



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE TAKİPLİ YETİŞKİNLERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SİGARA, ALKOL VE
MADDE KULLANIMINA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. NARİN TADİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2023



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE TAKİPLİ YETİŞKİNLERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ SİGARA, ALKOL VE
MADDE KULLANIMINA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. NARİN TADİK
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. TAHSİN ÇELEPKOLU
DİYARBAKIR-2023**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca yardımını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tezimin yürütülmesinde emek ve katkılarından dolayı başta tez danışmanım Prof. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU olmak üzere değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE'ye, tezime katkı sağlayan bütün hastalara, değerli meslektaşım Dr Muhammed Çelebi ARSLAN'a bölüm sekreterimiz Veli ADIYAMAN'a, hep yanımda olup desteğini hissettiren canım aileme, yakın arkadaşlarım olan Arin ÖZDAŞ, Barış YİĞİT, Medine YERLİKAYA'ya, kuzenim Rozerin TADİK'e sevgi ve şükranlarımla.



ÖZET

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı travmaları, karmaşık sebepleri ve trajik anlamda sonuçları olan; gelişimsel, tıbbi, psiko-sosyal ve hukuki olarak kapsamlı ciddi bir sorundur. Çocukluk travması yaşayan bireyin gösterdiği stres reaksiyonları çocukluktan yetişkinliğe kadar geçen sürede sigara, alkol ve madde kullanımı başta olmak üzere birçok ruhsal sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmanın amacı; alkol, madde ve sigara kullanımı risk artışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin olup olmadığını belirlemektir.

Materyal ve Metod: Bu çalışma, Diyarbakır Bağlar 003 nolu Aile sağlığı Merkezi'nde takipli 18-65 yaş arası kayıtlı 350 yetişkin üzerinde yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve çocukluk çağı travma ölçeği fiziki olarak uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSSv23 programı ile istatistiksel analiz yapılmıştır.

Bulgular: Sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, cinsel istismara maruz kalma düzeyleri yüksek bulundu. Sigara kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayanlara göre, duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Haftada 3 günden fazla alkol alanların, 3 günden az alanlara göre fiziksel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Madde kullanan bireylerin madde kullanmayanlara göre, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç: Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Çocukluk çağı travmalarının bütün alt boyutlarla orta ve ileri düzeyde pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismarın artmasının çocukluk çağı travmasını en ileri düzeyde arttıracığı belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının da sigara, alkol ve madde kullanımı için istatistiksel olarak anlamlı şekilde risk artışına neden olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Alkol Kullanımı, Madde Kullanımı, Stres Bozuklukları, Çocuk İstismarı.

ABSTRACT

Introduction and Aim: Childhood traumas with complex causes and tragic consequences; developmental, medical, psycho-social and legally comprehensive is a serious problem. Stress reactions of an individual who has experienced childhood trauma reveal many mental problems, especially cigarette, alcohol and substance use, from childhood to adulthood. The aim of this study is to determine whether the increased risk of alcohol, substance and cigarette use is associated with childhood traumas.

Material and Method: This study was carried out on 350 adults between the ages of 18-65, who were followed up in Diyarbakır Bağlar Family Health Center No. 003. Sociodemographic data form and childhood trauma scale were physically applied to the participants. The obtained data were statistically analyzed with the SPSSv23 program.

Results: The level of exposure to sexual abuse was found to be higher in smokers compared to non-smokers. When the childhood traumas scale and its sub-dimensions were evaluated according to the frequency of smoking; no statistically significant difference was detected. It was determined that individuals who use alcohol have higher levels of exposure to emotional abuse and sexual abuse than those who do not use alcohol. It was determined that those who drink alcohol more than 3 days a week have a higher level of exposure to physical abuse than those who drink less than 3 days a week. It was determined that individuals who use substance have higher levels of emotional abuse, sexual abuse and childhood trauma than those who do not use substances.

Conclusion: When the relationship between the childhood traumas scale and its sub-dimensions is evaluated; It has been determined that childhood traumas have a moderate and advanced positive relationship with all sub-dimensions. It has been determined that the increase in emotional abuse will increase the childhood trauma at the highest level. It has been determined that childhood traumas also cause a statistically significant increase in risk for smoking, alcohol and substance use.

Keywords: Childhood Traumas, Alcohol Consumption, Substance Abuse, Stress Disorders, Child Abuse.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
KISALTMA DİZİNİ.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Travmanın Tanımı	3
2.2 Çocukluk Çağı Travmaları	3
2.2.1. Çocukluk çağı travmaları etiyolojisi	5
2.2.2. Çocukluk çağı travmaları tanım ve türleri	6
2.2.2.1. İstismar	7
2.2.2.2. İhmal	9
2.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Yansımaları	11
2.3.1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu	15
2.3.2. Bipolar (iki uçlu) bozukluk	16
2.3.3. Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu	19
2.3.4. Dissosiyasyon (çözülme) bozuklukları	21
2.3.5. Majör (yeğın) depresyon bozukluğu	24
2.3.6. Obsesif kompulsif bozukluk	26
2.3.7. Şizofreni ve psikozla giden diğerk bozukluklar	28
2.3.8. Travma sonrası stres bozukluğu	30
2.3.9. Uyku bozuklukları	33
2.3.10. Yeme bozuklukları	36
2.4. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	38
2.4.1. Bağımlılık	38
2.4.1.1. Bağımlılık tanı ölçütleri	38

2.4.2. Sigara bağımlılığı.....	39
2.4.3. Alkol bağımlılığı	40
2.4.3.1. Alkol bağımlılığı epidemiyolojisi.....	42
2.4.4. Madde bağımlılığı	43
2.4.4.1. Esrar bağımlılığı	45
2.4.4.2. Sentetik kannabinoidler bağımlılığı	46
2.4.4.3. Uçucu maddeler bağımlılığı.....	47
2.4.4.4. Opiyatların bağımlılığı	47
2.4.4.5. Diğer bağımlılık yapıcı maddeler	47
2.4.4.6. Madde bağımlılığı epidemiyolojisi	48
2.4.5. Bağımlılık ve çocukluk çağı travmaları	50
3. MATERYAL VE METOD	51
4. BULGULAR	53
5. TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	73
7. KAYNAKLAR.....	77
8. EKLER	98

KISALTMA DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BD: Bipolar bozukluk

BPD: Borderline kişilik bozukluğu

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇÇT: Çocukluk çağı travmaları

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal

OCD: Obsesif kompulsif bozukluk

PTSD: Travma sonrası stres bozukluğu

SUD: Madde kullanım bozukluğu

TTM: Trikotilomani

UNİCEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Verilerinin Dağılımı	53
Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımlarına Yönelik Verilerinin Dağılımı.....	54
Tablo 3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine Verdikleri Cevapların Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	55
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyut Ortalama Puanların Değerlendirilmesi	56
Tablo 5. Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	56
Tablo 6. Yaşa Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	57
Tablo 7. Medeni Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	58
Tablo 8. Öğrenim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	59
Tablo 9. Sigara Kullanma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	60
Tablo 10. Sigara Kullanım Sıklığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	61
Tablo 11. Alkol Kullanma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	62
Tablo 12. Alkol Kullanım Sıklığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	63
Tablo 13. Madde Kullanma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	64
Tablo 14. Madde Kullanım Sıklığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	65
Tablo 15. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	66

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık, bir birey, madde veya obje karşısında önüne geçilmez bir arzu duymak, bununla birlikte bu arzunun; kişinin hayatında yasal ve sosyal ilişkiler gibi alanlarda sorunlara neden olmasına karşın devam ettirilmesidir (1). Bağımlılık örüntüsü, maddeyle ilgili toleransın gelişimi neticesinde aynı etkinin devamı için her seferde madde alımının fazlaştırılmasını ve maddenin alınmadığında meydana gelen yoksunluk belirtilerini içermektedir. Madde, alkol ya da sigaraya karşı gelişen bağımlılık pek çok problemin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Literatür incelendiğinde sigara kullanımının çeşitli kanser türlerini ve kalp rahatsızlıklarını ciddi biçimde etkilediği görülmektedir (2). Madde ve alkol kullanımıyla beraber ağız ve diş sağlığında bozulması, hepatit ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) pozitifliğinin artması, kanser, kalp ve kapakçık enfeksiyon riskinin önemli ölçüde arttığı bilinmektedir (3). Bunların dışında madde bağımlılığının; yasal sorunlar, işsizlik, sosyal izolasyon ya da bağımlılık sebebi ile gelişen psikiyatrik rahatsızlıkların meydana gelmesine neden olabilmektedir (4). Madde bağımlılığı birey, aile ve toplum üzerinde ciddi sorunlara neden olmakta ve hayatın her sürecindeki kişiyi negatif olarak etkilemektedir. Bunun yanı sıra genç yetişkin ve ergen bireylerde madde bağımlılığının etkilerinin daha yıkıcı olduğunu söylemek mümkündür. Beyinde bulunan karar verme ve yargılama işlevinin kontrolünden sorumlu olan bölümler yirmili yaşlara kadar tümüyle gelişmemektedir (3). Bu nedenle bu dönemde bulunan kişilerin diğer dönemlere göre madde, alkol ya da sigara kullanma eğilimleri daha fazla olmaktadır (5). Anne ve babaların tutumları da kişinin alkol, sigara veya madde kullanımı konusunda riskli davranışlar sergilemesinde etkilidir. Çocukluk döneminde istismar ve ihmal gibi olaylar kişilerin risk içeren tutumlarda bulunmasında önem taşıyan bir faktördür (6).

Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz olaylar ve travmaları; doğal afetler gibi kişilere bağlı olmayan faktörlerin yanında fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve fiziki, duygusal ihmal gibi kişilerin sebep olduğu durumları da kapsamaktadır. Çocukluk dönemindeki travmalar yetişkinlik hayatını gerek fiziki gerekse de psikolojik bakımdan olumsuz biçimde etkilemektedir. Çocukluk döneminde olumsuz yaşantısı olan bireylerin yaşlılarına oranla daha fazla psikolojik sorunlar yaşadığı görülmektedir (7). Öte yandan çocukluk döneminde olumsuz yaşantısı olan

bireylerin hayat boyu kronik rahatsızlık yaşama, sağlık bakımından riskli tutumlar sergileme, ruh sağlığının ve cinsel sağlığın bozulması, risk taşıyan cinsel tutumların oluşması, alkol ve madde kullanımı, suça karışma, suç işleme ve bir suç sebebi ile mağdur olma riskleri daha çoktur (7).

Bu çalışmanın amacı, çocukluk dönemindeki travmaların yetişkinlerde alkol, sigara ve madde kullanımı üstündeki etkilerinin araştırılmasıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travmanın Tanımı

Travma kelimesinin tıp sözcük dağarcığına ilk girişi 19. yüzyılda gerçekleşmiştir. Öncesinde “Yara, bir dış şiddet tarafından oluşturulan yerel zedelenme” şeklinde tanımlanan travma sözcüğü Sigmund Freud’un katkıları ile ruhsal açıdan da kullanılmıştır. Laplanche ve Pontalis’in Psikanaliz Sözdizimi’ne göre travma kişinin hayatında, yoğunluk açısından belirgin olan uygun biçimde cevap veremediği durumlar, bunların ruhsal açıdan getirdiği olumsuzluklar ve ruhsal hayatın düzene sokulmasında sebep olduğu kalıcı patojendir. Türk Dil Kurumu Ruhsal Sözlüğünde ise travma, canlının ruh ve bedeninde önem taşıyan ve kapsamlı bir yaralanma ya da incinme semptomları yaratan yaşantılar olarak tanımlanmıştır (8). Amerikan Psikiyatri Birliği’ne (APA) göre travmatik olay, kişinin, ağır yaralanma, ölüm veya cinsel saldırı gibi zedeleyici durumları deneyimlemiş ya da tanık olmuş olması, yakınlığı olan birinin başına zorbalıkla bu tarz olayların geldiğini bilmesidir. Öte yandan travma, bahsedilen bu travmatik olaylara kişinin yineleyen şekilde ya da aşırı derecede maruz kalmasıyla oluşabilmektedir (9).

2.2 Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde bulunan kanunlara göre 18 yaşına gelmemiş tüm bireyler çocuktur (10). Kavramsal açıdan çocukluk hayatın temelini oluşturan ve bu süreçte deneyimlenen gerek olumlu gerekse de olumsuz durumların gelecek yaşantıyı da etkilediği bir dönemdir (11).

Çocuklar doğumlarından itibaren çevre ile iletişim halinde olmaktadır ve iletişimin başladığı ilk yer aile ortamıdır. Çocuklar büyüme ve gelişim sürecinin sonuna kadar anne ve babalarıyla etkileşim içindedir. Bireylerin kişiliğinin oluşması ve ruhsal sağlığının temelini atıldığı yer ailedir ve gelişim gösterdikçe çevresindeki insanlarla şekillenmektedir (10). Gelişim dönemini sağlıklı biçimde geçiren çocuklar olumlu ve olumsuz durumları anlamakta ve bunlar ile başa çıkabilmektedir. Fakat kimi zaman çocukların olaylarla başa çıkamadığı ve kendilerini yeterli hissedemedikleri zamanlar olmaktadır. Kendini olaylarla başa çıkmakta yetersiz

hisseden çocuklar bu duygu karşısında yoğun endişe ve korku hissederek yaşama karşı güvensiz düşünceler geliştirebilmektedir. İçinden çıkmakta zorlandığı olaylarla karşılaşan çocukların ruhsal ve fiziki gelişimleri olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bu çocuğun gelişim sürecinde aksamaya neden olan ve hayatındaki olumsuz olaylar çocukluk çağı travmalarını (ÇÇT) oluşturmaktadır (10). Çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaşını doldurmadan fiziki, duygusal, cinsel ihmal ve istismara uğraması yanında aile bireylerinin kaybı, aileden ayrılık, göç, boşanma, şiddet olayına tanık olma, doğal afetlerden etkilenme şeklinde tanımlanmaktadır (12).

Çocuk bu durumlarla hayatı süresince karşılaşabilir ve bunlar çocuğa karşı olumsuz tutum şeklinde ifade edilmektedir. 18 yaşını doldurmamış olan bireylere ilişkin kötü muamele Ulusal Araştırma Konseyi tarafından, çocuğun ruhsal veya fiziki açıdan zarara uğraması olasılığını barındıran davranışlar dışındaki hareketler şeklinde tanımlanmıştır (13). Çocuğun büyüme sürecine engel olacak kimi engellemelere sebep olacak, psikolojik olarak yaralanmasına neden olan ve uygun olmayan davranışlar çocuk istismar ve ihmali olarak değerlendirilmektedir (14).

Kimi araştırmalara göre travmatik hayatlarla baş edebilmenin en güç olduğu süreç çocukluk çağıdır (15). Çocukluk döneminde olumsuz olaylar karşısında yeterlilik gösterme durumu daha az olabilmektedir. Yetişkin bireylerin travmatik olaylar ile başa çıkabilmesiyle çocukların başa çıkabilmesi kıyaslandığında çocukların bu olaylar karşısında daha yetersiz kaldığı görülmektedir. Beynin gelişimi çocuklukta devam etmekte ve çocukluk döneminde birey olumlu ya da olumsuz farklı tecrübelerden etkilenmektedir (16).

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutlarında bulunan çocuk ihmal veya istismarı, bakım veren kişiden çocuğa yönelen zararlı veya elverişsiz biçimde değerlendirilen çocuğun gelişmesini aksatacak eylemsizlik ya da eylemdir. Buna bağlı biçimde çocuğun, ruhsal, cinsel, sosyal ve fiziki açıdan olumsuz etkilenmesi, güvenlik ve sağlığının risk altına girmesidir (14). Çocukluk dönemi travmaları tekrarlanabilir olması, yakın çevre tarafından maruz bırakılması ve çocuğun ileriki dönemlerinde de etkisi devam edebilecek türde olması nedeniyle iyileştirilmesi en zor travma türüdür (17). Çocukluk dönemindeki travmalar toplumsal yaşamdaki her tabakada, ekonomik düzeyde ve etnik grupta karşılaşılabilecek bir türdür (18). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre çocuk istismarı; yetişkin bir kişi tarafından bilinçli

veya bilinçsiz şekilde gerçekleştirilen ve çocuğun psikososyal ve fiziki gelişimini, sağlığını olumsuz açıdan etkileyen davranışlardır. Yapılan tanımdaki en kritik nokta yetişkin tarafından gerçekleştirilen eylemin amacının değil, bu eylemin çocuk üstündeki etkisinin önemli olmasıdır (19). Çocukluk dönemindeki travmalar çocuğun gelişimsel sürecinin aksamasına neden olan ve hayatının ilerleyen süreçlerinde de kendini gösteren bir sorundur (20). Çocuk istismar ve ihmali arasındaki farklılık istismarın etkin, ihmalin ise edilgen olmasıdır. Çocuğun ihmali, duygusal ya da fiziki bakımdan isteyerek ve bilinçli biçimde zarar verildiğinde “aktif”, bilgi eksikliğinden, imkanların sınırlı olmasından kaynaklanan durumlarda “pasif” olarak ifade edilmektedir (21).

