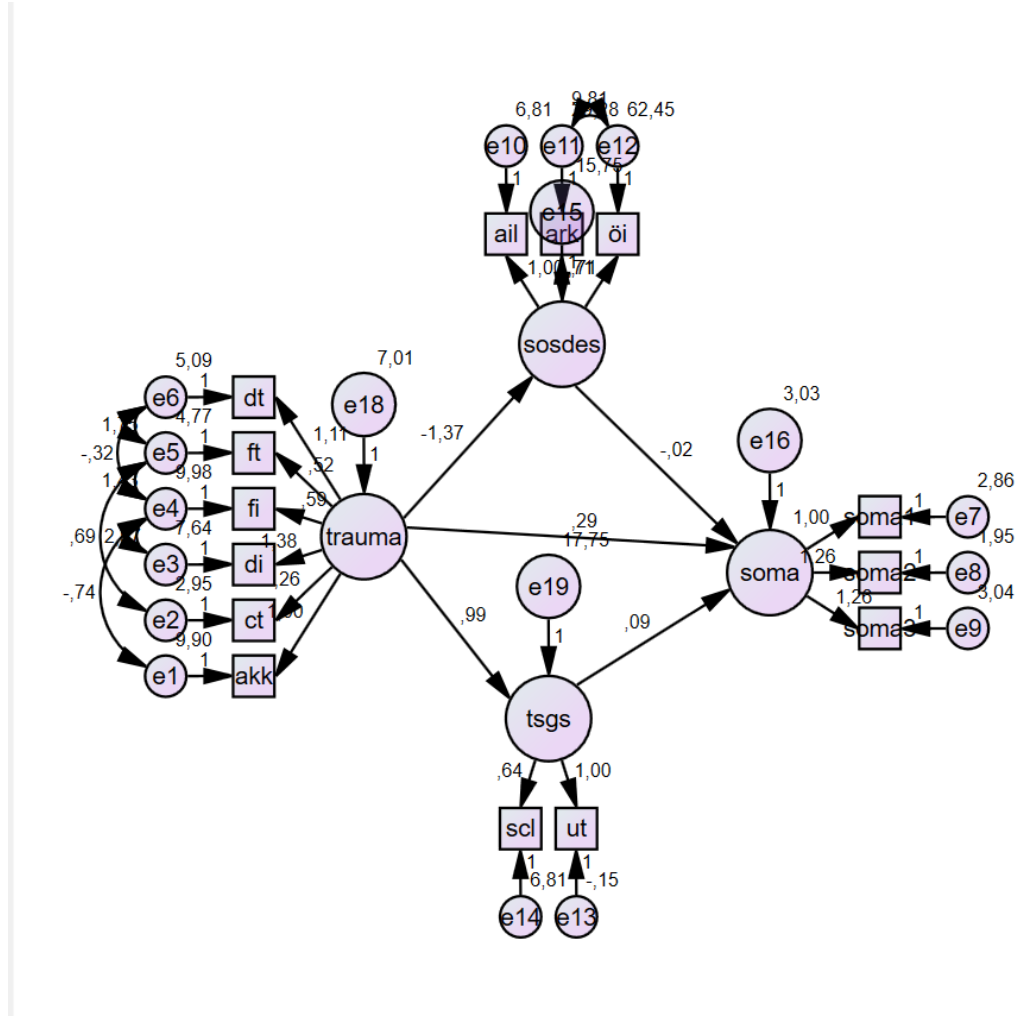
<3.00 eşik değerinin içerisinde. Ancak, ki-kare testi örneklem büyüklüğüne oldukça duyarlı olduğu için, bu sonuç tek başına yeterli olmayabilir ve diğer uygunluk indeksleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

RMR (Ortalama Kare Kök Hatası) değeri 1,222 olup, sıfıra yakın olması beklenen bu değer kabul edilebilir bir düzeyde olduğu görülmektedir. Daha düşük bir değer, modelin uyumunun daha iyi olduğunu gösterebilirdi. GFI (Uyum İyiliği İndeksi) değeri ,942, AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi) değeri ise ,907 olarak hesaplanmıştır. Her iki değer de genellikle iyi uyum için gerekli olan $\geq,90$ eşik değerine uygundur ve modelin uyumunun oldukça iyi olduğunu göstermektedir.

CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) değeri ,953 olarak bulunmuş ve bu değer mükemmel uyumu ifade eden $\geq,95$ eşik değerine uygundur. Bununla birlikte, TLI (Tucker-Lewis İndeksi) değeri ,935 olarak hesaplanmıştır ve bu değer, kabul edilebilir uyum için belirlenen $\geq,95$ eşik değerine biraz yaklaşmakla birlikte, mükemmel uyum kriterinin hemen altında kalmaktadır. RMSEA (Yaklaşık Hataların Kök Ortalaması) değeri ,066 olarak hesaplanmış olup, ideal sınır olan $\leq,06$ değerine oldukça yakındır. %90 güven aralığında bu değer alt ve üst sınırlarının ,054 ile ,077 arasında değiştiği görülmektedir, bu da modelin kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

Son olarak, Hoelter kritik N değeri 192 olarak bulunmuştur. Bu değer, genellikle modelin iyi uyum gösterdiği bir örneklem büyüklüğünü ifade eden >200 eşik değerinin hemen altında kalmaktadır. Genel olarak, modelin uyum indeksleri, veriyle uyumlu bir yapıya sahip olduğunu, ancak bazı alanlarda iyileştirme yapılabileceğini göstermektedir.

Modele ilişkin YEM diyagramı Şekil 4.2’de verilmiştir:



Şekil 4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Somatizasyon Üzerindeki Etkisinde Algılanan Sosyal Destek ve Suçluluk-Utanç Değişkenlerinin Aracı Rolünün İncelenmesine Yönelik YEM Diyagramı

Şekil 4.2’de Yapısal eşitlik modelinde, çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki etkisi, iki potansiyel aracı değişken olan algılanan sosyal destek ve suçluluk-utanç duyguları üzerinden test edilmiştir. Modelde, travma değişkeni dışsal (exogenous) ve yordayıcı bir değişken olarak merkezdedir. Travmadan doğrudan çıkan iki yönlendirilmiş ok, bir yandan sosyal destek, diğer yandan suçluluk-utanç bileşenine yönelmektedir. Bu yapı, travmanın her iki değişken üzerindeki doğrudan etkisini test eden regresyon yollarını temsil etmektedir.

Sosyal destek değişkeninden çıkan bir diğer yönlü yol ise somatizasyon değişkenine

doğru ilerlemektedir. Bu bağlantı, sosyal desteğin somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisini ifade etmektedir. Ancak, bu yolun regresyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, grafiksel olarak yolun kalınlık derecesinin daha düşük olması veya kesikli çizgiyle gösterilmesiyle de sembolize edilebilir. Aynı şekilde, suçluluk-utanç değişkeninden çıkan bir yönlü ok da somatizasyon değişkenine yönelmiştir. Bu yol, suçluluk ve utanç duygularının somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisini temsil eder ve modelde anlamlı bir ilişki olarak yer almaktadır.

Modelin merkezinde yer alan somatizasyon, hem doğrudan etkiler hem de dolaylı yollarla (travma → sosyal destek → somatizasyon ve travma → suçluluk/utanç → somatizasyon) etkilenmektedir. Travmadan doğrudan somatizasyona uzanan bir regresyon yolu da ayrıca mevcuttur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Böylece modelde hem doğrudan hem dolaylı etkilerin bir arada değerlendirildiği karma bir yapı oluşturulmuştur. Modelde değişkenler arasındaki regresyon yolları doğrusal ve yönlü (unidirectional) olup, aralarında kovaryans tanımlı herhangi bir çift yönlü ilişki (double-headed arrow) bulunmamaktadır. Bu, modelin nedensel varsayımlar çerçevesinde kurgulandığını ve bağımsız değişkenin etkisinin sırasıyla aracı değişkenler üzerinden çıktıya yöneldiğini göstermektedir.

Her bir gözlenen değişkene ait ölçüm hataları (e) modeli destekleyici biçimde diyagramda belirtilmiştir. Ölçüm hataları her latent olmayan değişkene bağlı tek yönlü oklarla gösterilmiştir ve bu hatalar modelin tahmin gücünü belirlemede kullanılan istatistiksel parametrelerin bir parçası olarak yer almaktadır.

Sonuç olarak bu YEM diyagramı, çocukluk çağı travmalarının bireylerin bedensel yakınmalarına nasıl yansıdığını anlamada duygusal ve sosyal bileşenlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini gösteren bir bütüncül yapı sunmaktadır. Model, hem doğrudan travma etkilerini hem de bu etkilerin sosyal destek ve suçluluk/utanç üzerinden dolaylı olarak bedensel belirtilere nasıl yansıdığını açıklayan teorik bir çerçeve oluşturmaktadır.

Tablo 4.17. Regresyon Katsayıları ve İstatistiksel Anlamlılık

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Katsayı (B)	Standart Hata	Kritik Değer	P Değeri	Standartlaştırılmış Katsayı (β)	R ²
------------------	-------------------	-------------	---------------	--------------	----------	---------------------------------	----------------

			(S.E.)	(C.R.)			
Sosyal Destek (sosdes)	Travma (trauma)	-1,366	,134	-10,169	***	-,673	,453
Suçluluk-Utanma (tsgs)	Travma (trauma)	,991	,109	9,094	***	,529	,279
Somatizasyon (soma)	Sosyal Destek (sosdes)	-,019	,031	-,612	,540	-,048	,302
Somatizasyon (soma)	Travma (trauma)	,293	,074	3,964	***	,372	,302
Somatizasyon (soma)	Suçluluk-Utanma (tsgs)	,090	,026	3,521	***	,214	,302

Tablo 4.17’de Travmanın sosyal destek üzerindeki etkisi negatif ve istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır ($B = -1,366$, $\beta = -0,673$, $p < 0.001$). Bu, travma yaşayan bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin önemli ölçüde düştüğünü göstermektedir. R^2 değeri 0,453 olarak bulunmuş, yani travma değişkeni sosyal destek değişkenindeki varyansın %45,3’ünü açıklamaktadır. Bu oldukça güçlü bir açıklama oranıdır ve travmanın sosyal destek üzerinde büyük bir etkisi olduğunu gösterir.

Travmanın suçluluk ve utanç üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlıdır ($B = 0,991$, $\beta = 0,529$, $p < 0.001$). Bu sonuç, travma yaşayan bireylerin suçluluk ve utanç duygularının artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. R^2 değeri 0,279 olup, travmanın suçluluk ve utanç üzerindeki varyansın %27,9’unu açıkladığını ifade eder. Bu da travmanın bu duygu durumlarındaki önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.18. Toplam, Doğrudan ve Dolaylı Etkiler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Standartlaştırılmış Toplam Etki
Somatizasyon (soma)	Travma (trauma)	,408	,293	,115	,518
Somatizasyon (soma)	Sosyal Destek (sosdes)	-,019	-,019	,000	-,048
Somatizasyon (soma)	Suçluluk-Utanma (tsgs)	,090	,090	,000	,214

Tablo 4.18’deki bulgular doğrultusunda, çocukluk çağı travmasının somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisi pozitif ve anlamlıdır ($B = 0,293$, $\beta = 0,372$, $p < 0.001$). Bu, travmanın doğrudan olarak somatizasyon belirtilerini artırabileceğini göstermektedir. R^2

değeri 0,302 olarak bulunmuş, bu da travmanın somatizasyon varyansının %30,2'sini açıkladığını ifade eder.

Sosyal desteğin somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı değildir ($B = -0,019$, $\beta = -0,048$, $p = 0,540$). Bu durum, sosyal desteğin somatizasyon üzerindeki etkisinin zayıf olduğunu veya başka değişkenler aracılığıyla dolaylı etkilerinin araştırılması gerektiğini düşündürülebilir.

Suçluluk ve Utancın Etkisi: Suçluluk ve utancın somatizasyon üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlıdır ($B = 0,090$, $\beta = 0,214$, $p < 0.001$). Bu, suçluluk ve utanç duygularının somatizasyon belirtilerini artırabileceğini göstermektedir.

Sonuçlar, travmanın hem doğrudan hem de dolaylı yollarla (suçluluk ve utanç aracılığıyla) somatizasyon belirtileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Travmanın sosyal destek üzerindeki negatif etkisi ve suçluluk-utanç üzerindeki pozitif etkisi, bireylerin duygusal ve fiziksel sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

R^2 değerlerine bakıldığında, travma değişkeninin sosyal destek ve somatizasyon üzerindeki açıklayıcılık oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu da travmanın araştırmalarda ve psikolojik müdahalelerde temel bir odak noktası olması gerektiğine işaret etmektedir. Sosyal desteğin somatizasyon üzerindeki etkisinin anlamlı olmaması, müdahalelerde sosyal destek sistemlerinin doğrudan değil, dolaylı yollarla etki yaratabileceğini düşündürmektedir.

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma değişkenleri olan somatizasyon, çocukluk çağı travmaları, suçluluk-utanç ve algılanan sosyal destek düzeylerinin sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılması ve somatizasyonun çocukluk çağı travmaları, suçluluk-utanç ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile ilişkisine yönelik bulgular ve ilgili literatür çerçevesinde değerlendirilmesi yer almaktadır.

5.1. Sosyodemografik Değişkenlere Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1.1. Somatizasyonun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyodemografik değişkenler bakımından somatizasyon puanlarının farklılaşmasına ilişkin sonuçlara göre, kadınların somatizasyon düzeyi, erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, kadınların fiziksel rahatsızlıkları ve somatik şikayetleri erkeklerden daha fazla bildirme eğiliminde olduğunu göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde, somatizasyon düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırmalar, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde, daha yoğun ve daha sık somatik belirti bildirdiğini göstermektedir (Barsky vd., 2001). Bu sonuç, farklı popülasyonlar ile yapılan çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir. Psikolojik sıkıntının fiziksel semptomlarla dışa vurulmasıyla karakterize edilen somatizasyonun kadınlar arasında daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Höglund ve arkadaşları (2020), kadınların daha yüksek düzeyde anksiyete ve tükenmişlik belirtilerinin yanı sıra erkeklere kıyasla somatizasyon açısından klinik belirti gösterme riskinin üç kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Bu durum, kadın hastaların erkeklere göre önemli ölçüde daha yüksek düzeyde somatizasyon ve anksiyete yaşadığını göstermektedir (Boecking vd., 2021).

Somatizasyon düzeylerinin cinsiyete göre farklı olduğunu vurgulayan diğer bir çalışmada, kadınların erkeklerden daha fazla somatik semptom bildirdiğini, özellikle 40 ila 60 yaş grubunda yorgunlukta bir artış gözlemlendiği belirtilmiştir (Beutel vd., 2020).

Bu, kadınların yalnızca daha yüksek düzeyde somatizasyon bildirmekle kalmayıp, aynı zamanda yaşlandıkça belirli somatik semptomları daha yoğun yaşayabileceklerini de göstermektedir. Ayrıca, Jeon ve arkadaşları (2016), majör depresif bozukluğu olan kadınların erkeklere göre daha sık ve şiddetli somatik semptomlar bildirdiğini vurgulayarak, somatizasyonun kadın ruh sağlığında önemli bir endişe kaynağı olduğu fikrini güçlendirmiştir.

Ek olarak, kadınlarda somatik semptomların yaygınlığı çeşitli psikososyal faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Beutel ve arkadaşları (2019), kadınların kronik ve yoğun semptomları erkeklerden daha sık bildirdiğini tespit etmiş ve bu cinsiyet farklılığının arkasındaki nedenlerin karmaşık ve çok faktörlü olduğunu, potansiyel olarak hem biyolojik hem de sosyal faktörleri içerdiğini öne sürmüştür. Barsky ve arkadaşları (2001), cinsiyet farkına katkıda bulunan faktörlerin biyolojik farklılıklar, toplumsal rollerle şekillenen sosyalleşme biçimleri, kadınların belirtilere yönelik farkındalık ve değerlendirme biçimleri, kadınlarda daha yaygın görülen travmatik deneyimler ve psikiyatrik bozukluklar (depresyon ve anksiyete) olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, Mulak ve arkadaşları (2023), kadınlarda somatik semptomların beyin-bağırsak etkileşimi bozukluklarıyla önemli ölçüde örtüştüğünü tespit etmiş ve kadın popülasyonlarında somatizasyonun yaygınlığını daha da vurgulamıştır.