2.2.1. Çocukluk çağı travmaları etiolojisi

Çocuk istismar ve ihmali çok sayıda araştırmada karşımıza çıkmaktadır. Adli tıp doktoru olan ve 1860'ta Paris Tıp Akademisi'nde üyelik yapmış olan Tardieu tarafından da çocuklara karşı kötü muamele ele alınmıştır (22). Çocuğa kötü muamele 19. Yy. başlarında sanayi devriminin hızlanması ile şekillenmeye başlamıştır. Bu dönemde fabrikalar ve madenler gibi ağır iş kollarında çalışan çocukların sayısı oldukça fazlaydı. Araştırmacılar tarafından bu iş kollarındaki çocukların psikolojik ve fiziki koşulları incelendiğinde çocukların bitkin oldukları görülmüştür. Bu durum literatürde “hırpalanmış çocuk sendromu” olarak geçmektedir (23). 1972 yılında intrakranial kanama ve kemik kırığı bulunan bir vaka bildirilmiştir (24). 1976'da Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) saptanan fiziki istismar olgusu 669000 olarak belirlenirken 1995'te bu rakam 3 milyona çıkmıştır (25). Ülkemizde ise sonrasında işlenmeye başlayan bu durum 1988-1991 yılları arasında farklı derneklerin kurulması yolu ile zaman zaman farklı araştırma noktaları kullanılarak ele alınmıştır (26).

Yirminci yüzyıl süresince dünya genelinde çocuklara ilişkin önemde artış yaşanması çocuklara yönelik gerçekleştirilen çalışmaları da biçimlendirmiştir. Gerçekleştirilen araştırmalarda çocukların karşılaştığı sorunların ruhsal ve fiziki sağlıklarını önemli ölçüde etkilediği gözlemlenmiş ve hırpalanmış çocuk sendromu kavramının yerini “çocukluk çağı travmaları” kavramı almıştır (27).

Çocukluk dönemindeki travmaların ortaya çıkmasında genel olarak, toplumsal yaşamda çocuğa verilen önem düzeyinin azalması, sosyal değerlerdeki

bozulma, şiddet gibi toplumsal etkenlerle beraber istenmeyen hamilelik, geniş aile yapısı ve ebeveyn tutumları gibi aile içi etkenlerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Öte yandan çocuğun engelli olması, düşük zekâ düzeyine sahip olması ve cinsiyeti gibi durumlar çocukluk çağında karşılaşılabilecek travmalarda risk faktörü olabilmektedir (28).

2.2.2. Çocukluk çağı travmaları tanım ve türleri

18 yaşını doldurmamış çocukların karşılaştıkları bir yükümlülük, güç ya da güven ilişkisi çerçevesinde çocuğun hayatta kalmasına, sağlığına, haysiyetine ya da gelişmesine potansiyel ya da fiili zarar ile neticelenen tüm duygusal ya da fiziki kötü muamele, ihmal, istismar, maddi ve manevi ihmal kötü muamele şeklinde ifade edilmektedir. Literatürde çocuğun ihmal ve istismarına ilişkin farklı sınıflama ve tanımların bulunması ile beraber bu tanım, çocuğa kötü muamele bahsedilen bütün sınıflama ve tanımlara bir çatı oluşturmaktadır (29).

Çocukluk çağı travmalarına ilişkin yapılan çalışmalarda, ihmal ve istismar konusu gözlemlenebilme özelliğinden dolayı sıklıkla ele alınmıştır. Aynı zamanda koruyucu ve baskıcı ebeveyn tutumlarının travmalara sebep olabileceği ifade edilmiştir (30).

Kavramsal bakımdan çocuk istismarı ilk defa 1946'da radyolog olan Caffey tarafından aileler tarafından çocuklara verilen fiziki zararın açıklanması amacı ile kullanılmıştır (31). Hırpalanmış çocuk kavramının literatüre girişi ise 1962'de Kemple sayesinde olmuş, sonrasında ise bu terim yerine çocuk istismarı kavramı kullanılmaya başlanmıştır (32). Çocuk ihmal ve istismarı; ebeveynler, bakım verenler ya da yabancılar tarafından çocuklara bilinçli ya da bilinçsiz olarak gerçekleştirilen, çocuğun sağlığını, yaşamını, ruhsal ve fiziki gelişimi üzerinde negatif etki eden, toplum kuralları ve profesyonel kişiler tarafından uygun olmayan veya zarar verici olarak nitelendirilen eylem ve eylemsizliklere maruz kalmalarıdır (29). Eylem ya da eylemsizlik neticesinde çocuğun güvenlik ve sağlık durumu tehlike altına girmektedir (33). Çocuk ihmali duygusal ve fiziksel ihmal olarak gruplandırılırken, istismar ise duygusal, fiziksel ve cinsel istismar olarak üçe ayrılmaktadır (29).

İstismarla ihmal arasında bulunan farklılıktan dolayı literatürde iki kavramın ayrı değerlendirildiği görülmektedir. İhmal çocuğa karşı olan eylemsizlikleri ifade etmektedir ve pasiftir. İstismar ise, çocuğa zarar veren eylemleri içermektedir ve

aktif yapıdadır (34). Çocuk ihmali bakım vermekle yükümlü bireylerin çocuğun barınma, beslenme, eğitim, bakım, tıbbi destek, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılanmaması olarak ifade edilmektedir. Çocuk istismarında olduğu gibi, bakım vermekle yükümlü kişinin çocuğa yönelik doğrudan zarar verici bir eylemi bulunmasa da çocuğun fiziki, sosyal ve duygusal gelişimine engel olmakta, bu durum ise çocukta travmatik etkiler bırakmaktadır (33).

2.2.2.1. İstismar

Çocuk istismarı, fiziksel, cinsel, duygusal istismar olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır (31)

Duygusal istismar

Duygusal istismar, çocukların ve genç bireylerin, kendilerini olumsuz yönde etkileyen davranış ve tutumlara maruz kalmaları veya gereksinim duydukları bakım, sevgi ve ilgiden yoksun bırakılmaları suretiyle psikolojik hasara uğratılmaları durumu olarak tanımlanmaktadır (35).

Duygusal istismar sıklıkla fiziksel istismar ve cinsel istismar vakalarına eşlik eden şekilde görülmekteyken daha nadir olarak tek başına da görülebilmektedir (14). Diğer istismar türleriyle karşılaştırıldığında toplumda daha yaygın oranda görülmesine rağmen duygusal istismarın etkileri fiziksel şiddetin etkileri gibi kolay gözlemlenebilir olmadığı için (34) fark edilmesi, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanması daha uzun zaman alabilmektedir (14, 35).

Duygusal istismardaki 7 davranış tipi Horton ve Cruise (36) tarafından aşağıdaki şekilde tanımlamaktadır;

Reddetmek: Bir çocuğa yardım etmeyi, şefkat göstermeyi reddetmek gibi çocuğa kendini terk edilmiş hissettiren söylem ve davranışlardır.

Aşağılamak: Çocuğa lakap takma, hakaret etme gibi toplum içinde bir çocuğu küçümseyici sözel içerikler ve davranışlardır.

Korkutmak: Bir çocuğun kendisine, sevdiği birine veya evcil hayvanına zarar vermekle ilgili tehdit içeren sözler ve davranışlardır.

İzole etmek: Bir yetişkinin, çocuğun akranları ile buluşmasını yasaklama, okula göndermeme veya çocuğu kilit altında tutma gibi normal sosyal etkileşimlere katılmasını engelleyen davranışlardır.

Bozmak/ Ayartmak: Antisosyal davranışların (madde kullanımı, suçlu davranış veya saldırganlık), bakım verenler tarafından pekiştirilmesi veya bakım verenlerce çocuğun suça teşvik edilmesi durumudur.

Sömürü: Bakım verenin, kendi ihtiyaçları yararına olacak şekilde çocukta isteklerde bulunması durumudur. Çocuğu bir işte çalıştırmak, evde ağır iş yaptırmak, üzerinden kazanç sağlamak gibi durumları içermektedir.

Duygusal duyarlılığı azaltmak: Bakım verenin, çocukla etkileşime girmeyi reddetmesi, çocuğu görmezden gelmesi, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamaması durumudur (36).

Yukarıdakilere ek olarak, çocukta devamlı kapasitesinin üstünde beklentide olmak, aşırı korumacılık, bağımlı kılmak, aşırı otoriter davranmak, yaşının gerektirdiğinden fazla sorumluluk yüklemek, kardeşler arasında ayırım yapmak, ağır cezalar vermek de bu istismar grubuna girmektedir (33).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) 2010 yılı araştırmasına göre, çocuklarda en sık görülen duygusal istismar türü anne tarafından azarlanmak, ders çalışmaya zorlanmak ve başka bir genç tarafından okulda duymak istemediği sözlere maruz kalmak olarak bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre, anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal istismar davranışları en sık bağırma-azarlama, daha düşük oranda ise odaya kapatma olarak bildirilmiştir (20).

Cinsel istismar

Olgunlaşmamış çocukların tam olarak anlamadıkları, bu nedenle bilinçli bir şekilde dahil olmadıkları ve toplumun tabularını gölgeleyen cinsel faaliyetlere maruz kalmaları, cinsel istismar olarak nitelendirilmektedir (36). Cinsel istismar, yetişkin veya yaşça çocukta büyük ve çocuk üzerinde güç sahibi bir bireyin cinsel haz almak amacıyla yaptığı uygunsuz davranışları içermektedir (31). 18 yaşını doldurmamış bir kişinin, bir yetişkin tarafından cinsel gereksinimini sağlayacak bir biçimde bir eylemle karşı karşıya kalması kadar bu duruma izin verilmesi de cinsel istismar olarak nitelendirilmektedir (37).

Çocuk cinsel istismarı, tecavüz ve çocuğa ilişkin ensesti içermekle beraber bunlarla sınırlı değildir. Anal, oral ya da vajinal olarak giriş (penetrasyon) içeren cinsel ilişki, her türden cinsel ilişki, her türlü cinsel ilişki girişiminin yanı sıra giriş

olmayan genital, rektal veya göğüs bölgesine temas ve dokunmaları içerir. Çocuğa cinsel eylemi izletmek, cinsel organını göstermek (teşhircilik), çocuğun kendi cinsel organını göstermesine veya cinsel biçimde kendini ifade etmesine zorlanmak, uygunsuz cinsel materyallere maruz bırakmak, pornografik görüntüler izletmek gibi temas içermeyen eylemler de cinsel istismarın yelpazesi içinde yer almaktadır (31).

Cinsel istismar vakaların yıllarca gizli tutulması ve vakaların sadece %15'inin bildirilmesi sebebiyle istismar yaygınlığının raporlanandan çok daha yüksek olduğu düşünülmekte, mevcut rakamların net bilgi içermediği bildirilmektedir (14).

Fiziksel istismar

Bir ebeveyn veya bakıcı tarafından yapılan, çocuğun fiziksel yaralanmasına neden olan eylemler, fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Bakıcının veya ebeveynin, çocuğa zarar vermeye ve incitmeye yönelik eylemi, çoğu zaman bilinçlidir. Zarar verici eylem bazen sadece ağrıya bazen de kapsamlı yaralanmalara neden olmaktadır (36).

Fiziksel istismar davranışları; vurma, itme, ısırma, tekmeleme, boğazını sıkma, yaralama, sarsma, zehirleme vb. olabilmektedir (37). Türk toplumunda halen dayak atma, yüze tokat atma, çocuğu sarsma, el içine vurma, gluteal bölgeye şaplak atma davranışları ebeveynlerin disiplin için kullandığı yöntemler olarak bildirilmiştir (38). UNICEF'in araştırmasına göre çocuklar fiziksel istismarı okulda da yaşayabilmektedir (39).

Fiziksel istismar, her ne kadar en kolay saptanabilen istismar türü olsa da istismarda bulunan ebeveyn veya bakıcı durumu gizleyebilmekte veya çocuğun yaralanmayı gizlemesi için tehdit yolu ile baskı yapabilmektedir (35, 36).

Yüzyıllar boyunca çocuklar, toplumsal normlar, kültürel örf ve adetler olarak lanse edilen ritüel veya geleneklerden dolayı bugün istismar sayılan içerikteki fiziksel şiddete maruz kalmış ve halen de dünyanın birçok yerinde maruz kalmaya devam etmektedir.

2.2.2.2. İhmal

İhmal, genel olarak istismardaki belli olaylar kadar kolay tanımlanamayan kronik halleri içermekte (40); sağlık, temizlik, beslenme, yol gösterme, eğitim veya duygusal ihtiyaçların karşılanması alanlarında bakım eksikliğiyle karakterize ve çocuğun normal gelişimini riske atan bir kötü muamele biçimi olarak

tanımlanmaktadır (36). Art niyet içermesi ya da eğitim eksikliğinden kaynaklanması fark etmeksizin, çocuk için temel gereksinim olan koruma ve bakımın sağlanmaması olarak nitelendirilen bu kötü muamele, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (40). İhmale uğrayan çocukların büyük çoğunluğunun, istismara da uğramış olabileceğine özellikle belirtilmektedir (40). İhmal, duygusal ve fiziksel ihmal olarak ayrılmaktadır (34).

Duygusal ihmal

Duygusal ihmal, yeteri kadar duygusal desteğin sağlanmaması, sevginin verilmemesi ve çocuğun şiddet olaylarına maruz kalmasına izin müsaade edilmesi şeklinde ifade edilmektedir (14). Çocuğun pasif olarak duygusal reddi veya duygusal iyilik hali için duyarlılık eksikliğinin belirgin olduğu ebeveyn tutumları da duygusal ihmal davranışı olarak nitelendirilebilir (41).

Duygusal ihmalde, bakıcının yapmadıkları, çocuğun davranışsal, bilişsel, duygusal veya zihinsel bozukluklar geliştirmesine neden olabilirken, görünür yaralanmalar olmaması nedeniyle fark edilmesi gecikmekte ve tanımlanması oldukça zor olmaktadır (40). Çocuğun bakım verenleri tarafından ilgisiz bırakılması, soğuk, mesafeli davranılması, duygusal ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi; sosyal ve duygusal yönden gelişim dönemine uygun ilerleme gösterememesine sebep olabilmektedir. Çocuğun yetersiz ilgi ve dikkat sonucunda çevreden gelebilecek herhangi bir istismar durumu için de risk altında olabileceği belirtilmektedir (42).

Fiziksel ihmal

Fiziksel ihmal, çocukların fiziksel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması durumudur ve 18 yaşını doldurmamış çocuğun veya genç bireyin yetersiz besleme, giydirme, hijyen veya bakım verme neticesinde zarara uğraması durumu olarak tanımlanmaktadır (34, 40). Suç oluşturacak davranışlara müsaade etme, eğitim ihlali ve terk etme, tıbbi ihmal, cinsel istismara neden olan denetimde gösterememe ve gerekli tedaviyi sağlayamama durumları da fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (40). Fiziksel ihmalde, bir çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan kaynağa erişememesi durumu, yoksulluk veya maddi yetersizlik ile ilişkili değildir (43).

Fiziksel ihmal olarak değerlendirilen durumlar arasında, çocuğun sağlıksız, bakımsız, yeterince temiz olmayan, kaza yönünden riskler taşıyan bir evde yaşaması,

sağlığına özen gösterilmemesi, yeterli bakım verilmemesi, gerek duyulduğu zamanlarda hastaneye götürülmemesi, önerilen ilaç veya tıbbi gereçlerin alınmaması ya da annenin hamilelik sırasında alkol ve sigara kullanması da yer almaktadır (44).

2.2.2.3. Aşırı koruma ve kontrol

Bakım verenin, çocuğun faaliyetlerine aşırı şekilde dahil olduğu davranışları içeren aşırı koruma ve kontrol, bakım verenin sürekli olarak çocuğun adına kararlar vermesi, nasıl düşüneceği, hissedeceği konusunda talimatlar vermesi, çocuğun tüm aktivite ve rutinlerini düzenlemesiyle karakterize ebeveynin korumacı, otokratik tutum ve davranışlarıdır (45).

Ebeveynin bu tür davranışları, çocuğun çevreye uyumunu etkileyerek ebeveyne karşı bağımlılık oluşmasına sebep olmakta, bilişsel bir önyargı yaratmak suretiyle çocukta sürekli kaygı şeklinde ortaya çıkartabilmektedir. Aşırı koruma ve kontrol özerklik tanıma davranışının tersi olarak da ifade edilebilmektedir. Ebeveynlerin özerklik vermemesi, çocukların öz yeterliliklerinde bir azalma oluşturabilmekte tehlide karşı algılanan savunmasızlıklarında da artışa sebep olabilmektedir (45). Aşırı koruma ve kontrolün gelişimsel olarak travma yarattığı öne sürülmektedir (46).