Yaş grupları değişkenine yönelik bulgular incelendiğinde, somatizasyon düzeyleri yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Tüm yaş gruplarının somatizasyon puanlarının benzer olduğu gözlenmiştir, bu da yaşın somatizasyon üzerinde etkili bir faktör olmadığını düşündürmektedir. İlgili literatür incelendiğinde de yaşın somatizasyon üzerinde belirleyici olmadığına dair bulguların daha önce elde edildiği görülmektedir. Jegan ve arkadaşları (2017), somatizasyonun kronik bel ağrısı sonrasında deneyimlenen engellilikle ilişkili olmasına rağmen etki boyutunun küçük olduğunu ve yaşla ilgili faktörlerin somatizasyon düzeyleri üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu belirtmiştir (Jegan vd., 2017). Nikseresht ve arkadaşları (2017) çeşitli yaş kategorilerinde somatik anksiyetede önemli bir farklılık bulmamış ve yaşın somatik anksiyetede kritik bir rol oynamadığı fikrini güçlendirmiştir. Ayrıca, Jönsson ve arkadaşları (2016), yaştan ziyade sosyoekonomik koşulların yetişkinlikteki somatik semptomlar için daha belirleyici olduğunu vurgulayarak, yaşın somatizasyonda belirleyici bir faktör olmadığı fikrini desteklemiştir (Jönsson vd., 2016). Bu çalışmalar, somatizasyonun yaştan ziyade psikolojik ve sosyoekonomik faktörlerden etkilenen karmaşık bir olgu olduğunu göstermektedir.

Gelir düzeyine ilişkin analizler, düşük gelir grubundaki bireylerin somatizasyon puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ekonomik kaynakların sınırlı olması, bireylerin erken yaşam dönemlerinden itibaren daha fazla strese maruz kalmalarına neden olarak somatik belirti düzeylerinde artışa yol açabileceğini düşündürmektedir. Birçok çalışmada düşük gelir düzeyi ve ekonomik sıkıntılar ile somatik belirtiler arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur (Barbek vd., 2024; San Sebastian vd., 2015). Bazı çalışmalar ise düşük, orta ve yüksek gelir gruplarındaki bireylerin farklı düzeylerde somatizasyon sergilediğini göstermekte, bu da gelirin somatik semptom ifadesinde tek başına belirleyici bir faktör olmayabileceğini düşündürmektedir (Terluin, 2016). Eğitim düzeyine göre somatizasyon puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Somatizasyon düzeyleri ile eğitim gibi sosyokültürel faktörler arasındaki ilişkinin araştırılması, bu değişkenlerin tüm bağlamlarda somatizasyon puanlarını önemli ölçüde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, Terluin'in (2016) araştırması, gelir ve eğitim de dahil olmak üzere demografik değişkenlerin ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili olabileceğini vurgulayarak daha karmaşık bir ilişkiye işaret etmektedir.

Alawi ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen araştırma, farklı eğitim geçmişlerine sahip bireyler arasında karşılaştırılabilir somatik semptom oranları bildirmiştir, ancak aynı zamanda okuma yazma bilmeyen katılımcıların yüksek eğitilmiş olanlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük somatik semptom bozukluğu oranlarına sahip olduğunu belirtmiştir. Bu durum, eğitim düzeyinin bazı gruplar için somatizasyon düzeylerini önemli ölçüde değiştirmese de, diğerlerinde hala bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Ayrıca, Taşcıoğlu ve arkadaşları (2021), bazı çalışmaların düşük eğitim seviyeleri ile artan somatizasyon arasında bir korelasyon olduğunu öne sürmesine rağmen, bulgularının lise diplomasına sahip olanlar ve yüksek lisans derecesine sahip olanlar da dahil olmak üzere çeşitli eğitim seviyelerine sahip bireyler arasında somatizasyon puanlarında anlamlı bir fark olmadığını gösterdiğini bulmuşlardır. Bununla birlikte, daha düşük eğitim seviyelerinin belirli popülasyonlarda daha yüksek somatizasyon ile ilişkili olduğunu ve bunun da bağlamın önemli olduğunu gösterdiğini belirtmişlerdir (Taşcıoğlu vd., 2021). Benzer şekilde, Özdemir ve arkadaşları (2022), daha yüksek eğitim seviyelerinin daha düşük somatik semptom skorlarıyla ilişkili olduğunu, ancak farklılıkların tüm eğitim kategorilerinde net bir eğilim gösterecek kadar önemli olmadığını bildirmiştir.

Psikiyatrik tanı değişkenine göre somatizasyon puanlarındaki farklılıklar incelendiğinde, psikiyatrik tanı almış bireyler, tanı almamış bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek somatizasyon puanları bildirmiştir. Öte yandan, psikolojik destek

almış bireylerin somatizasyon puanları, destek almamış bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu durum, destek almanın somatizasyon üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, psikiyatrik tanıya sahip bireylerin somatik şikayetler bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Psikiyatrik tanılar ile somatizasyon puanları arasındaki ilişki, ruhsal sağlık koşullarının fiziksel semptomlar olarak nasıl ortaya çıkabileceğini anlamada odak noktası olmuştur. Çok sayıda çalışma, psikiyatrik tanıları olan bireylerin bu tür tanıları olmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek somatizasyon seviyeleri bildirme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, psikiyatrik koşulların bireyleri daha sık somatik şikayetler yaşamaya ve bildirmeye yatkın hale getirebileceğini düşündürmektedir. Örneğin, Okafor ve arkadaşları (2015), psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda somatik şikayetlerin yaygınlığını vurgulayan bir çalışma yürütmüş ve bu bireylerin önemli bir kısmının birincil şikayet olarak fiziksel semptomlar gösterdiğini belirtmiştir. Bulgular doğrultusunda, psikiyatrik bozuklukları olan hastaların önemli bir yüzdesinin somatik semptomlar bildirdiğini ve ruhsal sağlık sorunlarının fiziksel belirtilerle yakından bağlantılı olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durum, şiddetli depresyon tanısı konulan hastaların bir dizi işlevsel somatik semptom sergilediğini bulan ve psikiyatrik durumlar ile somatizasyon arasındaki bağlantıyı vurgulayan diğer araştırmalarla uyumluluk göstermektedir (Grover vd., 2013).

Diğer bir araştırmada, Bugalho ve arkadaşları (2011), Parkinson hastalığı olan hastalarda psikiyatrik semptomları araştırdı ve bu hastaların önemli bir kısmının, artan somatik şikayetlerle ilişkili olan anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla sunulduğunu bulmuştur. Bu durum, psikiyatrik semptomların varlığının somatik sorunların bildirimini şiddetlendirebileceğini ve zihinsel sağlık durumlarının fiziksel semptomlara yol açtığı ve tam tersi iki yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Udo ve Grilo (2019) tarafından yapılan çalışma, yeme bozukluğu tanılı bireylerin daha yüksek seviyelerde somatik durumlar bildirdiğini ileri sürmüştür. Bu durum, psikiyatrik tanıların yalnızca duygusal ve bilişsel semptomlarla değil aynı zamanda fiziksel şikayetlerle de ilişkili olduğu fikrini güçlendirir ve ruh sağlığı bozukluklarının çok yönlü yapısını vurgulamaktadır. Shelby ve arkadaşları (2013) tarafından çocuklarda karın ağrısı üzerine yapılan araştırma, anksiyete bozukluğu olanların somatik şikayetler bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstererek erken psikiyatrik tanıların somatizasyon için uzun vadeli etkileri olabileceğini öne sürmektedir. Bu bulgu, özellikle de somatik semptomların gelişimini potansiyel olarak hafifletmek için ruhsal sağlık sorunlarına

erken dönemde değinmenin önemini vurgulamaktadır.

İlgili literatür ve mevcut araştırmanın sonuçları klinik uygulamalar için önemlidir. Psikiyatrik tanılar ile somatizasyon arasındaki bağlantıyı fark etmek, hem ruhsal hem de fiziksel sağlığı ele alan daha kapsamlı tedavi yaklaşımlarının uygulanması konusunda katkı sunabilir. Örneğin, Wazir ve arkadaşları (2023), somatik şikayetleri olan hastaların tedavisine psikolojik desteği entegre etmenin önemini vurgulayarak, psikiyatrik durumların etkili bir şekilde yönetilmesinin somatik semptomlarda azalmaya ve genel sağlık sonuçlarında iyileşmeyi sağlayabileceğini ileri sürmüştür. Bulgular doğrultusunda, psikiyatrik tanıları olan bireylerin bu tür tanıları olmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek somatizasyon puanları bildirdiği iddiasını güçlü bir şekilde desteklemektedir. Bu ilişki, psikiyatrik durumların ele alınmasının somatik şikayetlerin daha iyi yönetilmesine yol açabileceği için, zihinsel sağlık ve fiziksel semptomlar arasındaki etkileşimi anlamının önemini vurgulamaktadır. Gelecekteki araştırmalar, hem psikolojik hem de somatik sağlığı kapsayan daha etkili, entegre tedavi stratejileri geliştirmek için bu ilişkiyi keşfetmeye devam etmelidir.

Sağlık problemi öyküsü değişkenine göre somatizasyon puanları incelendiğinde, sağlık problemi olduğunu belirten bireylerin somatizasyon düzeyi, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş, ancak bu farklılık anlamlılık sınırında yer almıştır. Bu sonuç, sağlık problemi olan bireylerin fiziksel rahatsızlıkları daha fazla bildirme eğiliminde olabileceğini işaret etmektedir. Somatizasyon düzeylerine ilişkin bulgular, sağlık sorunları olan bireylerin sağlık sorunu olmayanlara kıyasla daha yüksek somatizasyon puanları bildirme eğiliminde olduğunu göstermektedir, ancak bu fark kesin olarak anlamlılığa ulaşmaktan ziyade anlamlılığa yaklaşmaktadır. Bu durum, sağlık sorunları olan bireylerin fiziksel rahatsızlıklarını ifade etmeye daha meyilli olabilecekleri potansiyel bir eğilime işaret etmektedir. Örneğin, Shangguan ve arkadaşları (2020), kronik hastalık öyküsünün artan somatizasyon ve anksiyete ile güvenilir bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur; bu da sağlık sorunları olanların somatik semptomları bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Özenli ve arkadaşları (2009) tarafından Türkiye’de bir eğitim fakültesinde yapılan çalışmada, kronik fiziksel hastalığa sahip olan öğrencilerde somatizasyon bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Agnafors ve arkadaşları (2019), psikiyatrik bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin sıklıkla somatik komorbiditeler gösterdiğini vurgulayarak, özellikle psikolojik nitelikteki sağlık sorunlarının somatik semptom bildiriminde artışa yol açabileceğini öne sürmüştür.

Bu durum, psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların sıklıkla somatik sağlık sorunları yaşadığını göstermektedir. Bir diğer deyişle, sağlık sorunları somatizasyon düzeylerini etkilemektedir (Hasselt vd., 2012). Ayrıca, Bentley ve arkadaşlarının (2011) çalışması travmaya maruz kalma ile somatik semptomlar arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermekte ve sağlık sorunları olan bireylerin altta yatan durumlarının bir tezahürü olarak somatik şikayetleri bildirmeye daha yatkın olabileceği fikrini güçlendirmektedir.

5.1.2. Çocukluk Çağı Travma Alt Boyutlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyodemografik değişkenler bakımından çocukluk çağı travma alt boyutlarındaki farklılıklar incelendiğinde, cinsiyet açısından yapılan karşılaştırmada, kadınların duygusal istismar ve cinsel istismar alt boyutlarında erkeklere kıyasla daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Ancak fiziksel istismar, duygusal ihmal ve aşırı koruma alt boyutlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ek olarak, cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, fiziksel ihmal puanları erkek katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, erkeklerin çocukluk dönemlerinde fiziksel ihmal yaşantılarına daha fazla maruz kaldıklarına işaret edebilir. Bu sonuçlar, kadınların belirli türde olumsuz çocukluk deneyimlerini daha fazla bildirdiğini göstermektedir. Duygusal ve cinsel istismarın yanı sıra fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve aşırı koruma-kontrol deneyimlerindeki cinsiyet farklılıklarının analizi, bu olumsuz çocukluk deneyimlerinin bireyler tarafından nasıl rapor edildiğine dair önemli bilgiler ortaya koymaktadır. Kadınların duygusal istismar ve cinsel istismar alt boyutlarında erkeklere kıyasla daha yüksek puan aldıkları bulgusu, bu deneyimlerin raporlanmasında cinsiyete dayalı bir örüntü olduğunu göstermektedir. Bu durum, kadınların cinsel istismar ve duygusal istismar deneyimlerini bildirme olasılığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu gösteren mevcut literatürle uyumludur ve bu durum toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin toplumsal norm ve beklentilerden etkilenmiş olabilir (Aleksé ve Žardekaitė-Matulaitienė, 2021).

Meng ve D'Arcy (2016) tarafından yapılan araştırma, kadınların istatistiksel olarak çocuklukta cinsel istismar öyküsü bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu, erkeklerin ise daha yüksek fiziksel istismar vakaları bildirme eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır. Bu ayrım, erkekler ve kadınlar tarafından bildirilen olumsuz deneyim türlerinin önemli ölçüde farklılık gösterebileceğini ve cinsiyete dayalı şiddet ve mağduriyete ilişkin

toplumsal kalıpları yansıtabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Kadınlar arasında duygusal ve cinsel istismar puanlarının daha yüksek olması, Wu ve Fitts'in (2021) öne sürdüğü gibi, bu istismar türlerine karşı daha fazla farkındalık ve duyarlılık olmasından ileri gelebilir. Bu durum, kadınların yaşadıkları deneyimler ve toplumsal koşulların nedeniyle duygusal ve cinsel istismarı fark etmeye ve bildirmeye daha yatkın olduklarını düşündürülebilir.

Ayrıca, fiziksel istismar ve aşırı koruma alt boyutlarında cinsiyetler arasında anlamlı farklılıkların olmaması, bu deneyimlerin hem erkekler hem de kadınlar tarafından benzer şekilde algılanabileceğine işaret edebilir. Bu bulgu, cinsiyet farklılıklarının çocuk fiziksel istismarı ve ihmali oranlarındaki artışla ilişkili olduğunu göstermektedir (Klevens ve Ports, 2017). Bu alanlarda önemli farklılıkların olmaması, her iki cinsiyetin de belirli fiziksel kötü muamele türlerine karşı eşit derecede savunmasız olduğunu gösterebilir.

Bu sonuçlar çerçevesinde, çocukluk deneyimlerinin yaşamın ilerleyen dönemlerinde psikolojik sonuçları nasıl şekillendirdiğinin anlaşılmasına kadar uzanmaktadır. Yapılan diğer bir araştırmada, çocukluk çağı travması yaşamış kadınların, erkeklere kıyasla anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla daha sık karşılaştığı gösterilmektedir (Çakar, 2018). Bu durum, kadınlar tarafından bildirilen duygusal ve cinsel istismarın ruh sağlıkları üzerinde uzun süreli etkileri olabileceğini düşündürmekte ve bu spesifik deneyimleri ele alan hedefli müdahalelere duyulan ihtiyacı daha da vurgulamaktadır. Ayrıca, olumsuz çocukluk deneyimlerinin cinsiyet farklılıkları, sosyalleşme süreçleri hakkında önemli soruları gündeme getirmektedir. Örneğin, toplumsal normlar kadınları duygusal deneyimleri konusunda daha açık olmaya teşvik ederken, erkekler duygusal sıkıntılarını küçümseme veya gizleme yönünde sosyalleştirilmektedir (Schnapp vd., 2016). Bu durum, erkekler arasında duygusal ve cinsel istismarın kısıtlı bir biçimde bildirilmesine ve dolayısıyla bu deneyimlerin cinsiyetler arasındaki algısının çarpıtılmasına yol açabilmektedir. Fiziksel ihmalin ise erkekler tarafından daha kolay tanımlanabilir ve ifade edilebilir olabileceği düşünülmektedir. Öztürk ve arkadaşları (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, araştırmamızın sonuçlarına destekleyen bulgular elde edilmiştir ve erkeklerin kadınlara oranla daha fazla fiziksel ihmal bildirdiği görülmüştür.