Ebeveynlerin sorumluluk almaktan korkmaları, aşırı korumacı davranışları ortaya çıkarabileceği gibi, doğal afet, kaza, gibi durumlardan sonra da ebeveynler kaygıya bağlı aşırı koruma davranışı geliştirebilirler. Ebeveynlerin aşırı koruma ve kontrol içeren bu davranışları, Öztürk ve Şar tarafından “Ebeveyn travması” olarak isimlendirilmiş ve TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (46).

2.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Yansımaları

Doğal ve insan kaynaklı felaketlerin, insanların psikolojik ve fiziksel refahları üzerindeki uzun vadeli zararlı etkileri eskidendir bilinmektedir (47). Çocukluktaki sıkıntı, çok çeşitli yetişkin psikiyatrik bozuklukları için yüksek risk barındırmakta ve yetişkin davranışları ile sosyal işlevleri üzerinde önemli ve süregiden olumsuzluklar yaratmaktadır (48). Bununla birlikte yaşama isteğini, umudunu ve gücünü tahrip ederek ruhsal olarak felç etmektedir (49). Dolayısıyla travmatize insanlarda, bu şekilde duygusal uyuşukluk ve olayı yeniden yaşantılama arasında gidip gelme

oldukça sık görülmektedir (12). Bu da hoş olmayan duygulara, yoğun fiziksel duyumlara, dürtüsel ve saldırgan davranışlara zemin hazırlar ki, travma yaşayanlar bu tepkiler sonrasında kontrolden çıktıklarını hissederek kurtarılamayacak şekilde derinden hasar gördüklerini düşünmeye kapılırlar (50).

Travmatik olaylar bedeni istila ederek, kişinin otonomisi ve bütünlük seviyesi üzerindeki kontrolü sıklıkla kaybetmesine yol açmaktadır (12). Burgess ve Holmstrom 1973'te tecavüzün psikolojik etkileri üzerine bir çalışma yürütmüşlerdir. Boston şehir hastanesinin acil sevisine başvuran tecavüz mağdurlarına yardımcı olmak üzere bir yıl içinde 92 kadın ve 37 çocuk ile görüşme yapmışlardır. Bu görüşmelerde tecavüz travma sendromu olarak tanımladıkları psikolojik reaksiyon kalıbını gözlemlemişler ve kadınların tecavüzü genelde sakat kalmaktan ya da tecavüz esnasında ölmekten korkulan, hayatı tehdit eden bir olay olarak deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Tecavüz sonrasında mağdurların uyuşukluk ve çözülme belirtilerinin yanında irkilme, uyku sorunu, mide bulantısı ve kâbus görme gibi şikayetlerinin olduğu görülmüştür (51). Genel olarak travma sonrasında akut stres tepkileri, fiziksel (baş ağrıları ve baş dönmeleri, üşüme ve yanma hissi, göğüs daralması, gergin, heyecanlı gergin ve aşırı uyarılmışlık hissi, yorgunluk ve halsizlik, bulantı ve bağırsakta rahatsızlık, iştahta artış veya azalma), davranışsal (uyku düzeninde bozulmalar ve kabuslar, sürekli tetikte olma, görünürde bir neden yokken ağlama ve ağlamaklı olma, travmatik olayı hatırlatıcı unsurlardan kaçınma, alkol ve/veya madde kullanımı), duygusal (hissizlik, şoka girme, güvensizlik hissi, yoğun üzüntü, güçsüzlük ve çaresizlik hissi, öfke ve öç alma isteği, umutsuzluk, suçluluk ve karamsarlık, anı duygu değişimi) ve zihinsel (dikkat ve adaptasyon problemleri, düşünce bozukluğu, unutkanlık, tam ya da kısmi amnezi, rahatsız hissettiren anılar ve imgeler ile meşgul olma) olarak farklı yollarla ifade edilmektedir (49).

Çocukluk çağı travmalarının etkileri, suçluluk veya kaçınma gibi yollarla ortaya çıkabilmekte ancak düşük benlik saygısı, depresyon, aşırı geri çekilme veya intihar gibi duygusal hasarın daha ince tezahürlerinde yer alabilmektedir (52). McCann, Sakheim ve Abrahamson (53), mağduriyete ilişkin kısa veya uzun vadeli psikolojik sekellerin mevcut literatür tarafından desteklendiğini bulmuştur. Bu sekeller, (a) duygusal tepkiler (korku, endişe ve müdahaleci fenomenler, depresyon, benlik saygısı bozuklukları, öfke, suçluluk ve utanç); (b) ayrışma süreçleri de dahil

olmak üzere bilişsel rahatsızlıklar; (c) aşırı ve somatik rahatsızlıklar dahil biyolojik reaksiyonlar; (d) davranışsal değişiklikler (saldırgan veya intihar davranışı, madde bağımlılığı, sosyal işlev bozukluğu ve ilgili kişilik bozuklukları); (e) cinsellik ve ilişkiler alanlarında kişiler arası sorunlar, olarak yansımaktadır. Bununla birlikte, çocuğun travma sonrası ortaya çıkaracağı belirli bir semptom setinde ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığı ve travmanın meydana geldiği yaş faktörünün de önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Genel olarak, bireyin ailesinde şizofreni, affektif ya da anksiyete öyküsü varsa, ÇÇT sonrası sergilenen semptomların bazı psikotik öncesi ve psikotik aralık semptomlarını içerdiği gözlenmiştir. Aynı zamanda aile öyküsünde güçlü bir alkolizm ve sosyopati öyküsü varsa, ifade edilen belirtiler duygudurum ve anksiyete bozukluğu olarak yansıyabilmektedir (54).

Travmatik bir olaya maruz kalan birey kendisini, genellikle öfke, güvensizlik, keder, korku, üzüntü, şaşkınlık ve suçluluk, karmaşasında bulmaktadır (49). Bununla birlikte travma mağdurlarında yalnızlık ve umutsuzluk, çaresizliğin verdiği öfkeye dönüşmektedir. Öfke ise kendinden nefret etme, depresyon ve kendine zarar verme davranışları şeklinde benliğe yöneltilmektedir (50). Dolayısıyla travmatik birey, başlangıçta öfkenin merkezinde yer alır. Sonrasında öfke, insanları hayatlarına dahil etmek için kelime öbeklerini genelleştirir ve üst düzeye ulaşır. Bu genelleştirilmiş öfke, tekrarlanan intihar girişimleri ve yıkıcı davranışların temel nedenine dönüşmektedir (55). Çocukluktaki işlenmemiş travmatik duyguların bedensel hastalığa dönüşmesi de büyük ölçüde rahatlama sağlamak için uygulanan çeşitli davranışsal başa çıkma mekanizmalarının (sigara, aşırı içme, uyuşturucu, karışıklık, aşırı yeme, toksik ilişkiler ve şiddet) sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu kendi kendine tedavi etme mekanizmaları, genellikle bir süre ya da bir dereceye kadar çalışmaktadır. Bu anlamda ÇÇT'nın, uzun süreli ve belirgin psikolojik etkilerinin olması şaşırtıcı değildir. Beklenmedik olan, bu travmaların on yıllar sonra yaygın organik hastalıklarla ilişkili bulunmasıdır (56).

Çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete, kendini suçlama, kendine zarar verme davranışları, cinsel problemler, madde bağımlılığı ve yeme bozuklukları gibi çeşitli yetişkin psikiyatrik zorluklarıyla ilişkili bulunmuştur (57). Bir çalışmada, istismara uğrayan çocuklar ile istismara uğramamış çocuklar karşılaştırıldığında,

istismara uğrayan çocukların endişe ve depresyon gibi daha yüksek semptom insidansına sahip belirtiler gösterdikleri rapor edilmiştir (58). Başka bir çalışmada da cinsel istismar geçmişi olan mağdurların, istismar edilmemiş bireylere göre şu anda psikoaktif ilaç kullanımları, madde bağımlılığı öyküsünün bulunması ve geçmişte en az bir intihar girişimi gerçekleştirme olasılıkları önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Bu sekellerin; (a) zaman içinde genelleştirilen ve klasik olarak şartlandırılmış duygusal tepkiler, (b) kendine, başkalarına ve geleceğe dair olumsuz biliş ve algıları ile (c) durumsal ortamda uyumlu olmayı bırakan arkaik başa çıkma davranışlarını içerdiği görülmektedir (59). Travma geçmişinin yalnızca bu etkilerle sınırlı kalmayıp; intihar girişimi, depresyon, anksiyete, alkolizm ve diğer madde bozukluklarına ek olarak travma sonrası stres bozukluğuna (PTSD) da yol açmasının yaşam kalitesi üzerinde zararlı birçok etkiye neden olduğu belirtilmektedir (60). Bu nedenle, şiddetli ÇÇT'ndan kaynaklanan psikolojik rahatsızlıklarla birlikte çoklu psikiyatrik etkilerin (PTSD vb.) varlığını sorgulamak oldukça önemlidir (59).