Yaş gruplarına göre elde edilen sonuçlar, özellikle fiziksel ihmal puanlarında dikkat çekicidir. Bulgular, yaş ilerledikçe fiziksel ihmal puanlarının arttığını göstermektedir. Özellikle 45-54 yaş grubundaki bireylerde fiziksel ihmal puanları anlamlı biçimde daha yüksektir. Bu durum, geçmiş dönemlerde çocukluk yaşantılarının daha olumsuz koşullar

altında gerçekleşmiş olabileceğini düşündürmektedir. Daha yaşlı bireylerin fiziksel ihmal deneyimleme olasılığının o dönemlerde ihmalin toplumsal olarak daha kabul edilebilir ve yaygın görülüyor olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür (Novais vd., 2021) Bu düşüş, değişen toplumsal normlara ve on yıllar boyunca çocuk iyi oluşu ve korunmasına ilişkin artan farkındalığa bağlanabilir. Duygusal istismar puanlarında ise genç yetişkin grubunda (25-34 yaş) daha yüksek ortalamalar dikkat çekmiştir. İlgili literatürde de mevcut çalışmanın bulgularıyla uyumlu sonuçların elde edildiği görülmektedir. Duygusal istismar boyutunda genç bireyler daha yüksek puanlar bildirirken, orta yaşlı ve yaşlı gruplar daha düşük puanlar sergilemektedir. Elde edilen sonuçlar, Novais ve arkadaşlarının (2021) gerçekleştirmiş olduğu çalışmanın sonuçları ile tutarlıdır. Genç bireylerin istismar kavramına ilişkin farkındalıklarının daha yüksek olması ve deneyimlerinin diğer yaş gruplarına nazaran daha yakın zamanda gerçekleşmiş olması bildirimlerinin güvenilirliğini arttıran bir etken olarak görülmüştür. Ayrıca, bu çalışmadan elde edilen bulgular duygusal istismar ve ihmalin, ruh sağlığı bozuklukları da dahil olmak üzere uzun vadeli sağlık sonuçlarının önemli yordayıcıları olduğunu vurgulayan çalışmalarla uyumludur (Norman vd., 2012). Norman ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları sistematik inceleme, çocukluk döneminde duygusal istismar ve ihmale maruz kalan bireylerin yetişkinlikte daha yüksek düzeyde psikolojik semptom bildirdiklerini göstermektedir. Bu durum, bu tür deneyimlerin bıraktığı duygusal izlerin, henüz biçimlendirici yıllarını yaşayan genç bireylerde daha belirgin olabileceğini, yaşlı bireylerin ise başa çıkma mekanizmaları geliştirmiş veya bu tür deneyimlerin yaygınlığını azaltan toplumsal değişikliklerden faydalanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Travma alt boyutları değerlendirildiğinde, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve aşırı koruma boyutlarında gelir düzeyine göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu alt boyutlarda düşük gelir grubundaki bireyler daha yüksek puanlar bildirmiştir. Buna karşın, fiziksel ve cinsel istismar puanları gelir düzeyi açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmalarda ise yalnızca fiziksel ihmal boyutunda anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu bulgular, travmatik yaşantıların ekonomik ve sosyo-kültürel koşullarla yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, Norman ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülen ve düşük sosyoekonomik geçmişe sahip bireylerin duygusal istismar ve ihmal de dahil olmak üzere çeşitli çocukluk çağı kötü muamele biçimlerine maruz kalma riskinin arttığını gösteren araştırma ile uyumludur. Sistematik inceleme, duygusal istismar ve ihmalin uzun vadede sağlık açısından derin sonuçları olabileceğinin altını çizmekte ve savunmasız nüfuslarda bu

sorunların ele alınmasının önemini daha da vurgulamaktadır. Buna ek olarak, Jung ve Soo (2023) tarafından yapılan çalışmada, daha az yıl örgün eğitim almış bireylerin, çocuklukta yaşanan duygusal istismarın psikolojik etkilerini hafifletebilecek kaynaklara erişimden yoksun olabileceği fikrini desteklemektedir. Araştırmacılar, eğitimin kişisel kontrol duygusuna katkıda bulunduğunu ve bunun da çocukluk çağı istismarının uzun vadeli zararlı etkilerine karşı koruyucu bir faktör olarak işlev görebileceğini savunmaktadır. Bu durum, düşük eğitim seviyesinin duygusal istismar ve ihmalle ilişkili olumsuz duygusal deneyimleri daha da kötüleştirebileceğini ve düşük gelirli bireyler arasında bu alt boyutlarda daha yüksek puanlar bildirilmesine yol açabileceğini göstermektedir.

Bulgular ayrıca, yoksulluğun ebeveynlerin stres seviyelerini artırabileceğini ve potansiyel olarak çocuklarının duygusal ihmaline yol açabileceğini göstermektedir (Derin vd., 2022). Ebeveynler mali baskılardan dolayı, çocuklarının duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir ve bu da daha yüksek duygusal ihmal vakalarına neden olabilir. Bu ilişki, duygusal istismar ve ihmalin yaygınlığını incelerken sosyoekonomik faktörlerin daha geniş bağlamını göz önünde bulundurmanın önemini vurgulamaktadır.

Psikiyatrik tanı almış bireylerin, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutlarında tanı almamış bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Ancak fiziksel ihmal ve aşırı koruma-kontrol alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Elde edilen sonuçlar, psikiyatrik tanıya sahip bireylerin çocukluk dönemlerinde daha fazla olumsuz deneyime sahip olabileceğini düşündürmektedir. Psikolojik destek almış bireylerin, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutlarında psikolojik destek almayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, psikolojik destek almayan bireylerde fiziksel ihmal puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, destek mekanizmalarına erişemeyen bireylerin travmatik yaşantılarını fark etmekte ya da işlemek konusunda zorlanabileceklerini düşündürmektedir. Bu bulgu, çocukluk travmasının, özellikle de duygusal istismar ve ihmalin, yetişkinlikte çeşitli psikiyatrik bozuklukların önemli bir belirleyicisi olduğunu gösteren literatürle tutarlıdır (Huang vd., 2012; Sugaya vd., 2012). Dündar ve arkadaşları (2022), duygusal istismarın özellikle duygudurum bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimiyle bağlantılı olduğunu tespit ederek bu tür deneyimlerin uzun vadeli psikolojik etkisini vurgulamıştır. Ayrıca, Bahalı ve arkadaşlarının (2010) çalışması, çocuklukta fiziksel istismarın anksiyete bozuklukları ve depresyon da dahil olmak üzere bir dizi ruh sağlığı sorunuyla ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir. Araştırmaları, çocukluk döneminde

fiziksel istismara maruz kalan bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde psikiyatrik rahatsızlıklar geliştirme riskinin arttığını göstermektedir. Bu durum, psikiyatrik tanıları olan bireylerin daha yüksek düzeyde duygusal ve fiziksel istismara maruz kaldıklarını bildirdikleri gözlemlenen eğilimle uyumludur, çünkü bu deneyimler çeşitli ruh sağlığı bozukluklarının başlangıcına katkıda bulunabilir.

Sağlık problemi olan bireyler, duygusal istismar alt boyutunda olmayanlara göre daha yüksek puanlar bildirmiştir. Ancak diğer alt boyutlarda anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Bu durum, sağlık problemi olan bireylerin bazı çocukluk travmalarına daha duyarlı olabileceğini göstermektedir. Huang ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırma, duygusal istismarın, fiziksel ve cinsel istismara benzer şekilde, ruh sağlığı üzerinde bağımsız olumsuz etkilere sahip olabileceğini belirterek bu fikri desteklemektedir.

Çalışmaları, duygusal kötü muameleyi, psikolojik refahı önemli ölçüde etkileyebilecek yaygın bir çocukluk travması biçimi olarak tanımanın önemini vurgulamaktadır.

Schimmenti ve Bifulco (2013) tarafından yapılan çalışmada, çocukluktaki duygusal ihmal ile yetişkinlikte anksiyete bozukluklarının gelişimi arasındaki bağlantıyı açıklamaktadır. Ebeveyn düşmanlığı ve reddi ile karakterize edilen duygusal ihmalin, içselleştirilmiş olumsuz benlik algılarına ve güvenilir ilişkiler kurmada zorluklara yol açabileceğini savunmaktadırlar. Bu bulgu, psikiyatrik tanı almış bireylerin daha yüksek düzeyde duygusal ihmale maruz kalmış olabileceğine ilişkin bulgularla örtüşmekte ve bu tür deneyimlerin çeşitli ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında rolü olduğu düşündürmektedir.

Çalışmada ayrıca birlikte yaşanan kişiler değişkeni de anlamlı sonuçlar üretmiştir. Aileyle yaşayan bireylerin fiziksel ihmal puanları, partneriyle ya da arkadaşlarıyla yaşayan bireylere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, aile ortamının bazı bireyler için daha koruyucu bir yapı sunduğunu gösterebilir. Ancak burada aile yapısının niteliği, destekleyiciliği ya da çatışma düzeyinin değerlendirilmemiş olması, bulgunun sınırlarını belirlemektedir.

Genel olarak bu bulgular, travmatik yaşantıların bireylerin duygusal ve fiziksel sağlıkları üzerindeki etkisinin çok boyutlu olduğunu ve bu etkilerin demografik özelliklerle yakından ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle düşük gelir grubundaki bireylerin hem geçmişte daha fazla travmaya maruz kaldıkları hem de bu

travmaların bedensel ve duygusal yansımalarını daha yoğun yaşadıkları anlaşılmaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı alanında yürütülecek müdahale çalışmalarının bireyin yaşadığı sosyoekonomik koşullar ve erken dönem yaşantılarına duyarlı biçimde yapılandırılması gerektiği düşünülmektedir.

5.1.3. Suçluluk, Utanç ve Gurur Alt Boyutlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyodemografik değişkenler bakımından suçluluk, utanç ve gurur puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ilk olarak, cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda kadınların suçluluk ve utanç alt boyutlarında erkeklere kıyasla daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Kadınların ortalama puanları daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel düzeyde anlamlılık taşımamaktadır. Gurur alt boyutunda kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, kadınların olumsuz duygusal deneyimlere daha yatkın olabileceğini göstermektedir. Çeşitli çalışmalar, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde suçluluk ve utanç bildirme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Örneğin, Togas ve Alexias, (2022), kadınların hem suçluluk hem de utanç boyutlarında erkeklerden önemli ölçüde daha yüksek puan aldığını ortaya koymuştur. Bu durum, utanç ve suçluluk duygusundaki cinsiyet farklılıklarının genellikle küçük olmakla birlikte kadınların lehine olduğunu gösteren bir meta-analiz çalışması ile uyumluluk göstermektedir (Else-Quest vd., 2012). Ghorbani ve arkadaşları (2013), İranlı kadınların erkek arkadaşlarına göre daha yüksek suçluluk puanları sergilediklerini bulmuşlardır; bu eğilim Batı toplumlarındaki bulguları yansıtmaktadır.

Suçluluk ve utanç arasındaki ayrım, bu cinsiyet farklılıklarını anlamada çok önemlidir. Suçluluk genellikle belirli davranışlarla ilişkilendirilir ve telafi edici eylemleri motive ederken, utanç daha çok kendi kendine yöneliktir ve geri çekilmeye veya kaçınmaya yol açabilmektedir (Kaya, 2020). Bu farklılaşma, bu duyguların psikolojik sonuçları düşünüldüğünde özellikle önemlidir. Kaya'nın araştırması, utancın depresyon gibi psikolojik uyum sorunlarıyla bağlantılı olduğunu vurgulamakta ve utancın duygusal yükünün, bu duyguyu daha yüksek düzeyde bildiren kadınlar için daha ciddi sonuçları olabileceğini göstermektedir (Kaya, 2020). Buna karşılık, gurur, özellikle de otantik gurur, aynı cinsiyet eşitsizliğini sergilememektedir; çalışmalar, gurur deneyimleri konusunda erkekler ve kadınlar arasında ihmal edilebilir farklılıklar olduğunu göstermektedir (Else-Quest vd., 2012; Buechner vd., 2019).

Çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular, kadınlar daha yüksek düzeyde suçluluk ve utanç yaşarken, gururun duygusal manzarasının cinsiyetler arasında nispeten eşit kaldığı fikrinde birleşmektedir. Örneğin, Buechner ve arkadaşları (2019), kadınların akademik performansla pozitif yönde ilişkili olduğunu tespit ederek, kadınların başarılarından gurur duyabileceklerini, ancak bunun erkeklere kıyasla gururla ilgili duyguların daha yüksek bir yaygınlığına dönüşmediğini öne sürmüştür (Buechner vd., 2019). Bu gözlem, suçluluk ve utanç gibi belirli alanlardaki önemli istisnalar dışında, erkeklerin ve kadınların çoğu psikolojik özellikte benzer olduğunu öne süren cinsiyet benzerlikleri hipoteziyle tutarlıdır (Else-Quest vd., 2012). Ayrıca, bu duyguların yaşandığı sosyal ve kültürel bağlamlar da göz ardı edilemez. Boeck ve arkadaşları (2017), kadınlarda beklenen suçluluk ve utanç duygularının, suçluluk da dahil olmak üzere çeşitli durumlara verilen duygusal tepkileri şekillendirebilen toplumsal beklentilerden ve geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanabileceğini tartışmaktadır. Bu bakış açısı, kadınlar tarafından bildirilen daha yüksek suçluluk ve utanç düzeylerinin, içsel duygusal yatkınlıklardan ziyade dışsal toplumsal baskılardan etkilenebileceğini öne sürmektedir. Benzer şekilde, Shin ve arkadaşlarının (2014) çalışması, cinsel şiddet gibi travmatik deneyimlerin, özellikle kadınlarda suçluluk ve utanç duygularını şiddetlendirerek duygusal deneyimleri daha da karmaşık hale getirebileceğini göstermektedir.

Bu bulguların sonuçları, ruh sağlığı ve terapötik uygulamalar için önemli sonuçları olduğundan, akademik söylemin ötesine uzanmaktadır. Suçluluk ve utancın cinsiyetler arasındaki farklı deneyimlerini anlamak, özellikle bu duyguların olumsuz psikolojik etkilerine daha duyarlı olabilecek kadınlar için tedavi yaklaşımlarını bilgilendirebilir. Kealy ve arkadaşları (2021), suçluluk ve utanç duygularının aşırı deneyimlendiğinde ve genelleştirildiğinde kadınlardaki intihar düşünceleriyle yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir, bu nedenle, terapötik ortamlarda hem suçluluk hem de utanç duygularını ele almanın önemini vurgulamaktadır.

Yaş grupları arasında suçluluk ve utanç alt boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Genç yaş grupları (18-24 ve 25-34) genellikle daha yüksek suçluluk ve utanç skorlarına sahipken, yaş ilerledikçe bu puanlar azalma eğilimi göstermiştir. Gurur alt boyutunda ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaş grupları ile karşılaştırma bulgularının daha önce yapılan araştırmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Daha ileri yaş gruplarına kıyasla daha yüksek düzeyde suçluluk ve utanç sergileme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Utanç ve suçluluk duygularının, yaş aralıklarına bağlı gelişimsel faktörler ve sosyal baskılar nedeniyle genç nüfuslarda daha

belirgin olduğunu belirtilmiştir (Orth vd., 2010). Bu duyguların yaşla birlikte azalması, bireylerin daha iyi başa çıkma mekanizmaları ve duygu düzenleme stratejileri geliştirdiği ve yaşlandıkça suçluluk ve utanç duygularının azalmasına yol açan bir olgunlaşma sürecine işaret etmektedir (Orth vd., 2010) Ayrıca, bireylerin yaşlandıkça bu duyguları yönetme konusunda daha becerikli hale geldiklerini ve bunun da suçluluk ve utanç puanlarında gözlenen düşüşe katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Klooster vd., 2014).

Gelir düzeyine göre yapılan analizlerde suçluluk, utanç ve gurur alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde, düşük gelir düzeyindeki bireylerin utanç ve suçluluk skorlarının yüksek gelir düzeyindeki bireylere kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna karşılık, gurur skorlarının ise yüksek gelir grubunda anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, suçluluk ve utanç gibi negatif öz-bilinçli duyguların düşük gelir düzeyindeki bireylerde daha yoğun yaşandığını, buna karşın gurur gibi pozitif bir öz-bilinçli duygunun yüksek gelir düzeyinde daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, Tong ve arkadaşları (2022), gelir düzeyinin negatif öz-bilinçli duyguları (utanç, suçluluk) olumsuz yönde, pozitif öz-bilinçli duyguları (gurur, memnuniyet) ise olumlu yönde yordadığını belirtmiştir. Özellikle, kişisel kontrol hissinin, gelir ve öz-bilinçli duygular arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür. Gelirin bireyin kendisini ne kadar olumlu değerlendirdiğiyle ilişkili duygular üzerinde belirgin bir etkisi olabileceği belirtilmektedir (Tong vd., 2022).

Eğitim düzeyine göre yapılan analizlerde ise suçluluk, utanç ve gurur alt boyutlarının hiçbirinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Suçluluk, utanç ve gurur alt boyutlarında eğitim düzeyleri arasında önemli farklılıkların olmaması, öz-bilinçli duygusal deneyimlerin sosyoekonomik statü ile beklendiği kadar yakından bağlantılı olmayabileceğini düşündürmektedir. Araştırmalar, duygusal deneyimlerin finansal veya eğitimsel kazanımların ötesinde sayısız faktörden etkilenebileceğini vurgulamaktadır. Kahneman ve Deaton (2010) yüksek gelirin yaşam değerlendirmesini iyileştirebileceğini, ancak duygusal refahtaki iyileşmelerle mutlaka ilişkili olmadığını savunmaktadır. Orth ve arkadaşları (2010), utanç, suçluluk ve gurur duygularının yaşam boyu izlediği yörüngelerin kapsamlı bir değerlendirmesini yapmış ve bu duyguların yalnızca sosyoekonomik değişkenler tarafından değil, kişisel ve sosyal faktörlerin etkileşimi tarafından şekillendirildiği ileri sürmektedir. Birçok araştırma, duygusal deneyimlerin, gelir ve eğitim sınırlarını aşabilen bireysel kişilik özelliklerine ve sosyal bağlamlara bağlı

olduğunu göstermektedir. Bu bakış açısı, duygusal tepkilerin doğası gereği öznel olduğu ve eğitim düzeyinden bağımsız olarak bireyler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebileceğine işaret etmektedir.