Çocukluk çağı travmalarına ilişkin önemli olan diğer bir husus, mağdurların çaresizlik duygularının geri dönmesine sık sık maruz kalmalarıdır (61). Travmatik anılar, geçmişle ilgili anlatılan diğer öykülerden farklıdır (50). Travmatize bireyler kendilerini, farklılaşmış bir biçimde travma sahnesinin kimi yönlerini yaptıkları şeyi fark etmeksizin tekrar canlandırırken bulmaktadırlar (12). Çünkü tehlikenin geçmesinden uzun bir süre sonra travmatize insanlar, olayı şimdiki zamanda tekerrür ediyormuş gibi sürekli olarak yeniden yaşamaktadırlar. Bu sebeple yaşamlarının olağan seyrini sürdürememekle beraber, travma sürekli kesintiye maruz kaldığı için vakit, travma durumunda durmuş gibidir. Dolayısıyla travmatik an, normal olmayan bir hafıza formunda kodlanmıştır; bu da hem uyanıklık sırasında geçmişe dönmek şeklinde hem de uyku sırasında travmatik düşler şeklinde, bilinçli olma durumunu kendiliğinden kesintiye uğratır. Küçük ve görünüşte önemsiz olan bu hatırlatıcılar, çoğu zaman bütün canlılığı ve gerçek olayın duygusal gücü ile geri dönen anıları yeniden canlandırmaktadır (12). Chu (57)'ya göre bu durum, genellikle hastaların güçlü ve tehdit edici bir durumun varlığında gevşeme, donma veya otomatik boyun eğme davranışlarıyla ortaya çıkmaktadır. Bu geçmişe dönüşlerle birlikte korkutucu olayı yeniden yaşantılama, bazı yönleriyle travmanın kendisinden daha kötüdür. Travmatik olayın bir başlangıcı ve sonu vardır, belli bir noktada biter ancak PTSD

yaşayan bireylerde uyanık ya da uykuda olsun, geçmişe dönüşler herhangi bir anda yaşanabilmektedir. Tekrar ne zaman olacağını ve ne kadar süreceğini kestirmek mümkün değildir. Bu açıdan sürekli olarak görünmeyen tehlikelerle savaşmak çok yorucudur ve kişiyi eskisinden daha bitkin, depresif ve yıpranmış bir hale getirir. Bununla birlikte travma çözülmediği müddetçe, beden tarafından kendini korumak amacıyla salgılanan stres hormonları döngüsü sürdüğünden, savunmaya yönelik eylemler ile duygusal tepkiler yenilenerek aktif hale gelir ve anıları zihne daha derin bir şekilde yerleştirir. Artık, gündelik hayatın eğlenceli yanlarının ve güçlüklerinin hissedilmesi, işlerin tamamlanmasının gittikçe zorlaşması ve sonuçta anın yaşanamaması, bireyleri geçmişe daha da hapsettirir (50).

Travma yaşayan kişiler olumsuz yaşam deneyimlerine ait anıların ne zaman ortaya çıkacağını kontrol edemezler. Rahatsız edici hisler tarafından tutsak edilme kaygısı, bedeni donmaya ve zihni kapamaya itmektedir. Bu itki, travma geçmişte yaşanmış olsa da beyin duygusal duyular üretmeyi sürdürerek, mağdurun korku ve çaresizlik duygularını yeniden yaşamasına neden olmaktadır (50). Travmatik deneyimin ardından daha kırılganlaşan kişi, dış etkilere karşı savunmasız kalarak zamanla yaşam çevresindeki lider kapasitesini kaybetme eğilimine girmektedir. Bu nedenle tamamlanmamış travma süreci, temperans kaybı, kontrol duygusu kaybı ve yaşam çevrelerinde artan veya azalan kişilerarası mesafe hissinin üç klinik sonucuna varmaktadır (62). Tekrarlayan travmatik deneyimler ve tekrarlanan bilişler için çözüm yöntemleri, artık yavaş yavaş birbirinden ayrılır (62).

2.3.1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu

Çocukluk çağı travmaları, ergenlikten yetişkinliğe alkol ve madde kullanım bozuklukları (SUD) ile ilişkili olarak yüksek risk barındırmaktadır (63). Özellikle cinsel istismar ve psikolojik sıkıntı arasındaki bağlantı, alkol ve diğer maddelerin kullanımı ile önemli klinik sonuçlara neden olmaktadır. Psikolojik sıkıntı derecesi ve tipi, madde kötüye kullanımının etkileriyle ağırlaştırılabilmekte veya geçici olarak maskelenerek nüks için gizli bir risk oluşturabilmektedir (64). Madde kullanım bozukluğu ile ilişkili bilişsel ve davranışsal eksiklikler (örneğin, bir başa çıkma stratejisi olarak madde kullanımına güvenme, dürtüsellik, yanlış karar verme), PTSD'nin (örneğin, ayrışma, patlayıcı öfke) ilave etkisiyle riskin artmasına neden olmaktadır. Bu risk, şiddet faaliyeti, finansal, akademik, kişilerarası ve mesleki

problemler ile suç davranışı ve reviktimizasyon yoluyla ek stres yaratmakta ve başa çıkma kabiliyetinin azalması sonucu yaşam boyu SUD için yüksek risk barındırmaktadır (65).

Madde ile ilişkili bozukluklar; alkol, kenevir, kafein, varsandırılar, uçucular, opiyatlar, dinginleştirici, kaygı gidericiler, uyutucu ve uyarıcılar, tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler olmak üzere on türü kapsamaktadır. Bu on tür, birbirinden tamamen farklı özellikte değildir. Aşırı dozda kullanılan maddelerin hepsinin, ortak özelliği, beyinde bulunan ödül dizgesinin etkin hale gelmesine neden olarak davranışlarda pekişmeye ve anı oluşumuna neden olmalarıdır. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V'te (DSM-V) Alkol Kullanım Bozukluğu; “ (1) çoğunlukla, istenilenden daha fazla ve daha uzun alkol kullanma; (2) alkol alımının bırakılması veya denetlenmesi amacıyla devamlı bir arzu veya neticelenmeyen çaba içinde olmak; (3) alkole ulaşmak, alkol almak veya oluşturduğu etkiden kurtulmak amacıyla fazla vakit harcamak; (4) okul, iş veya evdeki konumunun gerektirdiği başlıca sorumluluklarını alamama ile neticelenen, yineleyen alkol alımı; (5) alkol kullanımının sebep olduğu veya tetiklediği, devamlı veya tekrar eden bireyler arası veya toplumsal problemler bulunmasına rağmen alkol alımının devam ettirilmesi; (6) yüksek ihtimalle alkolün yol açtığı veya tetiklediği, devamlı veya tekrar eden ya da psikolojik problem yaşamasına rağmen alkol alımının devam ettirilmesi; (7) tekrar eden bir şekilde, tehlike yaratabilecek alkol kullanmaya devam etme fiillerini kapsamalıdır. Ancak tanı kriterlerini karşılayabilmesi için bir yıllık bir dönemde, bu kriterlerden minimum ikisi tanesiyle kendini gösteren, klinik bakımdan belirgin bir sıkıntı yaratan veya işlevsellikte azalmaya neden olan, problemlili bir alkol alım örüntüsü gerekmektedir (9). Tanıyı karşılayabilmesi için kenevir, fensiklidin, uçucu (inhalan), opiyat, uyutucu veya kaygı giderici gibi diğer madde türlerinde de benzer davranış örüntülerin sergilenmesi beklenmektedir.

2.3.2. Bipolar (iki uçlu) bozukluk

Bipolar bozukluk (BD), psikososyal ve işlevsellik üzerinde büyük etkisi olan, yüksek prevalansa sahip, şiddetli ve kronik bir psikiyatrik hastalıktır (66). Çocukluk çağı travmaları, BD'larla ilişkili olan önemli bir stres etkenidir (67). Aynı zamanda BD şiddeti de etkilemektedir (68). Dolayısıyla, negatif çocukluk olayları, BD daha sık ortaya çıkmasından ve daha şiddetli bir klinik seyir izlemesinden sorumlu

olabilmektedir (69). Bu negatif olaylarda, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, ebeveyn kaybı ve PTSD için kriterleri karşılayan diğer deneyimler bulunmaktadır (70).