Psikiyatrik tanı almış ve psikolojik destek alan bireyler suçluluk ve utanç alt boyutlarında, tanı almamış bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puanlar almıştır. Gurur alt boyutunda ise psikiyatrik tanı alan bireyler daha düşük puan bildirmiştir. Bu sonuç, psikiyatrik tanıya sahip bireylerin daha yüksek düzeyde olumsuz duygusal deneyimler yaşadığını gösterebilir. Öte yandan, sağlık problemi olan bireyler ile olmayanlar arasında suçluluk ve utanç alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamışken, gurur alt boyutunda da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Bu bulgular, sağlık durumunun suçluluk, utanç ve gurur alt boyutlarında genel bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Suçluluk ve utanç arasındaki ayrım, psikiyatrik tanıları olan bireyler üzerindeki etkilerini anlamak açısından çok önemlidir. Suçluluk genellikle telafi etme ve algılanan yanlışları düzeltme arzusuyla ilişkilendirilirken, utanç değersizlik duygularını ve saklanma arzusunu ortaya çıkarma eğilimindedir (Orth vd., 2010). Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler suçluluk duygusunu yardım aramak veya olumlu değişiklikler yapmak için motive edici bir faktör olarak deneyimleyebildiğinden, utanç sosyal etkileşimlerden kaçınmaya ve geri çekilmeye yol açabildiğinden, bu ayrım özellikle klinik ortamlarda önemlidir (Orth vd., 2010). Teşhis konulan bireylerde gözlemlenen yüksek suçluluk ve utanç seviyeleri, bu bireylerin kendilerini algılamada yaşadıkları içsel mücadeleleri ve genellikle ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkilendirilen toplumsal damgalanmayı yansıtır olabilir.

Psikiyatrik tanı konmuş ve konmamış bireyler arasında gurur alt boyutunda anlamlı bir fark olması, gururun psikiyatrik durumdan etkilenen bir duygusal deneyim olarak hizmet edebileceğini düşündürmektedir. Bu durum, gururun içselleştirilmiş toplumsal standartların karşılanması sonucunda gelişen bir duygu olduğu düşünüldüğünde anlamlıdır; kişisel başarılar, kendini kabul, öz saygı ve psikolojik dayanıklılıkla bağlantılı olan gurur duygusunun, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerde daha düşük olabileceği öngörülmektedir (Orth vd., 2010). Gururun psikolojik iyi oluş ile pozitif ilişkisi göz önüne alındığında, ruh sağlığı sorunları deneyimleyen bireyler için öz saygıyı artırmayı ve dayanıklılığı teşvik etmeyi amaçlayan terapötik müdahaleler katkı sağlayabilir. Ayrıca, yapılan araştırmalar, güçlü sosyal ağların psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olumsuz duygusal deneyimlere karşı tampon görevi görebileceğini göstermektedir (Oram

vd., 2013). Bireyleri destekleyici topluluklara katılmaya teşvik etmek, izolasyon ve utanç duygularını azaltmaya yardımcı olabilir, aidiyet ve kabul duygusunu teşvik edebilir. Bu durum, psikiyatrik hastaların ruh sağlığında sosyal desteğin önemini vurgulayan Oram ve arkadaşlarının (2013) bulgularıyla da örtüşmektedir.

5.1.4. Algılanan Sosyal Desteğin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların algılanan sosyal destek düzeyleri, erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, kadınların genellikle çevrelerinden daha fazla sosyal destek algıladıklarını düşündürmektedir. Yaş grupları arasında algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Özellikle genç bireylerin bazı alt boyutlarda daha düşük sosyal destek algıladığı, daha ileri yaş gruplarının ise daha yüksek destek algıladığı belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Daha yüksek gelir düzeyine sahip bireyler, düşük gelir düzeyine sahip bireylere kıyasla daha yüksek sosyal destek algılamışlardır. Bu durum, ekonomik refahın sosyal destek algısını artırabileceğini göstermektedir. Eğitim düzeyine göre algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sosyal destek algılarının, düşük eğitim düzeyine sahip bireylere kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin sosyal ilişkilerin kalitesine etkisini düşündürmektedir. Psikiyatrik tanı almış bireylerin algılanan sosyal destek düzeyleri, tanı almamış bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu sonuç, psikiyatrik tanının sosyal destek algısı üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Psikolojik destek almış bireyler, destek almamış bireylere kıyasla algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu durum, bireylerin sosyal destek algısının psikolojik destek alıp almama durumundan bağımsız olabileceğini düşündürmektedir. Sağlık problemi olan bireylerin algılanan sosyal destek düzeyi, olmayan bireylere kıyasla belirli alt boyutlarda anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu sonuç, sağlık sorunlarının sosyal destek algısı üzerinde etkili olmayabileceğini göstermektedir.

Sosyodemografik değişkenler bakımından algılanan sosyal desteğin

karşılaştırıldığında, kadınların, yaşlı bireylerin, daha yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip olanların algılanan sosyal destekte daha yüksek puanlar bildirdiğini ortaya koymaktadır. Bu eğilim, bu grupların daha güçlü sosyal ağlara veya sosyal destek algılarını kaynaklara daha iyi erişime sahip olabileceğini göstermektedir. Habes ve Moussa (2022) tarafından yapılan araştırma, sosyal desteğin özellikle menopoz gibi geçiş dönemlerinde kadınların ruh sağlığında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bulguları, önemli yaşam değişiklikleri yaşayan kadınların, kayıp ve üzüntü duygularını hafifletebilen sosyal destekten büyük ölçüde yararlandığını göstermektedir. Bu, kadınların genellikle daha yüksek düzeyde algılanan sosyal destek bildirdikleri gözlemleriyle uyumludur, çünkü genellikle duygusal ve pratik yardım sağlayan güçlü sosyal ağlar geliştirirler.

Jung ve Soo (2023) çalışması, çocukluk çağı duygusal istismarının etkilerini tamponlamada sosyal ilişkilerin önemini vurgulayarak, algılanan sosyal ilişki kalitesinin travma yaşamış bireyler için kritik bir kaynak olduğunu vurgulamaktadır. Bu, genellikle daha geniş sosyal çevreye sahip olan kadınların olumsuz deneyimlerle başa çıkmak için daha donanımlı olabileceği ve dolayısıyla algılanan sosyal desteklerini artırabileceği belirtilmektedir.

Yaş ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki ele alındığında, ileri yaştaki yetişkinler genellikle daha yüksek algılanan sosyal destek seviyeleri bildirmiştir. Bu durum, birikmiş yaşam deneyimlerine ve yerleşik sosyal ağlarına bağlanabilir. Yaşlı bireylerin daha istikrarlı ilişkilere ve daha büyük bir topluluk duygusuna sahip olma eğiliminde olduğu düşünülebilir.

Gelir ve eğitim seviyeleri algılanan sosyal desteği etkilemektedir. Bulgular doğrultusunda, daha yüksek gelir ve eğitim düzeyi genellikle sosyal destek sistemleri de dahil olmak üzere kaynaklara daha iyi erişimle ilişkilendirilir. Çalışmalar, daha yüksek eğitim seviyelerine sahip bireylerin sosyal desteğin önemini daha iyi anlama eğiliminde olduklarını ve bunu arama olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Erbil ve Gümüşay, 2018). Bu ilişki, sosyoekonomik faktörlerin bireylerin sosyal destek algılarını şekillendirmede önemli bir rol oynadığını, daha yüksek gelir grubunda olanların daha fazla destek gördüğünü göstermektedir.

5.2. Araştırma Değişkenlerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Korelasyon analizleri, incelenen değişkenler arasındaki ilişkileri anlamak amacıyla

gerçekleştirilmiştir. Bulgular, travmatik yaşantılar, algılanan sosyal destek, utanç-suçluluk duyguları ve somatizasyon arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Travmatik yaşantılar ile somatizasyon arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur; bu durum, daha fazla travmatik yaşantıya sahip bireylerin somatizasyon belirtilerinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Algılanan sosyal destek ise genel olarak somatizasyon ve travmatik yaşantılar ile zayıf veya orta düzeyde ters yönlü ilişkiler göstermiştir. Ayrıca suçluluk ve utanç gibi olumsuz duygular somatizasyon ile pozitif ilişki sergilerken, gurur gibi olumlu duygular ile ters yönlü ilişkiler gözlenmiştir. Bu sonuçlar, duygusal faktörlerin somatizasyon üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

Somatizasyonun yordayıcılarına ilişkin bulgular incelendiğinde, travmatik yaşantılar ve olumsuz duyguların somatizasyon belirtilerini anlamlı şekilde yordadığını ortaya koymuştur. Travmatik yaşantıların somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisi pozitif yönde ve güçlüdür. Bununla birlikte, özellikle suçluluk duygusunun, bu ilişkide aracı bir rol oynadığı belirlenmiştir. Bu durum, travmatik yaşantıların somatizasyon üzerindeki etkisinin bir kısmının olumsuz duygular aracılığıyla ortaya çıktığını göstermektedir.

Algılanan sosyal destek, travmatik yaşantılar ve somatizasyon arasındaki ilişkide tamponlayıcı bir etkiye sahip olmasa da sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu bireylerde somatizasyon belirtilerinin daha düşük olabileceği gözlemlenmiştir. Bu bulgu, sosyal desteğin genel sağlık ve iyi oluş üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir.

Travma deneyimleri, algılanan sosyal destek, duygu düzenleme stratejileri ve somatizasyon arasındaki ilişki daha önceki araştırmalarda ele alınmıştır. Travma deneyimleri ile somatizasyon arasında güçlü bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir ve bu, daha travmatik olaylar geçiren bireylerin daha yüksek seviyelerde somatik semptomlar gösterme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarının çocuklar ve ergenler arasında yaygın olduğunu bildiren Jin ve arkadaşlarının (2022) çalışmasıyla örtüşmektedir ve bu da travma ile somatik belirtiler arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Dahası, çalışmalar travma geçmişi olan bireylerin genellikle artan duygusal sıkıntı yaşadığını ve bunun da somatik semptomları şiddetlendirebileceğini göstermiştir (Wei vd., 2020). Bu ilişki, somatik belirtiler üzerindeki etkisini azaltmak için travmanın terapötik ortamlarda ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Algılanan sosyal destek, travmatik deneyimlerin somatizasyon üzerindeki etkilerini yumuşatmada kritik bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, algılanan sosyal desteğin daha yüksek seviyelerinin daha düşük somatizasyon seviyeleriyle ilişkili olduğunu ve sosyal

ağların travmanın olumsuz etkilerini düzenleyebileceğini göstermektedir (Lee, 2014). Örneğin Lee (2014), daha yüksek sosyal destek bildiren üniversite öğrencilerinin daha düşük somatizasyon seviyeleri yaşadığını bulmuştur; bu da sosyal bağlantıların bireylerin stres faktörleriyle başa çıkmalarına yardımcı olan duygusal kaynaklar sağlayabileceğini göstermektedir. Tersine, sosyal destek zayıf veya eksik olduğunda, bireyler travmaya yanıt olarak somatik semptomlar geliştirmeye daha yatkın olabilirler çünkü deneyimlerini etkili bir şekilde işlemek için gerekli duygusal dayanaktan yoksun kalmaktadırlar (Davoodi vd., 2018). Bu dinamik, travma ve somatizasyon bağlamında sosyal desteğin koruyucu işlevini göstermektedir.

Duygu düzenleme stratejileri ayrıca travmatik deneyimler ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkiler. Yapılan diğer bir araştırmada, ruminasyon ve kaçınma gibi uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin somatizasyon semptomlarıyla olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu vurgulanmıştır (Mo vd., 2021). Buna karşılık, bilişsel yeniden değerlendirme ve kabul gibi adaptif stratejiler, somatik semptomlarla negatif yönde ilişkilidir ve bu da bireylerin duygularını nasıl yönettiğinin somatik şikayetleri ya şiddetlendirebileceğini ya da hafifletebileceğini göstermektedir (Mazaheri, 2015). Örneğin, travmaları sonucunda suçluluk ve utanç yaşayan bireylerin duygusal sıkıntılarını somatize etme olasılıkları daha yüksek olmaktadır ve bu da fiziksel semptomlarda artışa yol açabilmektedir (Davoodi vd., 2018). Bu bulgu, somatizasyonu azaltmak için duyguları anlamlandırmaya odaklanan terapötik müdahalelere olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Olumlu ve olumsuz duygular arasındaki etkileşim, duygu düzenleme ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi daha da karmaşık hale getirir. Kim'in (2020) çalışması, olumlu duygu düzenleme stratejilerinin, olumsuz duygusal düzenleme stratejilerinin varlığında bile somatizasyon ve kaygı üzerinde yararlı etkilere sahip olabileceğini ortaya koymuştur. Bu, gurur ve neşe gibi olumlu duygusal deneyimleri beslemenin, travmatik deneyimlere sıklıkla eşlik eden olumsuz duygulara karşı bir dengeleyici görevi görebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, olumlu duygusal deneyimleri teşvik eden müdahaleler, travma geçmişi olan bireylerde somatik semptomları azaltmada etkili görülmektedir. Travma, sosyal destek ve duygu düzenlemenin bireysel faktörlerine ek olarak, psikolojik sıkıntının daha geniş bağlamı da dikkate alınmalıdır. Wei ve arkadaşları (2020), duygusal sıkıntının somatik semptom bildirimini önemli ölçüde etkilediğini ve bu ilişkiyi hipokampusun hacminin aracılık ettiğini bulmuştur. Bu nörobiyolojik bakış açısı, somatizasyonun karmaşıklığını vurgular, çünkü yalnızca psikolojik bir kavram değil, aynı zamanda beyin yapıları ve işlevlerinde de kök salmıştır. Somatizasyonun nörobiyolojik

temellerini anlamak, durumun hem psikolojik hem de fizyolojik yönlerini ele almak açısından önemlidir. Ayrıca, somatizasyon deneyimini şekillendirmede kültürel faktörlerin rolü göz ardı edilemez. Choi ve arkadaşları (2016), somatizasyondaki kültürler arası farklılıkları incelemiş ve kültürel bağlamların bireylerin sıkıntıyı nasıl ifade ettiğini ve ilettiğini önemli ölçüde etkilediğini bulmuştur. Bu sonuç, somatizasyonu azaltmayı amaçlayan müdahalelerin etkili olmak için belirli kültürel bağlamlara göre uyarlanması gerekebileceğini göstermektedir.

Suçluluğun aracı rolüne ilişkin bulgular incelendiğinde, travmatik yaşantılar ile somatizasyon arasındaki ilişkide suçluluk duygusunun aracılık ettiği bulunmuştur. Travmatik yaşantılar doğrudan somatizasyonu artırmakta, ancak bu etkinin bir kısmı suçluluk gibi olumsuz duyguların aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bu durum, somatizasyon belirtilerinin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal süreçlerle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Kealy ve arkadaşları (2018) gerçekleştirdikleri çalışmada ise çocuklukta maruz kalınan duygusal istismar ve ihmalin utanç aracılığıyla somatik semptomlarla ilişkili olduğunu bulmuştur. Ancak, bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile somatizasyon arasındaki ilişkide utanç yerine suçluluk duygusu anlamlı bir aracı değişken olarak ortaya çıkmıştır. Örneklemnin özellikleri ve kültürel farklılıklardan dolayı bireylerin duyguları deneyimleme ve ifade etme biçiminde farklılıklar olabileceği düşünülmüştür.

Travma deneyimleri ile somatizasyon arasındaki ilişkide suçluluğun aracılık rolünün incelenmesi, psikolojik ve duygusal süreçlerin karmaşık etkileşimi konusunda önemli bilgiler sağlayabilecek niteliktedir. Araştırmalar, travmatik deneyimlerin somatizasyon semptomlarında artışa yol açabileceğini ve bu ilişkinin kısmen olumsuz duygular, özellikle suçluluk tarafından aracılık edildiğini göstermektedir. Bu, travma yaşamış bireylerin yalnızca fiziksel semptomlar göstermeyebileceğini, aynı zamanda somatik şikayetlerini şiddetlendiren duygusal sıkıntılarla da boğuşabileceğini göstermektedir. Örneğin, Serbic ve arkadaşları (2017), sosyal suçluluğun engellilikle yakından bağlantılı olduğunu ve ağrı ile psikolojik sonuçlar arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde aracılık edebileceğini bulmuş ve suçluluğun terapötik bağlamlarda ele alınmasının önemini vurgulamıştır. Bu, suçluluk eğiliminin kaygıyı ve depresif semptomları tahmin edebileceğini ve içselleştirilmiş damgalanmanın bu ilişkiye aracılık ettiğini gösteren Williamson ve arkadaşlarının (2020) bulgularıyla örtüşmektedir ve böylece suçluluğun travmatik deneyimlerden kaynaklanabilen ve somatizasyona katkıda bulunabilen önemli bir duygusal tepki olduğu fikrini güçlendirmektedir.

Travma deneyimlerinin somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisi iyi belgelenmiştir ve çalışmalar travma geçmişi olan bireylerin genellikle daha yüksek seviyelerde somatik semptomlar bildirdiğini göstermektedir. Örneğin, Wiltermuth ve Cohen (2014), öngörülen suçluluğun kişilerarası ilişkileri ve karar vermeyi nasıl etkileyebileceğini araştırmış ve suçluluğun sosyal beklentileri karşılamada algılanan başarısızlıklardan kaynaklanabileceğini ve travmatik geçmişi olan bireylerde daha da artabileceğini öne sürmüştür. Bu bağlantı, suçluluğun yalnızca kişilerarası dinamikleri etkilemediği, aynı zamanda özellikle travma bağlamında bireysel psikolojik sağlığı da etkilediği fikrini vurgulamaktadır. Dahası, suçluluğun travmanın somatizasyon üzerindeki etkilerini aracılık etmedeki rolü, terapötik müdahalelerin somatik semptomları etkili bir şekilde hafifletmek için bu duygusal tepkileri ele almaya odaklanması gerektiğini göstermektedir.

Travma ile ilişkili duygusal deneyimler genellikle suçluluğun varlığıyla karmaşıklaşır. Mahood ve Hanus (2017), anlatsal bağlamlarda ahlaksız eylemlerde bulunan bireylerin sıklıkla suçluluk duygusu yaşadıklarını vurgulayarak, travmaya verilen duygusal tepkilerin çok yönlü olabileceğini ve kişisel değerler ve ahlaki düşüncelerden etkilenebileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu, suçluluğun yalnızca doğrudan travma deneyimlerinden değil, aynı zamanda bireyin içsel ahlaki pusulasından ve deneyimlerini çevreleyen toplumsal beklentilerden de kaynaklanabileceğini göstermektedir. Suçluluğa ek olarak, utanç gibi diğer olumsuz duygular da travma ve somatizasyon arasındaki ilişkide aracılık rolü oynayabilmektedir. Cavalera ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan araştırma, utancın genellikle suçluluk duygusundan daha güçlü bir psikolojik semptom belirleyicisi olduğunu, özellikle de travma geçmişi olan bireylerde olduğunu göstermektedir (Cavalera vd., 2022). Bu, farklı duyguların nasıl etkileşime girdiği ve somatik semptomlara nasıl katkıda bulunduğu konusunda ayrıntılı bir anlayışa duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Suçluluk ve utanç arasındaki etkileşim, travma yaşamış bireyler için duygusal manzarayı karmaşıklaştırabilmektedir, çünkü her iki duygu da kaçınma davranışlarına yol açmaktadır ve somatik şikayetleri şiddetlendirmektedir.

Elde edilen bulgular, klinik uygulamalara ve somatizasyonun tedavisine yönelik önemli öneriler sunmaktadır. Özellikle bedensel yakınmalarla başvuran bireylerde, çocukluk travmalarına dair geçmiş deneyimlerin ve bu yaşantılara eşlik eden yoğun suçluluk duygularının göz önünde bulundurulması klinik değerlendirme açısından anlamlı olacağı düşünülmektedir. Örneğin, duygusal düzenleme ve bilişsel yeniden yapılandırmaya odaklanan terapötik yaklaşımlar, bireylerin travmatik deneyimlerini işlemelerine ve suçluluk ve utanç duygularını hafifletmelerine yardımcı olmaktadır

(Serbic vd., 2016). Bu duygusal tepkileri ele alarak, bireyler duygusal sıkıntıları hafifledikçe somatik semptomlarda bir azalma yaşanabilir. Yalnızca somatik belirtileri hedef alan müdahaleler, bu tür olgularda yetersiz kalabileceğinden, suçluluk hissine eşlik eden bireyin orantısız sorumluluk algısını, kendini yük olarak görme eğilimini ve ilişkisel suçluluk ve değersizlik temalarını keşfetmesine imkan tanıyan psikoterapötik yaklaşımlar da etkili görünmektedir. Bu doğrultuda, bireyin suçluluk duygularını anlamlandırmasına ve düzenleyebilmesine, bu duygularla işlevsel yollarla başa çıkabilmesine ve kişilerarası bağlamlardaki deneyimlerini yeniden anlamlandırabilmesine yardımcı olan varoluşçu ve dinamik temelli terapi modelleri, özellikle erken dönem travmatik deneyimlerin işlendiği vakalarda klinik olarak değerli seçenekler olarak görülmektedir (Kealy vd., 2018). Travma, suçluluk ve somatizasyon arasındaki ilişki, bu etkileri azaltmada sosyal desteğin önemini de gözler önüne sermektedir. Araştırmalar, algılanan sosyal desteğin travmanın somatizasyon üzerindeki olumsuz etkisini tamponlayabileceğini ve güçlü sosyal ağlara sahip bireylerin suçluluk ve dolayısıyla somatik semptomlar yaşama olasılığının daha düşük olabileceğini göstermektedir.

5.3. Yapısal Eşitlik Modellemesine (YEM) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki etkisi; algılanan sosyal destek ile suçluluk ve utanç duyguları aracılığıyla test edilmiştir. Yapısal eşitlik modelinden elde edilen bulgular, hem teorik temellere hem de önceki literatüre önemli katkılar sunmaktadır. Tartışma bölümünde, bu bulguların anlamı ayrıntılı olarak ele alınacak, literatürle karşılaştırılacak ve klinik uygulamalar ile araştırma önerilerine ilişkin çıkarımlar yapılacaktır.

İlk olarak, modelin genel uygunluk indeksleri değerlendirildiğinde, modelin veriye yeterli düzeyde uyum sağladığı görülmüştür. χ^2/df oranının 2,75 olarak hesaplanması, geleneksel olarak iyi uyum için önerilen <3,00 sınırının içinde kalmaktadır (Kline, 2016). Bu da modelin karmaşık yapısına rağmen örneklem verisiyle örtüştüğünü göstermektedir. Diğer uyum indeksleri incelendiğinde de bu bulgu desteklenmektedir. Özellikle CFI (.953) ve GFI (.942) değerleri mükemmel uyumu işaret ederken, TLI (.935) ve RMSEA (.066) ise kabul edilebilir düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. RMSEA'nın %90 güven aralığında .054 ile .077 arasında yer alması, modelin uyum düzeyinin sınırda ama anlamlı olduğunu göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999). Dolayısıyla, bu bağlamda modelin yapısı

güvenilir ve geçerli olarak değerlendirilebilir.

Travmanın sosyal destek üzerindeki etkisi, modelde en güçlü ilişkilerden biri olarak ortaya çıkmıştır ($\beta = -.673$, $p < .001$). Travmanın, bireyin çevresiyle olan ilişkisini ve bu ilişkiden aldığı desteği negatif yönde etkilediği bilinmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Travma yaşayan bireyler, genellikle kendilerini çevresinden izole etmekte veya çevrenin sunduğu desteği yeterince algılayamamaktadır. Bu durum, hem psikolojik hem de sosyal işlevsellik açısından kritik bir sorun teşkil etmektedir. Bu bulgu, Bowlby'nin (1969) bağlanma kuramı ile de tutarlılık göstermektedir. Buna gerekçe olarak, travmatik deneyimler, bireyin güvenli bağlanma ilişkileri geliştirmesini sekteye uğratmakta ve sosyal destekten faydalanma kapasitesini düşürmektedir.

R^2 değerinin %45,3 gibi yüksek bir oran açıklaması, travmanın sosyal destek üzerindeki belirleyici rolünü güçlü biçimde ortaya koymaktadır. Öte yandan, travmanın suçluluk ve utanç üzerindeki etkisi de pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($\beta = .529$, $p < .001$). Bu duygu durumları, sıklıkla travmatik yaşantıların ardından gelişen ikincil duygusal tepkilerdir ve bireyin içsel dünyasındaki çatışmaların önemli göstergelerindendir (Tangney ve Dearing, 2002). Suçluluk ve utanç, travmatik olaylara bireysel anlamlar yüklenmesiyle bağlantılıdır. Örneğin birey, yaşadığı travmadan kendini sorumlu tutarak suçluluk geliştirebilir ya da yaşadığı olaylar nedeniyle özsaygısında derin bir kırılma yaşayarak utanç duygusu geliştirebilir. Bu bulgu, Janoff-Bulman'ın (1992) “temel inanç sistemlerinin sarsılması” kuramıyla da örtüşmektedir. Travma sonrası, bireylerin kendilik ve dünya algısı zedelenmekte ve bu da suçluluk/utanç gibi duygularla sonuçlanmaktadır.

Somatizasyon üzerindeki doğrudan etkiler incelendiğinde, travmanın doğrudan etkisinin ($\beta = .372$, $p < .001$) anlamlı ve güçlü olduğu görülmüştür. Bu bulgu, travma sonrası stresin yalnızca psikolojik değil, fiziksel belirtilerle de kendisini gösterdiğini işaret etmektedir (Van der Kolk, 2018). Somatizasyon, bireyin yaşadığı duygusal acıyı fiziksel semptomlar aracılığıyla ifade etmesinin bir yolu olarak tanımlanmaktadır. Özellikle çocukluk çağında yaşanan travmaların bedenleştirilmiş etkiler bırakması, gelişimsel psikopatoloji literatüründe sıklıkla vurgulanan bir olgudur (Anda vd., 2006).

Bu bağlamda, çalışmanın bulguları, travma-sonrası fiziksel sağlık sorunlarının anlaşılması açısından da önem taşımaktadır.

Suçluluk ve utancın somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisi de pozitif ve anlamlıdır ($\beta = .214$, $p < .001$). Bu durum, psikodinamik yaklaşım çerçevesinde, “duyguların bastırılarak beden üzerinden dışavurumu” görüşünü destekler niteliktedir. Bireyler

suçluluk veya utanç gibi toplumsal olarak kabul görmeyen duygularını bastırmakta, bu da fiziksel semptomlar olarak kendini göstermektedir. Duygu düzenleme yaklaşımına göre ise bastırılan ya da adlandırılmayan duygular, vücut aracılığıyla dışavurulmaktadır (Gross, 1998). Bu bulgu, klinik müdahalelerde yalnızca somatik semptomlara odaklanmanın yetersiz olabileceğini, duygusal süreçlerin de terapötik çalışmalara dahil edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sosyal desteğin somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisi ise anlamlı bulunmamıştır ($\beta = -.048$, $p = .540$). Bu bulgu ilk etapta farklı değerlendirilebilecek bir durum olsa dahi dolaylı etkilerin dikkate alınmasıyla anlam kazanmaktadır. Nitekim sosyal desteğin dolaylı olarak suçluluk ve utanç aracılığıyla somatizasyona etki edebileceği düşünülmektedir. Başka bir deyişle, sosyal destek bireyin doğrudan fiziksel belirtilerini etkilemese de, duygusal süreçlerini düzenleyerek bu belirtilerin şiddetini azaltabileceği düşünülmektedir. Klinik uygulamalar açısından, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi yine de önemlidir, ancak bu desteğin yalnızca miktarı değil, birey tarafından nasıl algılandığı ve duygusal işleyişe nasıl entegre edildiği kritik rol oynamaktadır.

Toplam etkiler düzeyinde değerlendirildiğinde, travmanın somatizasyon üzerindeki toplam etkisi ($\beta = .518$), doğrudan etkisinin oldukça üzerinde yer almakta ve dolaylı etkilerin varlığını teyit etmektedir. Özellikle suçluluk ve utanç bu dolaylı etkiye katkı sunduğu görülmektedir. Travma, bireyin suçluluk/utanç duygularını artırmakta, bu duygular da somatizasyonu tetiklemektedir. Dolayısıyla, yalnızca travmatik yaşantılara değil, bu yaşantıların duygusal anlamlandırılmasına da müdahale etmek gerekmektedir.

Modelin R^2 değerlerinin özellikle travmanın sosyal destek ($R^2 = .453$) ve somatizasyon ($R^2 = .302$) üzerindeki etkileri yüksek düzeyde açıklayıcılık göstermektedir. Bu durum, travmatik yaşantıların bireyin hem sosyal hem de bedensel işlevselliğini nasıl şekillendirdiğini güçlü biçimde ortaya koymaktadır.

Araştırma, bu bağlamda psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme ve duygusal düzenleme gibi değişkenlerin de dahil edildiği genişletilmiş modellerin gelecekteki çalışmalarda değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çocukluk çağı travmaları, hem psikolojik hem de fiziksel sağlık çıktıları üzerinde belirleyici etkiler yaratan kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Özellikle algılanan sosyal destek ve suçluluk-utanç duyguları gibi aracılık eden psikososyal mekanizmalar, bu ilişkinin açıklanmasında önemli rol oynamaktadır. Güncel

araştırmalar, çocukluk travmalarının duygu düzenleme güçlükleriyle ve bu düzenleme sorunlarının somatik belirtilerle ifadesiyle güçlü biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, Sharma ve arkadaşları (2024) tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, çocukluk travmalarının duygu düzenleme üzerinde doğrudan etkide bulunduğunu ve bu etkinin özellikle dışavurumcu belirtiler üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Aynı araştırma grubunun bir diğerk çalışma ise duygu düzenleme sorunlarının kaygı ve depresyon gibi içe yönelimli problemlerle ilişkili olduğunu göstererek, travmanın etkilerini değerlendirirken duygu düzenlemenin dikkate alınması gereken önemli bir aracı değişken olduğunu vurgulamaktadır. Bu bulgular, travmanın duygusal işleyişı sekteye uğratarak psikolojik olduğu kadar fiziksel düzeyde de sorunlara yol açabileceğini göstermektedir. Marici ve arkadaşları (2023), travma sonrası gelişen suçluluk ve utanç duygularının aile dinamikleriyle yakından ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Özellikle ihmal ya da terk edilme gibi ebeveyn kaynaklı travmalar, çocuklarda yoğun suçluluk ve utanç duygularının gelişmesine yol açmakta ve bu duyguların ilerleyen yaşam dönemlerinde somatik semptomları öngördüğü belirtilmektedir. Bu durum, bireyin gelişimsel ortamının, psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki uzun vadeli etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır.

Yapısal eşitlik modelinden elde edilen sonuçlarla örtüşecek biçimde, travmanın algılanan sosyal desteğı azalttığı, ancak sosyal desteğın somatizasyon üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı bulunmadığı görölmüştür. Bu bulgu, Euteneuer ve arkadaşlarının (2015) araştırmasıyla da desteklenmektedir. Onlara göre, olumsuz duygusal yaşantılar ağrıya karşı duyarlılığı artırmakta ve bireyi bedensel yakınmalara karşı daha savunmasız hâle getirmektedir. Dolayısıyla sosyal destek, doğrudan somatik belirtileri hafifletmese de, bireyin duygusal düzenleme kapasitesini etkileyerek dolaylı bir koruyucu işlev görebilir.

Araştırmada elde edilen, suçluluk ve utanç duygularının, travma sonrası psikolojik tepkilerin şekillenmesinde ve dolayısıyla somatik belirtilerin ortaya çıkışında aracı rol oynadığı bulgusu, Held ve arkadaşlarının (2015) bulgularıyla da desteklenmektedir. Bu çalışma, utanç ve suçluluk gibi duyguların bireyin başa çıkma stratejilerini olumsuz yönde etkileyerek travmanın psikolojik etkilerini ağırlaştırabileceğini ve bunun da somatik yakınmalara yol açabileceğini ileri sürmektedir. Benzer şekilde, McCall-Hosenfeld ve arkadaşları (2014), travmatik deneyimlere verilen psikolojik tepkilerin somatik belirtilerle olan ilişkisini açıklamada aracı süreçler olarak çalıştığını ileri sürdüğü araştırmasının mevcut çalışmanın bulguları ile tutarlılık gösterdiği görölmektedir.

Travmanın türleri arasında da farklı etkiler söz konusudur. Wu ve arkadaşları (2021), özellikle duygusal istismarın diğer travma türlerine kıyasla somatik şikayetler üzerinde daha belirgin etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Öte yandan, duygusal istismarın suçluluk ve utanç duygularını tetikleme olasılığı daha yüksek olduğundan, bu duyguların da somatizasyon üzerindeki aracı rolü literatürde kuvvetle desteklenmektedir.

Schubach ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen bir çalışmada ise somatizasyonun, çocukluk travması ile gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı gösterilmiştir. Bu bulgu, psikolojik süreçlerin fizyolojik belirtileri nasıl şekillendirdiğini açık biçimde göstermektedir. Benzer şekilde Saadati ve arkadaşlarının (2023) araştırması, suçluluk ve utanç duygularının, travma ile çeşitli sağlık çıktıları arasındaki ilişkide kritik aracı değişkenler olduğunu ifade etmektedir.

Çocukluk çağı travmaları ve somatizasyon ilişkisine vurgu yapan, Afari ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan kapsamlı bir sistematik derlemede de, çocukluk travmalarının fonksiyonel somatik sendromlarla güçlü ilişkiler içinde olduğu belirtilmiştir. Bu durum, travmanın yalnızca psikolojik değil, bedensel düzeyde de yoğun biçimde yaşandığını ve tedavi yaklaşımlarının hem ruhsal hem bedensel yönleri içerecek biçimde bütüncül olması gerektiğini göstermektedir. Toplumsal destek ve akran ilişkileri de bu süreçte belirleyici olabilmektedir. Parr ve arkadaşlarının (2016) bulguları, akranların duygusal sosyalizasyon süreçlerinin somatik şikayetler üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Bu çalışma, sosyal desteğin dolaylı etkilerini açığa çıkararak, bireyin duygusal tepkilerini biçimlendirmede çevresel faktörlerin rolünü vurgulamaktadır. Daha önce yapılan bu çalışmanın bulguları, sosyal destek değişkenine ilişkin mevcut çalışmanın ortaya koyduğu anlamlı dolaylı etki ile uyumluluk göstermektedir.

Çağdaş literatür, çocukluk çağı travmalarının somatizasyon üzerindeki etkisinin büyük ölçüde duygu düzenleme sorunları, suçluluk-utanç duyguları ve algılanan sosyal destek gibi psikososyal değişkenler aracılığıyla ortaya çıktığını güçlü biçimde desteklemektedir. Bulgular, özellikle klinik müdahalelerde hem duygusal işleyişin hem de fiziksel belirtilerin eşzamanlı olarak ele alınması gerektiğine işaret etmektedir. Bu alandaki gelecek araştırmalar, söz konusu karmaşık ilişkileri daha net biçimde ortaya koymalı ve travma yaşamış bireylerde psikolojik dayanıklılığın desteklenmesine yönelik bütüncül tedavi modelleri geliştirmelidir. Bu çalışmanın bulguları hem bilimsel hem de uygulamalı psikoloji açısından önemli katkılar sunmaktadır. Travmanın yalnızca doğrudan etkileri değil, bireyin sosyal destek algısı ve duygusal tepkileri üzerinden dolaylı etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik uygulamalarda bu çok boyutlu etki mekanizması

dikkate alınmalı, bireylerin travmalarına yönelik müdahaleler yalnızca semptomatik değil, anlam-odaklı, bağlamsal ve bütüncül biçimde planlanmalıdır. Özellikle suçluluk ve utanç gibi duyguların terapötik süreçte ele alınması, somatizasyon belirtilerini azaltmada etkili olabilir. Bu kapsamda duygularla çalışmaya dayalı terapiler ve destekleyici grup çalışmaları, önerilen müdahale biçimleri arasında yer alabilir. Ayrıca sosyal destek sistemlerinin etkinliğini artırmak adına, bireylerin yalnızca destek almalarını değil, bu desteği nasıl içselleştirdiklerini değerlendirmek önemlidir. Gelecek araştırmalar, travma türlerine göre (ihmal, istismar, kayıp vb.) modelin işleyişinde farklılıklar olup olmadığını test etmeli; boylamsal çalışmalarla modelin zamansal doğrulaması yapılmalıdır.



BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Bu araştırmada, çocukluk çağı travmaları, somatizasyon, suçluluk-utanç-gurur duyguları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin çeşitli sosyodemografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bu değişkenlerin bireysel ve toplumsal deneyimlerin bir bileşkesi olduğunu ve çok boyutlu yapılar sergilediğini ortaya koymuştur.

Somatizasyon düzeyleri, özellikle cinsiyet ve psikiyatrik tanı değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar göstermiştir. Kadın katılımcılar ve psikiyatrik tanıya sahip bireyler, anlamlı düzeyde daha yüksek somatizasyon puanları bildirmiştir. Bu bulgu, hem toplumsal cinsiyet rollerinin bedensel belirti ifadesi üzerindeki etkisini hem de psikiyatrik tanının bireyin fiziksel yakınmalarını artırabileceğini düşündürmektedir. Buna karşın, yaş ve eğitim düzeyine göre somatizasyon puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Gelir düzeyi açısından ise düşük gelir grubundaki bireylerin somatik belirtileri daha yoğun yaşadığı bulunmuştur. Bu durum, ekonomik dezavantajların psikosomatik süreçler üzerindeki etkisini gündeme getirmektedir.

Suçluluk, utanç ve gurur alt boyutları, cinsiyet, yaş grubu, gelir düzeyi ve psikiyatrik tanı değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar sergilemiştir. Kadınlar, genç bireyler, düşük gelir düzeyindeki bireyler ve psikiyatrik tanıya sahip katılımcılar, özellikle suçluluk ve utanç duygularında daha yüksek puanlara sahipken, gurur düzeyleri daha düşüktür. Bu bulgular, söz konusu gruplarda olumsuz duygusal yüklerin daha yoğun yaşanabileceğini göstermektedir. Eğitim düzeyi gibi değişkenler ise bu duygusal boyutlar açısından anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ölçeği alt boyutlarının, cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, psikiyatrik tanı ve psikolojik destek alma durumu gibi değişkenlere göre anlamlı farklılıklar sergilediği görülmüştür. Özellikle duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve aşırı koruma alt boyutları birçok değişkene göre farklılık göstermiştir. Bu durum, çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin bireyin içinde bulunduğu

sosyodemografik bağlamdan bağımsız düşünölemeyeceğini ortaya koymaktadır. Özellikle fiziksel ihmal puanları erkeklerde, ileri yaş gruplarında ve psikolojik destek almayan bireylerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu bulgu, ihmalin hem toplumsal normlarla hem de bireyin yaşam koşullarıyla iç içe geçen bir yapısı olduğunu düşöndürmektedir.

Algılanan sosyal destek düzeyleri ise cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi açısından anlamlı farklılıklar göstermiştir. Kadınlar, daha yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip olanlar ile ileri yaş gruplarında yer alan bireyler daha yüksek sosyal destek algısına sahiptir. Ancak psikiyatrik tanı ve psikolojik destek alımı gibi değişkenlerin sosyal destek algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görölmüştür. Bu durum, sosyal destek algısının yalnızca bireyin ruhsal durumuyla değil, aynı zamanda yaşam biçimi ve çevresel kaynaklarla da bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır.

Genel olarak, bu çalışma travmatik yaşantılar, duygusal süreçler, bedensel yakınmalar ve sosyal bağlar arasındaki etkileşimlerin oldukça karmaşık ve çok katmanlı olduğunu göstermiştir. Çocuklukta yaşanan travmaların yalnızca bireyin geçmişine değil, bugününe de yansıyan etkileri olduğu, bu etkinin somatik belirtilerle, öz-bilinçli duygularla ve sosyal destek ağlarıyla şekillendiğı anlaşılmaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı alanında yapılacak müdahalelerin bireyin geçmiş deneyimlerine, duygusal işleyişine ve sosyal bağlamına bütöncöl bir bakışla yaklaşması gerektiğı düşünölmektedir.

Korelasyon, regresyon ve yapısal eşitlik modeli analizlerinden elde edilen bulgular, travmatik yaşantılar, algılanan sosyal destek ve öz-bilinçli duygularının somatizasyon üzerindeki etkisini kapsamlı bir şekilde ortaya koymuştur. Travmatik yaşantılar somatizasyonun önemli bir yordayıcısıdır ve bu ilişki, olumsuz duyguların aracılığıyla daha karmaşık bir hale gelmektedir. Öz-bilinçli duygular, travmanın somatik semptomlar olarak ne ölçöde ortaya çıktığını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Bireylerin çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları ve suçluluk ve utanç gibi duyguları daha yoğun olarak yaşama eğilimi ile birlikte ruhsal sıkıntının somatik belirtiler aracılığıyla ifade edilmesi olasılığının arttığı görölmektedir. Ek olarak, olumlu ve olumsuz duygular arasındaki etkileşim ve kültörel faktörlerin etkisi, somatizasyonun manzarasını daha da karmaşık hale getirmektedir. Sosyal destek ise bu süreçte koruyucu bir faktör olarak değeriendirilebilir, ancak etkisi doğrudan somatizasyon üzerinde değil, bireyin genel iyilik hali üzerinde dolaylı olarak hissedilmektedir. Bu bulgular, psikolojik sağlık müdahalelerinde travmatik yaşantılar ve duygusal süreçlerin önemli değişkenler olduğunu göstermektedir.

6.2. ÖNERİLER

Algılanan sosyal destek, çocukluk travmaları ve suçluluk, utanç ve gurur duyguların somatizasyonla ilişkili olarak inceleyen çalışmanın bulgularına dayanarak, gelecekteki araştırmalar ve klinik uygulamalar için birkaç öneri yapılabilir. Suçluluk ve utancın ruh sağlığı sonuçlarında oynadığı önemli rol göz önüne alındığında, gelecekteki çalışmalar bu duyguların somatizasyonu etkilediği mekanizmaları daha derinlemesine incelemelidir. Bu yolları araştırmak, duygusal deneyimlerin somatizasyona nasıl katkıda bulunduğuna dair değerli katkılar sunabilir. Utanç ve suçluluk ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi inceleyenler birçok çalışmanın kesitsel yapısı, bu dinamiklerin zaman içinde anlaşılmasını sınırlamaktadır. Bu tür araştırmalar, çocukluk travmaları, öz-bilinçli duygular ve somatizasyon arasındaki zamansal ilişkileri yansıtabilir. Bu yüzden, geniş örneklemli ve boylamsal çalışmalar gelecekteki araştırmalar için tercih edilebilir.

Klinik müdahaleler, suçluluk ve utanç gibi yoğun öz-bilinçli duygular yaşayan bireylerde duygusal işlevselliği desteklemeye, içgörü geliştirmeye, kendilik algısının yeniden yapılandırmasına ve suçluluk-utanç duygularının daha gerçekçi bir düzeyde işlemlemesine odaklanmalıdır. Bireyin duygularını anlamlandırmasına ve yaşamla olan ilişkisinin daha derinlikli ve bütünlüklü bir biçimde ele alınmasına katkı sağlanarak yardımcı olunabilir ve bu da dolaylı olarak somatizasyon belirtilerinin azalmasını destekleyebilir.

Algılanan sosyal destek ile duygusal iyi oluş arasındaki pozitif korelasyon göz önüne alındığında, bireylerin destek kaynaklarında dair değerlendirmelerini terapötik uygulamalara dahil etmek çok önemlidir. Bireylerin ilişkisel deneyimlerini yeniden anlamlandırmasına, algılanan desteğin güçlendirilmesi ile destek alma ve kabul görme kapasitesini fark etmesine ve bu destekle temas kurabilme becerilerini geliştirmesine olanak sağlayarak, algılanan sosyal desteğin çocukluk travması ve duygusal sıkıntının olumsuz etkilerine karşı bir tampon görevi görmesi amaçlanabilir.

Gelecekteki araştırmalar, suçluluk, utanç ve gurur deneyimini ve ifadesini etkileyen kültürel faktörleri göz önünde bulundurmalıdır. Bu kültürel farklılıkları anlamak, somatizasyon ve ilgili duygusal sorunları ele alan müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Çocukluk travması ile duygusal sonuçlar arasındaki önemli ilişki göz önüne

alındığında, gelecekteki çalışmalar somatizasyona katkıda bulunan belirli travma türlerini detaylı bir biçimde ele alabilir.

Müdahaleler yalnızca utanç ve suçluluk gibi olumsuz duyguları azaltmaya değil, aynı zamanda gurur gibi olumlu duyguları teşvik etmeye de odaklanmalıdır. Araştırmalar, gururun öz saygı ve sosyal yeterlilik üzerinde yararlı etkilere sahip olabileceğini ve bunun somatizasyonun olumsuz etkilerini dengeleyebileceği tahmin edilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15, 1330720
- Afari, N., Ahumada, S., Wright, L., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., ... & Cuneo, J. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000010>
- Agnafors, S., Kjellström, A., Torgerson, J., & Rusner, M. (2019). Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1517-1525. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01313-9>
- Aktu, Y., ve Dilekmen, M. (2019). Fiziksel istismar uygulayan ebeveynlerin yaşadıkları psikolojik süreçler. 21. Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Antalya
- Alawi, N., Salmani, A., Aljabri, M., Azmi, I., Aljardani, M., Mandhari, S., ... & Omrani, N. (2022). Epidemiology and prevalence of somatic symptom disorder at the primary care level in muscat, oman: a cross-sectional study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 58(3), 284-294. <https://doi.org/10.1177/00912174221088263>
- Aleksè, M. and Žardeckaitė-Matulaitienė, K. (2021). Sexual harassment experience, gender harassment and body objectification effect on disordered eating tendencies. *Information & Media*, 92, 8-27. <https://doi.org/10.15388/im.2021.92.47>
- Ali, A., Deuri, S. P., Deuri, S. K., Jahan, M., Singh, A. R., & Verma, A. N. (2010). Perceived social support and life satisfaction in persons with somatization disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(2), 115-118
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders* (3rd ed.)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR Washington. DC: *American Psychiatric Association*
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry research*, 79(2), 131-138.
- Aral, N. (1997). *Fiziksel istismar ve çocuk*. Ankara: Tekışık Veb Ofset Tesisleri
- Aral, N., ve Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151(5), 27–54
- Bahalı, K., Akçan, R., Tahiroğlu, A., & Avcı, A. (2010). Child sexual abuse: seven years in practice. *Journal of Forensic Sciences*, 55(3), 633-636. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01357.x>
- Barbash, E. (2017). Different types of trauma: Small ‘t’ versus large ‘T’. *Psychology Today*, 13
- Barbek, R., Toussaint, A., Löwe, B., & von dem Kneesebeck, O. (2024). Intersectional inequalities in somatic symptom severity in the adult population in Germany found within the SOMA. SOC study. *Scientific Reports*, 14(1), 3820.
- Barends, H., van der Wouden, J. C., Claassen-van Dessel, N., Twisk, J. W., van der Horst, H. E., & Dekker, J. (2022). Potentially traumatic events, social support and burden of persistent somatic symptoms: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 159, 110945.
- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1991). Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Development and Psychopathology*, 3(1), 19–29. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005046>
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(12), 1464–1470
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266–275
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 404–409
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244
- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic*

- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: an interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243–267
- Baz, B., & Wang, N. E. (2012). Physical Abuse of Children: Identification, Evaluation, and Management in the ED Setting. *Pediatric Emergency Medicine Reports*.
- Bear, G. G., Uribe-Zarain, X., Manning, M. A., & Shiomi, K. (2009). Shame, guilt, blaming, and anger: Differences between children in Japan and the US. *Motivation and Emotion*, 33, 229–238
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment*, 10(4), 311–323
- Bentley, J., Thoburn, J., Stewart, D., & Boynton, L. (2011). The indirect effect of somatic complaints on report of posttraumatic psychological symptomatology among somali refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 479–482. <https://doi.org/10.1002/jts.20651>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132–1136.
- Beutel, M., Klein, E., Henning, M., Werner, A., Burghardt, J., Tibubos, A., ... & Brähler, E. (2020). Somatic symptoms in the german general population from 1975 to 2013. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58602-6>
- Beutel, M., Wiltink, J., Kerafirodi, J., Tibubos, A., Brähler, E., Schulz, A., ... & Henning, M. (2019). Somatic symptom load in men and women from middle to high age in the gutenber health study - association with psychosocial and somatic factors. *Scientific Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40709-0>
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241–258
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N. B., Atik, Ç. U. B., & San, A. G. P. (1991). Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 1(1)
- Blacher, R. S. (2000). “It isn’t fair”: Postoperative depression and other manifestations of survivor guilt. *General Hospital Psychiatry*, 22(1), 43–48
- Boeck, A., Pleysier, S., & Put, J. (2017). The social origins of gender differences in anticipated feelings of guilt and shame following delinquency. *Criminology & Criminal Justice*, 18(3), 291–313. <https://doi.org/10.1177/1748895817721273>
- Boecking, B., Biehl, R., Brüeggemann, P., & Mazurek, B. (2021). Health-related quality of life, depressive symptoms, anxiety, and somatization symptoms in male and female patients with chronic tinnitus. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2798.

<https://doi.org/10.3390/jcm10132798>

- Borelli, J. L., Margolin, G., & Rasmussen, H. F. (2015). Parental overcontrol as a mechanism explaining the longitudinal association between parent and child anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1559-1574.
- Bornstein, R. F., & Gold, S. H. (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: a meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 154–161
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). Random House
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect*, 12(3), 331–341
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 899–905
- Buechner, V., Stahn, V., & Murayama, K. (2019). The power and affiliation component of achievement pride: antecedents of achievement pride and effects on academic performance. *Frontiers in Education*, 3. <https://doi.org/10.3389/feduc.2018.00107>
- Bugalho, P., Silva, J., Cargaleiro, I., Serra, M., & Neto, B. (2011). Psychiatric symptoms screening in the early stages of parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 259(1), 124-131. <https://doi.org/10.1007/s00415-011-6140-8>
- Bugay, A., & Demir, A. (2011). Psychometric Properties of the Turkish Version of Trait Shame and Guilt Scale. *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, (45).
- Câdea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 78–106
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123
- Cavalera, C., Andreani, P., Baumgartner, O., & Oasi, O. (2022). Do immature defense mechanisms mediate the relationship between shame, guilt, and psychopathological symptoms?. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832237>
- Chiesa, A., & Goldson, E. (2017). Child sexual abuse. *Pediatrics in Review*, 38(3), 105–118
- Choi, E., Chentsova-Dutton, Y., & Parrott, W. (2016). The effectiveness of somatization in communicating distress in korean and american cultural contexts. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00383>

- Christoffel, K. K., Scheidt, P. C., Agran, P. F., Kraus, J. F., McLoughlin, E., & Paulson, J. A. (1992). Standard definitions for childhood injury research: excerpts of a conference report. *Pediatrics*, 89(6), 1027–1034
- Cloninger, C. R., Martin, R. L., Guze, S. B., & Clayton, P. J. (1986). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 143(7), 873–878
- Coady, A., Godard, R., & Holtzman, S. (2024). Understanding the link between pain invalidation and depressive symptoms: The role of shame and social support in people with chronic pain. *Journal of Health Psychology*, 29(1), 52–64
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314
- Cohen, S. E., & Syme, S. I. (1985). *Social support and health*. Academic Press
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357
- Craig, T. K. J., Bialas, I., Hodson, S., & Cox, A. D. (2004). Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychological Medicine*, 34(2), 199–209
- Craig, T. K. J., Drake, H., Mills, K., & Boardman, A. P. (1994). The South London Somatisation Study: II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British Journal of Psychiatry*, 165(2), 248–258
- Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., ... & McBeth, J. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 72(4), 311–317.
- Çakar, F. (2018). The role of resilience and gender in the relationship between adults childhood traumatic experiences and psychological symptoms. Pamukkale University Journal of Education, 44(44), 114–131. <https://doi.org/10.9779/puje.2018.209>
- Çelik, F. G. H., & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695–711.
- Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Daro, D. (Ed.). (2008). *World perspectives on child abuse*. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
- Das, S., Mandal, U. S., Nath, S., & Mondal, A. (2020). Relationship between perceived social support and severity of symptoms in persons with somatoform disorder. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(06), 320–323.
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand,

- Z. (2019). Emotion regulation strategies in depression and somatization disorder. *Psychological reports*, 122(6), 2119-2136. <https://doi.org/10.1177/0033294118799731>
- Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10(4), 364–376
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 425–434
- Derin, S., Selman, S., Alyanak, B., & Soylu, N. (2022). The role of adverse childhood experiences and attachment styles in social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(3), 644-657. <https://doi.org/10.1177/13591045221078085>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., ... & Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223–228
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 17-25.
- Eker, D., Arkar, H., & Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17–25
- Elbers, J., Rovnaghi, C. R., Golianu, B., & Anand, K. J. (2017). Clinical profile associated with adverse childhood experiences: The advent of nervous system dysregulation. *Children*, 4(11), 98
- Else-Quest, N., Higgins, A., Allison, C., & Morton, L. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: a meta-analysis.. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947-981. <https://doi.org/10.1037/a0027930>
- Erbil, N. and Gümüşay, M. (2018). Relationship between perceived social support and attitudes towards menopause among women and affecting factors. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 4(2), 7-18. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.417940>
- Escobar, J. I., & Canino, G. (1989). Unexplained physical complaints: psychopathology and epidemiological correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 154(S4), 24–27
- Espiridion, E. D., & Kerbel, S. A. (2020). A systematic literature review of the association between somatic symptom disorder and antisocial personality disorder. *Cureus*, 12(7)
- Euteneuer, F., Rief, W., & Pieritz, K. (2015). Childhood adversities and laboratory pain perception. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2109. <https://doi.org/10.2147/ndt.s87703>

- Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 934–943
- Farina, B., Imperatori, C., Adenzato, M., & Ardito, R. B. (2021). Perceived parental over-protection in non clinical young adults is associated with affective vulnerability: A cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 292, 496-499.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330–338
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411–1423
- Fishbain, D. A. (1994). Secondary gain concept: Definition problems and its abuse in medical practice. *APS Journal*, 3(4), 264–273
- Freud, S. (1894). The Neuro-Psychoses of Defence. *Standard Edition*, Vol. 3, Hogarth Press, London, 45–61
- Freud, S. (1896). Further remarks on the neuro-psychosis of defence. *Standard Edition*, Vol. 3
- Freud, S. (1906). My Views on the Part Played by Sexuality in the Aetiology of the Neuroses. *Standard Edition*, Vol. 7, 270–279
- Gelenberg, A. J. (2000). Psychiatric and somatic markers of anxiety: identification and pharmacologic treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 2(2), 49.
- Gersons, B. P., & Carlier, I. V. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748.
- Ghorbani, N., Watson, P., Salimian, M., & Chen, Z. (2013). Shame and guilt: relationships of test of self-conscious affect measures with psychological adjustment and gender differences in iran. *Interpersona an International Journal on Personal Relationships*, 7(1), 97-109. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v7i1.118>
- Giller, E. (1999). What is psychological trauma. *Sidran Institute*, 15, 2021.
- Gillespie, N. A., Zhu, G., Heath, A. C., Hickie, I. B., & Martin, N. G. (2000). The genetic aetiology of somatic distress. *Psychological Medicine*, 30(5), 1051–1061

- Glaus, J., Moser, D. A., Rusconi Serpa, S., Jouabli, S., Turri, F., Plessen, K. J., & Schechter, D. S. (2022). Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 820652
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Grover, S., Kalita, K., Dalal, P., Rao, G., Chadda, R., Lakdawala, B., ... & Deka, K. (2013). Ips multicentric study: functional somatic symptoms in depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(1), 31. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105502>
- Gubb, K. (2013). Psychosomatics today: A review of contemporary theory and practice. *The Psychoanalytic Review*, 100(1), 103–142
- Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M., & Hopper, E. (2017). Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: A new framework. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 86
- Güleç, H., Sayar, K., & Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133–144
- Hables, R. and Moussa, A. (2022). Association between perceived social support, attitude and depression among menopausal women. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 25(22), 11-22. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2022.241870>
- Haj-Yahia, M. M., & Tamish, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child Abuse & Neglect*, 25(10), 1303–1327
- Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1987). A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment. *American Psychologist*, 42(2), 160–165
- Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1991). Psychological maltreatment: Progress achieved. *Development and Psychopathology*, 3(1), 61–70
- Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J., & Davidson, H. A. (2002). Psychological maltreatment. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 79–103). Sage Publications

- Hartvig, P., & Sterner, G. (1985). Childhood Psychologic Environmental Exposure in Women with Diagnosed Somatoform Disorders: A Case-control Study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13(4), 153–157
- Hasselt, F., Schorr, S., Mookhoek, E., Brouwers, J., Loonen, A., & Taxis, K. (2012). Gaps in health care for the somatic health of outpatients with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 249-255. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00859.x>
- Held, P., Owens, G., & Anderson, S. (2015). The interrelationships among trauma-related guilt and shame, disengagement coping, and ptsd in a sample of treatment-seeking substance users.. *Traumatology an International Journal*, 21(4), 285-292. <https://doi.org/10.1037/trm0000050>
- Herman, J. L. (2011). *Travma ve iyileşme*. İstanbul: Literatür Yayıncılık
- Hickie, I., Bennett, B., Lloyd, A., Heath, A., & Martin, N. (1999). Complex genetic and environmental relationships between psychological distress, fatigue and immune functioning: a twin study. *Psychological Medicine*, 29(2), 269–277
- Hiller, W., Rief, W., & Fichter, M. M. (2002). Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(4), 707–718
- Hinsie, L. E., & Campbell, R. I. (1960). *Psychiatric Dictionary* (3rd ed.). Oxford University Press
- Hobfoll, S. E. (2009). Social support: The movie. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 93–101
- Holliday, K. L., Macfarlane, G. J., Nicholl, B. I., Creed, F., Thomson, W., & McBeth, J. (2010). Genetic variation in neuroendocrine genes associates with somatic symptoms in the general population: results from the EPIFUND study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 469–474
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293–318
- Höglund, P., Hakelind, C., & Nordin, S. (2020). Severity and prevalence of various types of mental ill-health in a general adult population: age and sex differences.. <https://doi.org/10.21203/rs.2.16384/v3>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, M., Schwandt, M., Ramchandani, V., George, D., & Heilig, M. (2012). Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 36(6), 1099-1107. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01695.x>
- Hutten, E., Jongen, E. M., Vos, A. E., van den Hout, A. J., & van Lankveld, J. J. (2021).

- Loneliness and mental health: the mediating effect of perceived social support. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11963.
- Idsoe, T., Dyregrov, A., & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 901–911. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9620-0>
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. The Free Press.
- Jegan, N., Brügger, M., Viniol, A., Strauch, K., Barth, J., Baum, E., ... & Becker, A. (2017). Psychological risk and protective factors for disability in chronic low back pain – a longitudinal analysis in primary care. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1482-8>
- Jeon, H., Woo, J., Kim, H., Fava, M., Mischoulon, D., Cho, S., ... & Hong, J. (2016). Gender differences in somatic symptoms and current suicidal risk in outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Investigation*, 13(6), 609. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.6.609>
- Jin, B., Lee, S., & Chung, U. (2022). Jeopardized mental health of children and adolescents in coronavirus disease 2019 pandemic. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 65(7), 322-329. <https://doi.org/10.3345/cep.2021.01753>
- Jönsson, F., Sebastián, M., Strömsten, L., Hammarström, A., & Gustafsson, P. (2016). Life course pathways of adversities linking adolescent socioeconomic circumstances and functional somatic symptoms in mid-adulthood: a path analysis study. *Plos One*, 11(5), e0155963. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155963>
- Jung, J. and Soo, S. (2023). Childhood emotional abuse and adult mental health at the intersection of social relationship and education. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(6), 1335-1344. <https://doi.org/10.1177/00207640231161295>
- Kahneman, D. and Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(38), 16489-16493.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214–1222
- Karasar, N. (2011), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınlar
- Kaya, E. (2020). Assessment of anger, depression symptoms, offence-related shame and guilt levels in women patients with migraine. *Dusunen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.14744/dajpns.2020.00104>
- Kealy, D., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., & Spidel, A. (2018). Childhood trauma and

somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, 268, 169–174

Keith, L., Gillanders, D., & Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 317–327

Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *Jama*, 258(19), 2718-2722.

Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 150-160.

Kendall-Tackett, K. (2013). Childbirth-related psychological trauma: It's finally on the radar and it affects breastfeeding. *Science and Sensibility*

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164

Kendall-Tackett, K., & Marshall, R. (1998). Sexual victimization of children: Incest and child sexual abuse. In *Issues in Intimate Violence* (pp. 47–64). SAGE Publications, Inc

Kerber, A., Gewehr, E., Zimmermann, J., Sachser, C., Fegert, J. M., Knaevelsrud, C., & Spitzer, C. (2023). Adverse childhood experiences and personality functioning interact substantially in predicting depression, anxiety, and somatization. *Personality and Mental Health*, 17(3), 246–258

Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik psikiyatri*, 1, 14-19.

Kim, M. (2020). Psychiatric symptoms and emotion regulation strategies among the unemployed people in korea: a latent profile analysis. *Plos One*, 15(8), e0236937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236937>

Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647–655

Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 832–840

Kiser, L. J. (2007). Protecting children from the dangers of urban poverty. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 211–225

Klevens, J. and Ports, K. (2017). Gender inequity associated with increased child physical abuse and neglect: a cross-country analysis of population-based surveys and country-level statistics. *Journal of Family Violence*, 32(8), 799-806. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9925-4>

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.

- Klooster, P., Christenhusz, L., Taal, E., Eggelmeijer, F., Woerkmom, J., & Rasker, J. (2014). Feelings of guilt and shame in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 33(7), 903-910. <https://doi.org/10.1007/s10067-014-2516-3>
- Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.
- Korbin, J. E. (1991). *Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century*. *Child Abuse & Neglect*, 15, 67-77.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic medicine*, 60(2), 150-155.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126-150.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *The psychoanalytic study of the child*, 33(1), 81-116.
- Küpeli, S., Kanbur, N., & Derman, O. (2003). Çocuk istismarı: Bir olgu sunumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(4), 129-130
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451-466
- Lee, J. (2014). Psychological symptoms and stress coping styles in college students with somatization. *Korean Journal of Stress Research*, 22(3), 149-158. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2014.22.3.149>
- Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control*, Atlanta, GA
- Li, G., Li, Y., Lam, A. I. F., Tang, W., Seedat, S., Barbui, C., ... & Hall, B. J. (2023). Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Mental Health*, 26(1)
- Lilienfeld, S. O., Van Valkenburg, C., Larntz, K., & Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 143(6), 718-722
- Lilly, M., & Valdez, C. (2012). The unique relationship of emotion regulation and alexithymia in predicting somatization versus PTSD symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 609-625.

- Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(6), 609–612
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1436–1443
- Luckhurst, R. (2013). *The trauma question*. Routledge.
- Ludwig, S., & Rostain, A. (2009). Family Functioning and Dysfunctioning. In W.B. Carey, A. C. Crocker, W. L. Coleman, E. R. Elias, & H. M. Feldman (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics* (4th ed., pp. 103–118). Elsevier HealthSciences.
- Macina, C., Bendel, R., Walter, M., & Wrege, J. S. (2021). Somatization and Somatic Symptom Disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 151, 110646
- Mahood, C. and Hanus, M. (2017). Role-playing video games and emotion: how transportation into the narrative mediates the relationship between immoral actions and feelings of guilt.. *Psychology of Popular Media Culture*, 6(1), 61-73. <https://doi.org/10.1037/ppm0000084>
- Mai, F. (2004). Somatization disorder: a practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 652–662
- Marici, M., Clipa, O., Runcan, R., & Pîrghie, L. (2023). Is rejection, parental abandonment or neglect a trigger for higher perceived shame and guilt in adolescents?. *Healthcare*, 11(12), 1724. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121724>
- Marschall, D., Sanftner, J., & Tangney, J. P. (1994). The state shame and guilt scale. *Fairfax, VA: George Mason University*, 4, 371-392.
- Marty, P. (1968). A major process of somatization: the progressive disorganization. *The International Journal of Psychoanalysis*
- Maschi, T., Baer, J., Morrissey, M. B., & Moreno, C. (2013). The aftermath of childhood trauma on late life mental and physical health: A review of the literature. *Traumatology*, 19(1), 49–64
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716–722
- Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(4). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-954>
- McCall-Hosenfeld, J., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. (2014). The association

of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(3), 196-204. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.011>

- McGee, R. A., & Wolfe, D. A. (1991). Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3(1), 3–18
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16(1), 1–7
- Meissner, W. W. (2006). Psychoanalysis and the mind–body relation: Psychosomatic perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 295–315
- Melrose, K. L., Brown, G. D., & Wood, A. M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, 77, 97–105
- Meng, X. and D’Arcy, C. (2016). Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1071-7>
- Mishna, F. (2012). *Bullying: A guide to research, intervention, and prevention*. Oxford University Press
- Mo, D., Li, X., Hu, S., Guo, P., Liu, S., Geng, F., ... & Zhang, H. (2021). Somatization symptoms regulate emotional memory bias in adolescents with major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.656198>
- Mulak, A., Freud, T., Waluga, M., Bangdiwala, S., Palsson, O., & Sperber, A. (2023). Sex- and gender-related differences in the prevalence and burden of disorders of gut-brain interaction in poland. *Neurogastroenterology & Motility*, 35(6). <https://doi.org/10.1111/nmo.14568>
- Muris, P. (2015). Guilt, shame, and psychopathology in children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 177–179
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 321–337
- National Research Council. (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press
- Nikseresht, A., Yabande, A., & Rahmanian, K. (2017). Pre-competition anxiety score among elite boy swimmers in iran. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*, 15(6), 65-70. <https://doi.org/10.5742/mewfm.2017.92986>
- Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*, 9(11), e1001349.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498–511
- Novais, M., Henriques, T., Vidal-Alves, M. J., & Magalhães, T. (2021). When problems only get bigger: the impact of adverse childhood experience on adult health. *Frontiers in psychology*, 12, 693420.
- Okafor, C., Udofia, O., & Ekpe, E. (2015). Psychiatric diagnoses of patients presenting with functional somatic symptoms in a primary care clinic at a university teaching hospital in nigeria. *Open Journal of Depression*, 04(03), 31-40. <https://doi.org/10.4236/ojd.2015.43004>
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Withhöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, 14(6), e0217277.
- Oral, K. Ü., Engin, P., & Büyükyazıcı, Z. (2010). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması - Özet Rapor, 30
- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ateş, N., Çetin, G., Miral, S., Hancı, H., Erşahin, Y., Tepel, N., Bulguç, A. G., & Tıraş, B. (2001). Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 25(2), 279–290. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00241-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00241-6)
- Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., & Howard, L. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94-99. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109934>
- Orth, U., Robins, R., & Soto, C. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1061-1071. <https://doi.org/10.1037/a0021342>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.
- Özdemir, Ş., Baloğlu, M., & Şahin, R. (2022). The japanese adaptation and validation of the covid-19 phobia scale (c19p-s). *Journal of Community Psychology*, 52(5), 654-664. <https://doi.org/10.1002/jcop.22850>
- Özen, Y. (2019). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 3(5), 362-375.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 131-136.

- Öztürk, E., Derin, G. ve Okudan, M. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Savunma Mekanizmaları ve Kendine Zarar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences*, 17(1).
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune & Stratton
- Parr, N., Zeman, J., Braunstein, K., & Price, N. (2016). Peer emotion socialization and somatic complaints in adolescents. *Journal of Adolescence*, 50(1), 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.04.004>
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 257-278.
- Patel, V., Andrews, G., Pierre, T., & Kamat, N. (2003). Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: a cross-sectional survey in schools in Goa, India. *Progress in Reproductive Health*, 64, 6-7
- Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 49-62
- Perry, B. (1999). Memories of fear. Splintered reflections.
- Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, 100(8), 1183-1193
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105226
- Purcell, R., Pathe, M., & Mullen, P. E. (2005). Association between stalking victimisation and psychiatric morbidity in a random community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 416-420
- Rickles, W. H. (1986). Self psychology and somatization: An integration with alexithymia. *Progress in Self Psychology*, 2, 212-226
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 821-841
- Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., & Euteneuer, F. (2010). Psychobiological differences between depression and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 495-502
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 587-595
- Ringel, S., & Brandell, J. R. (Eds.). (2011). Trauma: Contemporary directions in theory,

practice, and research. Sage.

- Rodin, G. M. (1991). Somatization: A perspective from self psychology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(3), 367–384
- Rohleder, N., Chen, E., Wolf, J. M. ve Miller, G. E. (2008). The Psychobiology of Trait Shame in Young Women: Extending the Social Self Preservation Theory. *Health Psychology*, 27(5), 523–532. doi:10.1037/0278-6133.27.5.523
- Rost, K. M., Akins, R. N., Brown, F. W., & Smith, G. R. (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14(5), 322–326
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017–1050
- Runyan, D., May Chahal, C., & Hassan, F. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. *World Report on Violence and Health*
- Runyan, D. K., Shankar, V., Hassan, F., Hunter, W. M., Jain, D., Paula, C. S., ... & Bordin, I. A. (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126(3), e701–e711
- Russo, J., Katon, W., Sullivan, M., Clark, M., & Buchwald, D. (1994). Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics*, 35(6), 546-556.
- Saadati, N., Kılıçaslan, F., & Salami, M. (2023). The psychosomatic effects of childhood trauma: insights from adult survivors. *JPPR*, 2(2), 34-40. <https://doi.org/10.61838/kman.jprr.2.2.6>
- San Sebastian, M., Hammarström, A., & Gustafsson, P. E. (2015). Socioeconomic inequalities in functional somatic symptoms by social and material conditions at four life course periods in Sweden: a decomposition analysis. *BMJ open*, 5(8), e006581.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., & Kolk, B. A. V. D. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1329-1334.
- Schimmenti, A. and Bifulco, A. (2013). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41-48. <https://doi.org/10.1111/camh.12051>
- Schnapp, B., Slovis, B., Shah, A., Fant, A., Gisondi, M., Shah, K., ... & Lech, C. (2016). Workplace violence and harassment against emergency medicine residents. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 567-573. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.6.30446>

- Schubach, A., Quigley, B., Lackner, J., & Gudleski, G. (2024). Somatization mediates the relationship between childhood trauma and pain ratings in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 58(10), 1034-1042. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000001974>
- Serbic, D. and Pincus, T. (2017). The relationship between pain, disability, guilt and acceptance in low back pain: a mediation analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(4), 651-658. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9826-2>
- Serbic, D., Pincus, T., Fife-Schaw, C., & Dawson, H. (2016). Diagnostic uncertainty, guilt, mood, and disability in back pain.. *Health Psychology*, 35(1), 50-59. <https://doi.org/10.1037/hea0000272>
- Shangguan, F., Xiao, Q., Qian, W., Zhou, C., Zhang, C., & Zhang, X. (2020). Prevalence and correlates of somatization in anxious individuals in a chinese online crisis intervention during covid-19 epidemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.035>
- Sharma, P., Sen, M., Sinha, U., & Kumar, D. (2024). Childhood trauma, emotional regulation, alexithymia, and psychological symptoms among adolescents: a mediational analysis. *Indian Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1177/02537176241258251>
- Sharma, P., Sen, M., Sinha, U., & Kumar, D. (2024). Unveiling adolescent struggles: exploring the interplay of childhood trauma, emotional regulation, and externalizing symptoms. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 39-47. <https://doi.org/10.1177/09731342241286273>
- Shapiro, E. G., & Rosenfeld, A. A. (2012). *The somatizing child: Diagnosis and treatment of conversion and somatization disorders*. Springer Science & Business Media.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shar, V. (1998). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2, 823–833
- Shar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & 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 & Dissociation*, 22(1), 35–51
- Shelby, G., Shirkey, K., Sherman, A., Beck, J., Haman, K., Shears, A., ... & Walker, L. (2013). Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics*, 132(3), 475-482. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2191>
- Shin, K., Cho, S., Lee, S., & Chung, Y. (2014). A pilot prospective study of the relationship among cognitive factors, shame, and guilt proneness on posttraumatic stress disorder symptoms in female victims of sexual violence. *Journal of Korean Medical Science*, 29(6), 831. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.6.831>

- Shirley, F. S., ve Kenneth, S. P. (1994). The experience of "forgetting" childhood abuse: A national survey of psychologists. JL Herman (Ed.), *Trauma and Recovery*.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England journal of medicine*, 341(18), 1329-1335.
- Skinner, B. F. (2019). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. BF Skinner Foundation
- Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2008). Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 335–341
- Stewart, S. E., & Shapiro, L. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1), 63–70
- Straussner, S. L. A., & Calnan, A. J. (2014). Trauma through the life cycle: A review of current literature. *Clinical Social Work Journal*, 42, 323–335
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48, 345-355.
- Stoudemire, A. (1991). Somatothymia: Parts I and II. *Psychosomatics*, 32(4), 365–381
- Stuart, S., & Noyes Jr, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34–43
- Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2007). Shame and guilt in antisocial and risky behaviors. *The self-conscious emotions: Theory and research*, 371-388.
- Sugaya, L., Hasin, D., Olsson, M., Lin, K., Grant, B., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 384-392. <https://doi.org/10.1002/jts.21719>
- Szentágotai-Táttar, A., & Miu, A. C. (2016). Individual differences in emotion regulation, childhood trauma and proneness to shame and guilt in adolescence. *PLOS One*, 11(11), e0167299
- Şar, V. (1998). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri temel kitabı*, 2, 823-833.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & 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 & Dissociation*,

22(1), 35-51.

- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* (Journal of Medical Sciences), 32(4), 1054-1063. <http://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>
- Taihara, Q., & Malik, J. A. (2016). Is it adaptive or maladaptive? Elaborating conditional role of shame and guilt in development of psychopathologies. *Psychological Studies*, 61, 331–339
- Taner, Y., ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.
- Tangney, J. P. (1999). The self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment and pride. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 541–568). John Wiley & Sons Ltd
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press. <https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 345–372
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of personality and social psychology*, 70(4), 797.
- Taşcıoğlu, G., Çakıcı, E., & Cırhinlioğlu, F. G. (2021). Somatization level among psychosomatic dermatology patients: Relationship with dyadic adjustment, gratitude, forgiveness, and perfectionism. *Alpha Psychiatry*, 22(3), 165.
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 487–508
- Terluin, B. (2016). The four-dimensional symptom questionnaire (4dsq) in the general population: scale structure, reliability, measurement invariance and normative data: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0533-4>
- Togas, C. and Alexias, G. (2022). Translation and psychometric evaluation of the greek version of the body image guilt and shame scale. *Psychology the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 27(1), 194-209. <https://doi.org/10.12681/psyhps.25900>
- Tong, E. M., Reddish, P., Oh, V., Ng, W., Sasaki, E., Chin, E. D., & Diener, E. (2022). Income robustly predicts self-regard emotions. *Emotion*, 22(7), 1670.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103–125

- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2006). Appraisal antecedents of shame and guilt: Support for a theoretical model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(10), 1339–1351
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662>
- Udo, T. and Grilo, C. (2019). Psychiatric and medical correlates of dsm-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the united states. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 42-50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>
- Van der Kolk, B. A. (2018). Beden kayıt tutar travmanın iyileşmesinde beyin zihin ve beden. Çev. Meral, N.C. Ankara: Nobel Yaşam. s.140-143.
- Van Dijke, A., van der Hart, O., Ford, J. D., van Son, M., van der Heijden, P., & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 424-443.
- Verhaeghe, P., Vanheule, S., & De Rick, A. (2007). Actual neurosis and somatoform disorders: A Lacanian perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(2), 195–215
- Vos, A. E., Jongen, E. M., van den Hout, A. J., & van Lankveld, J. J. (2023). Loneliness in patients with somatic symptom disorder. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(2), 291-297.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 68(1), 129–135
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation. A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156
- Wang, W., Wu, X., & Tian, Y. (2018). Mediating roles of gratitude and social support in the relation between survivor guilt and posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth among adolescents after the Ya'an earthquake. *Frontiers in Psychology*, 9, 2131
- Warner-Rogers, J. E., Hansen, D. J., & Hecht, D. B. (1999). Child physical abuse and neglect. In *Handbook of Psychological Approaches with Violent Offenders: Contemporary Strategies and Issues* (pp. 329–355)
- Wazir, M. (2023). Psychiatric illnesses, somatic complaints, and treatments in a tertiary care hospital in khyber pakhtunkhwa, pakistan: a cross-sectional study. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.43151>

- Webb, J., & Musello, C. (2018). Çocukta ihmalin izi: Boşluk hissi (G. Arıkan, Çev.). Sola Unitas. (Orijinal eser 2014'te yayınlandı)
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31(11–12), 1143–1153
- Wei, D., Liu, Y., Zhuang, K., Lv, J., Meng, J., Sun, J., ... & Qiu, J. (2020). Brain structures associated with individual differences in somatic symptoms and emotional distress in a healthy sample. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.492990>
- Williamson, T., Ostroff, J., Haque, N., Martin, C., Hamann, H., Banerjee, S., ... & Shen, M. (2020). Dispositional shame and guilt as predictors of depressive symptoms and anxiety among adults with lung cancer: the mediational role of internalized stigma.. *Stigma and Health*, 5(4), 425-433. <https://doi.org/10.1037/sah0000214>
- Williamson, V., Creswell, C., Fearon, P., Hiller, R. M., Walker, J., & Halligan, S. L. (2017). The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 53, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.005>
- Wilson, J. P., Droždek, B., & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(2), 122–141
- Wilson, L. C., & Scarpa, A. (2014). Childhood abuse, perceived social support, and posttraumatic stress symptoms: A moderation model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 512–518
- Wiltermuth, S. and Cohen, T. (2014). “i’d only let you down”: guilt proneness and the avoidance of harmful interdependence.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(5), 925-942. <https://doi.org/10.1037/a0037523>
- Winnicott, D. W. (1988). *Human nature*. New York: Schocken Books
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134–151. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2007). *Treating somatization: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva* (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization
- World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2016). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence

e=1

- Wu, L. and Fitts, E. (2021). Effect of body-gender transfer in virtual reality on the perception of sexual harassment. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 65(1), 1089-1093. <https://doi.org/10.1177/1071181321651094>
- Wu, S., Yang, T., He, Y., Cui, X., Luo, X., & Liu, J. (2021). Association between hyperactivity symptoms and somatic complaints: mediating and moderating mechanisms in childhood trauma and life events among chinese male adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.630845>
- Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y., ve Fukui, K. (2005). Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(5), 533-538.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

EKLER

EK 1 ETİK KURUL KARARI

	İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI
---	---

Toplantı Tarihi: 06.03.2024

Toplantı Sayısı: 175

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Başkan)
Prof. Dr. Süleyman Nazif Eripek	(Üye)
Prof. Dr. Fatma Çiğdem Çelik	(Üye)
Prof. Dr. Ayşe Demet Kaya	(Üye)
Prof. Dr. Tuğrul Erbaydar	(Üye)
Prof. Dr. Arif Haldun Soygür	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Deniz Sönmez	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Aylin Seylam Küşümler	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 06.03.2024 tarihinde toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 8-Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü – Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı’ndan **Cemre KANAK’ ın Dr. Öğr. Üyesi Evin AYDIN YÖNTEM** danışmanlığında **“Çocukluk Çağı Travmaları ve Somatizasyon Arasındaki İlişkide Utanç, Suçluluk ve Algılanan Sosyal Desteğin Aracı Rolü”** başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

EK 2 BİLGİLENDİRİCİ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Evin Aydın Yöntem'in akademik danışmanlığında, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi kapsamında Cemre Kanak tarafından yürütülmektedir. Çalışma, yetişkin bireylerde, çocukluk çağı travmaları, somatizasyon, utanç, suçluluk ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırma sonuçlarının somatik belirtilere yönelik koruyucu müdahaleler ile tedavi planları oluşturmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden yaklaşık 15-20 dakika sürmesi beklenen bir ölçek setini doldurmanız beklenecektir. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmamızda sizden kimlik bilgileriniz istenmemektedir ve cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacaktır. Mevcut çalışma sonucunda elde edilen bilimsel bilgiler yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, bilimsel çalışma ve yayınlarda kullanılacak ve başka kimseyle paylaşılmayacaktır.

Araştırma sonucunda sağlıklı bilgiler edinilebilmesi adına soruları eksiksiz ve samimiyetle cevaplamanız oldukça önemlidir. Lütfen her ölçeğin başındaki yönergeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun şekilde cevaplayınız. Çalışmada genel olarak rahatsızlık verecek maddeler bulunmamaktadır; ancak yine de sorulardan dolayı veya herhangi bir sebeple kendinizi rahatsız hisseder veya devam etmek istemezseniz hiçbir gerekçe göstermeden çalışmayı yarıda bırakma ve sağladığınız verileri geri çekme hakkınız vardır. Çalışmadan çekilme sebebinizin soruların sizde yarattığı rahatsızlık olması halinde ve istediğiniz takdirde araştırmacılarca gerekli yardım sağlanacaktır. Çalışmayı yarıda bırakmanız ve/veya verilerinizi geri çekmeniz size herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir.

Cemre Kanak
cemrekanak97@gmail.com

Okan Üniversitesi

Katılımcı izin formunu okudum. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

EK 3 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz:
o Kadın

- ☐ Erkek
- ☐ Diğer

Yaşınız:

- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55 ve üstü

Öğrenim Durumunuz:

- ☐ İlköğretim
- ☐ Lise
- ☐ Ön Lisans
- ☐ Lisans
- ☐ Lisansüstü

Aylık gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz:

- ☐ Düşük
- ☐ Orta
- ☐ Yüksek

Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?:

- ☐ Anne-baba ve/veya kardeşimle
- ☐ Tek
- ☐ Arkadaşım/Arkadaşlarımla birlikte
- ☐ Eşimle/Partnerimle birlikte

Geçmişte veya günümüzde psikiyatrik tanı aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:

Geçmişte veya günümüzde psikolojik destek aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Herhangi bir tanı almış sağlık probleminiz var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:

EK 4 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

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

	1.Hiçbir Zaman	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4.Sık Olarak	5.Çok Sık
Çocukluğumda ya da ergenliğimde...	1	2	3	4	5
1)Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığını 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) Sevildiğimi 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 bir 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 vuruluyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19)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) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar	1	2	3	4	5

vermekle tehdit eden biri vardı.					
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25) Ailemdelikler 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) Ailemdelikler yaşlıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30) Ailemdelikler 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) Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.	1	2	3	4	5

EK 5 BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R) (SOMATİZASYON ALT ÖLÇEĞİ)

Aşağıdaki zaman zaman herkesin rastlayabileceği problem ve şikâyetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Bu ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her soruyu dikkatle okuyunuz.

1- Baş Ağrısı

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

2- Baygınlık veya baş dönmesi

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

3- Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

4- Belin alt kısmında ağrılar

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

5-Bulantı veya midede rahatsızlık hissi

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

6-Adale(kas) ağrıları

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

7- Nefes almada güçlük

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

8- Soğuk veya sıcak basması

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

9- Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

10- Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

11- Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

12- Kol ve bacaklarda ağırlık hissi

() Hiç () Çok az () Orta derecede () Oldukça fazla () İleri derecede

EK 6 SÜREKLİ UTANÇ VE SUÇLULUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geçen ay süresince kendinizle ilgili hislerinizi tanımlamaya yönelik ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerin sizin bu süre içindeki duygularınızı ne ölçüde anlatıp anlatmadığını her bir ifade için 5'li derecelendirme ölçeğini kullanarak belirtiniz.

1-----2-----3-----4-----5

Bu şekilde
hissetmedim

Bu şekilde
hissettiğim oldu

Bunu güçlü bir
şekilde hissettim

1. _____ Kendimi iyi hissettim.
2. _____ Yerin dibine girip, yok olmak istedim.
3. _____ Vicdan azabı ve pişmanlık hissettim
4. _____ Kendimi değerli ve kıymetli hissettim
5. _____ Kendimi önemsiz hissettim.
6. _____ Daha önce yaptığım şeylerle ilgili gerginlik hissettim
7. _____ Kendimi yetenekli ve işe yarar hissettim.
8. _____ Kendimi kötü bir kişiymiş gibi hissettim.
9. _____ Yaptıklarım ile ilgili düşünmekten kendimi alıkoyamadım.
10. _____ Kendimle gurur duydum.
11. _____ Kendimi aşağılanmış ve rezil olmuş hissettim.
12. _____ Kendimi özür diliyor ve itiraf ediyormuş gibi hissettim.
13. _____ Yaptıklarım dan memnun oldum.
14. _____ Kendimi değersiz ve güçsüz hissettim.
15. _____ Yaptıklarım hakkında kendimi kötü hissettim

EK 7 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