Bipolar (İki uçlu) Bozukluk, DSM-V kriterlerinde, tip I ve tip II semptomlar olarak belirtilmiştir. Bipolar I bozukluğunun tanısının koyulabilmesi için, hayat boyunca en az bir kez bir mani döneminin bulunması ve A-D tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Tanı ölçütlerine göre; A. Taşkın, kabarmış veya çabuk kızan, olağan olmayan ve devamlı bir duygudurumun etkin olması ve içsel güçte, olağan olmayan ve devamlı bir yükselişin olduğu sürecin, birbirini izleyen minimum dört gün boyunca, nerdeyse her gün ve günün büyük çoğunluğunda olması; B. Duygudurum bozukluğunun bulunduğu ve içsel gücün veya etkinliğin yükselişte olduğu süreç boyunca, semptomlardan üçü devam etmiştir, bunlar: (1) benlik saygısının abartılı biçimde artması veya büyüklük düşüncesi, (2) uyku ihtiyacının azalması, (3) her zaman olduğundan daha çok konuşma, (4) düşüncelerde uçuşma veya düşüncelerin birbiri ile yarışır halde olduğuna dair his, (5) dikkatte dağınıklık, (6) hedefe yönelen etkinliğin artması (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda), (7) olumsuz neticeler yaratabilecek etkinliklere yoğun katılımdır. C. Duygudurum bozukluğu, toplum veya iş ile ilişkili fonksiyonellikte önemli bir düşüşe sebep olacak kadar veya bireyin kendine veya bir başkasına kötülük yapmaması için hastanede kontrol altına alınmasını gerektirecek kadar ağır veya psikoz özellikleri bulunmaktadır. D. Bu dönemde bir maddenin veya sağlık halinin fizyoloji ile ilişkili etkilerine bağlanmayacak davranış örüntüsünün sergilenmesi gereklidir. Bipolar bozukluk tip I için mani dönem öncesi veya sonrasında hipomani veya yeğin (majör) depresyon dönemleri de yer alabilmektedir. Bipolar II bozukluğunun tanısının koyulabilmesi için, o esnada veya geçmiş dönemde meydana gelmiş hipomani dönemi için ve o esnada veya geçmiş dönemde meydana gelen yeğin (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanması gereklidir. Minimum bir hipomani dönemi için Hipomani A-F tanı ölçütlerini (A ve B kriterleri mani dönemi ile ortak olmak üzere); C. Bu dönem bireyin belirti vermediği dönemde olduğundan çok daha değişik, fonksiyonellikte gözle görülür bir değişimin yaşandığı dönemdir; D. Duygudurum bozukluğu ve fonksiyonellikteki değişim başkalarının da dikkatini çekmektedir; E. Bu dönem toplum veya iş ile ilgili

fonksiyonellikte önemli bir azalmaya sebep olacak kadar veya bireyin kendine veya başka birine kötülük yapmaması için hastanede kontrol altına alınmasını gerektirebilecek kadar ağır değildir; F. Bu dönem bir maddenin fizyolojiye ilişkin etkilerine bağlanmayacaktır ve minimum bir majör depresyon dönemi için “Yeğin Depresyon Dönemi” başlığının altında yer alan A-C tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Majör depresyon döneminin tanı kriterleri ise A. İki hafta süresince, semptomlardan minimum biri ya (1) çökkün duygudurum veya (2) ilginin yitilmesi veya zevk alamama olmak kaydıyla beşi (veya daha fazlası) bulunmuştur ve önceki fonksiyonellik seviyesinde bir değişim yaşanmıştır; (1) çökkün duygudurumun hemen hemen her gün ve günün çoğunluğunda olması, (2) hemen hemen tüm etkinlikler karşısında ilginin önemli ölçüde azalması veya bu etkinliklerden keyif alamama durumu, (3) bilinçli şekilde olmaksızın fazla kilo kaybetme veya alma, (4) hemen hemen her gün uyumakta problem yaşama veya fazla uyuma, (5) hemen hemen her gün, ajitasyon veya yavaşlama, (6) hemen hemen her gün, bitkin olma veya içsel gücün olmaması, (7) hemen hemen her gün, yoğun suçluluk ve değersizlik hissi, (8) hemen hemen her gün düşünme ve odaklanmada zorluk yaşama veya kararsızlık, (9) tekrarlayan ölüm veya intihar düşüncesi veya intihar girişimleri veya intihar için plan tasarlama; B. Bu semptomlar klinik bakımdan yoğun bir sıkıntı veya toplumsal, iş ile ilişkili alanlarda veya önem taşıyan diğer fonksiyonellik alanlarında işlevselliğin azalmasına sebep olur; C. Bu dönem bir madde veya başka bir sağlık halinin fizyolojiye ilişkin etkilerine bağlanmayacaktır, davranış örüntüsünün sergilenmesi ve hiçbir dönemde bir mani döneminin geçirilmemesi gereklidir (9).

Çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikte BD ortaya çıkması veya bu travmaların hastalık seyri üzerindeki potansiyel etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 53 çalışma dahil edilmiştir. Bulgularda, erken başlangıçlı travmaların, bipolar hastaların geçmişinde genel popülasyondan daha sık yer aldığı ve ÇÇT’nin, BD seyrinde daha endişeli, depresif veya psikotik semptomların kötü bir prognoza yol açtığı bildirilmiştir. Bu nedenle, ÇÇT, yalnızca BD riskini arttırmakla kalmayıp klinik seyrini ve sonucunu da etkilemektedir (70). Bir başka meta analiz çalışması da BD’taki çocuklukta çağı travmaları insidansının sık ve şiddetli olduğunu, muhtemel intihar davranışı ve başlangıç yaşı açısından hastalığın

linik ifadesini etkilediğini, ayrıca hastaların duygusal işlevlerinde sinsi bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, duygusal istismar ve ihmalin, BD riskini diğer travma biçimlerinden daha fazla taşıyabileceğine işaret etmektedir (71). Bu açıdan erken yaşamdaki olumsuz olayların, yetişkinlikte BD gibi psikopatolojik koşullara nasıl yol açabileceğini anlamak oldukça önemlidir (72).

2.3.3. Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğu (BPD), duygulanım regülasyonu, dürtü kontrolü, bireyler arası ilişkiler ve benlik imajında yaygın bir istikrarsızlık ile karakterizedir. Bozukluğun klinik belirtileri arasında duygusal düzensizlik, dürtüsel saldırganlık, kronik kendine zarar verme ve intihar eğilimleri bulunmaktadır (73). Çocukluk çağı travmaları ile de büyük ölçüde ilişkisi olan BPD, yoğun dürtüsellik, duygudurumdaki ve bireyler arasında bulunan ilişkilerde aşırı öfke, dengesizlik ve intihar davranışı, benlik karmaşasıyla bütünleşen spesifik bir belirti şeklinde ifade edilmektedir. BDP olan kişilerin davranışsal, düşünsel ve duygusal açıdan tutarsız durumları fazladır ve bu durum duygularda şiddetli duygusal dalgalanmaya, yargılamanın radikal seviyede olmasına fakat dramatizenin eşliğinde yoğun duygusallıktan dolayı saldırgan tutumlara neden olabilmektedir (74). BDP olan kişilerin psikolojik semptomlarıyla zedeleyici çocukluk dönemi travmaları arasında bulunan ilişki, bu bireylerin erişkinlik çağındaki bireyler arası ilişkilerinde, saldırıya maruz kalma, istismar, örselenme sahnelerini tekrar eden şekilde deneyimlediklerini göstermektedir (75).

Çocukluk çağı travmaları ile BPD arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (76). BPD olan birçok birey, çocuklukta cinsel istismar öyküsü bildirmektedir. Bununla birlikte, cinsel istismar deneyimi olan az sayıda birey nihayetinde BPD geliştirebilmektedir (77). Yıllar boyunca şiddetli veya sürekli istismara maruz kalan bireyler, diğer bireylerin güvensiz olduklarına ve yalnızca kendi memnuniyetleri ile ilgilendiklerine yönelik kötü niyetli nesne dünyasına ilişkin yoğun bir inanç geliştirmektedirler. Özellikle de sürmekte olan cinsel istismar, bireyin erken yaşta bağlılıklarına zarar veren, gelecekteki tatmin edici ve güvenli yollarla bağlanma kapasitesini ciddi biçimde etkileyen bir maruziyete yol açmaktadır (78). Son çalışmalar, tekrarlayan cinsel ve fiziksel istismarın ile tanık olunan aile içi şiddet ve erken ayrılma deneyimlerinin diğer psikiyatrik (ayaktan veya yatarak) tanılara kıyasla BPD olan kişilerde, daha belirgin olduğunu göstermiştir (79).

Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin, aile ortamıyla birlikte hem spesifik istismar hem de ayrılık deneyimlerini incelenmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmaya, Virginia'daki Catawba Hastanesi'nde yatarak tedavi gören kadın hastalar (18 ile 65 yaşları arasında olan, organik bir bozukluk geçmişi veya semptomları bulunmayan, DSM-III-R eksen I klinik duygudurum bozukluğu tanısı almış, alkol, herhangi bir reçeteli ilaç veya madde kullanmayan, halüsinasyonlar veya sanrılar yaşamamış) dahil edilmiştir. 46 uygun hastadan 41'i çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 41 hastanın 38'i çalışmayı tamamlamıştır. Çocukluk çağı travma deneyimleri (cinsel istismar, fiziksel istismar, şiddete tanık olma, erken ayrılma deneyimleri) ve aile ortamı özellikleri, depresif kadın yatan hastalardan alınan bir örneklemin anketi ile değerlendirilmiş; 17'sine BPD tanısı konulmuş ve 19'una böyle bir verilmemiştir. Elde edilen bulgulara BPD hastaları, BPD tanısı almayan bireylerden önemli ölçüde daha fazla cinsel istismar, fiziksel istismar ve tanıklık öyküsü bildirmişlerdir (79).

Borderline kişilik bozukluğunun spesifik semptomlarının, cinsel istismar ciddiyeti ile ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 8-60 yaş arası erkek ve kadın hastalar alınmış, organik bozuklukları veya kronik psikoza olan hastalar, çalışma dışı bırakılmıştır. 86 hasta, araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışma sonuçları, BPD olan hastalarda devam eden cinsel istismarın, düzensiz kişilerarası davranış ve işleyişin spesifik yönlerinin güçlü bir belirleyicisi olabileceğini, dünyanın boş, kötü niyetli bir yer olduğu inancının kökenlerinin bir kısmının cinsel istismarın tekrarlanmasından alınabileceğini göstermiştir (78).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda ÇÇT ile yineleyici özkıym ve kendini yaralama davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmak için gerçekleştirilen çalışmaya, 1992-1996 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi görmüş, 26'sı (%72,2) kadın ve 10'u (%27,8) erkek olmak üzere 36 hasta katılmıştır. Hastaların %72,2'si en az bir tür, %41,7'si birden çok türde çocukluk çağı travması bildirmiştir. Bulgular, BPD olan hastaların ÇÇT'nin (cinsel kötüye kullanım, aile içi şiddet ve fiziksel kötüye kullanım, erken anne baba ölümü veya ayrılığı) oldukça sık olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ÇÇT ile dissosiyatif belirtiler, yineleyici özkıym ve kendini yaralama davranışları arasında da güçlü bir ilişki bulunmuş; özellikle cinsel ve fiziksel istismar ile yineleyici

özkıyım davranışları olan hastalarda dissosiyatif belirtilerin daha sık olduğu belirtilmiştir (75). Yine bir başka çalışmada da BPD olan hastaların ÇÇT'nin yaşamın ilerleyen dönemlerinde ayrışma semptomlarına yol açtığı ve ÇÇT'nin (özellikle duygusal istismar) artan ayrışma seviyeleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (80).

2.3.4. Dissosiyasyon (çözülme) bozuklukları

Çocukluk tarihi, son zamanlarda uyanmaya başladığımız bir kabustur. Tarihte ne kadar geriye gidilirse, çocuk bakımı düzeyinde o kadar düşüş olmakta ve çocukların öldürülmesi, şiddete maruz bırakılması, terk edilmesi, dehşete düşürülmesi ve cinsel istismarla karşı karşıya kalması daha olası bulunmaktadır (81). DeMause (81), kendi deyimi ile bir ömür boyu gerçekleştirdiği çocukluk ve toplum psikotarihi çalışmalarından elde ettiği sonucun, insanlık tarihinin çocukların istismarına dayanması olduğunu belirtmiştir. Öztürk ise, dissosiyasyonun tarihinin, aslında çocukluk çağı tarihi olduğunu ifade etmiştir. Tarih boyunca çocuklar zehir konteyneri olarak kullanılmaya devam etmiştir. Oldukça ağır düzeyde olan bu ÇÇT'ni, bireylerin tek başına metabolize etmeleri mümkün olmadığından, travmatik yaşantılar ancak dissosiyasyonla aktüel hayata devam edilebilmektedir (81). Travmatik durum, nesnel tehditle öznel başa çıkabilme gücünün arasındaki dengesizliği ifade etmektedir; bu süreç esasında travmatik girdaptır ve kişinin psikolojik gelişiminde dissosiyatif hayatlarla karakterize olmuş kesintiye neden olmaktadır. Varoluşsal boyutta bulunan bu tehdide karşın uyumlu bir tepki göstermenin olanaksızlığı ise travma paradoksu olarak deneyimlenmektedir. Birey travmatik durum karşısında kaçabilmekte, savaşılabilmekte, dona kalabilmekte veya boyun eğebilmektedir. İleriki dönemde kronik travmalardan sonra buna, inkâr ya da dissosiyasyon da eşlik edebilmektedir (82). Çünkü ortaya çıkan travma, zihin ve beyin üzerinde kökten bir değişim yaratarak algılarımızın yönetilmesini yeniden düzenlemektedir. Sadece düşündüğümüzün ne ve düşünme tarzımızın nasıl olduğunu değil bunun yanında düşünme kapasitemizi de etkilemektedir (50). Aşağılayıcı özerkliklerin, suçluluk, güçsüzlük, çaresizlik, pasiflik, derin güvensizlik ve samimiyet korkusunun varlığı, travma tarafından temel varsayımların çarpıtıldığına işaret etmektedir (83). Gerçekliğin çarpıtılması travmatik deneyimin işlenmesinin bir parçası olmakla birlikte, genellikle travmatik olayın kendisiyle ilgili değildir. Yeni

sürümlerin çeşitli katmanlarına rağmen travmatik olayın orijinal algısı, iptal edilememekte veya çarpıtılamamaktadır çünkü psikolojik özde yerli bir kopya olarak kaydedilmektedir (62).

Çocukların bu çarpıtmalarla dünyayla başa çıkma girişimleri, çocuk cinsel istismarının kurbanlarında sıkça görülen bazı davranış problemleriyle sonuçlanabilmektedir (84). Özellikle çocuklarda, duygusal, fiziksel veya cinsel istismar ile yaygın ihmal ve diğer travma biçimleri ruh içine alınamaz. Bunun yerine, daha sonra hayatta çeşitli psikiyatrik bozukluklar bağlamında ortaya çıkacak biçimde sıklıkla bastırılmakta ve bilinçten ayrılmaktadır (57). Buradaki dissosiyasyon, başlangıçta bir başa çıkma tekniği olarak işlev görmektedir ancak sonrasında özerk bir semptom haline gelmektedir. Örneğin, istismar edilen çocuklar, mağduriyet sırasında duygusal girdiden kaçmanın uyarlanabilir bir aracı olarak bedenlerinden ayrılmayı öğrenebilir ve sonunda bu uzaklaşma savunmasını, yaşamın ilerleyen dönemlerindeki deneyimlerine genelleayebilir (59). Dolayısıyla, travmatik deneyim ne kadar uzun sürerse, mağdurun ayrışma ile tepki verme olasılığı o kadar yüksek bir risk halini gelmektedir (50).

Janet'e göre, bir organizma ve çevresi arasındaki etkileşimin yalnızca küçük bir kısmı bilinçli farkındalık içinde gerçekleşir ve sıradan şartlar altında, insanlar olanlara çok fazla dikkat etmeden uygun eylemde bulunarak, yeni bilgileri otomatik olarak birleştirirler (50). Öztürk'e göre Janet, ruhsal açıdan sağlıklı olmanın temel şartını tanımlarken aslında assosiyasyondan, başka bir ifadeyle kişinin bağ kurabilme kapasitesinden bahsetmiştir (82). Çoğu deneyim, değer, alışkanlık ve doğuştan gelen ve edinilen beceriler otomatik olarak mevcut bilişsel şemalara entegre edilmektedir. Janet'in otomatizm olarak adlandırdığı bu otomatik uyarlamalar, fikirlerin tetiklediği ve duyguların eşlik ettiği eylemlerdir. Hafıza sistemi zihinsel işleyişin tutarlılığını korur ve sürekli olarak yeni bilgileri düzenleyerek ve kategorilere ayırarak bugünü geçmişle ilişkilendirir. Tecrübenin entegrasyonuna neyin engel olduğunu hesaba katan Janet, "...birçok konuda geçmiş yaşamlarında bir veya birkaç olayın rolünü tanımamaya başladım. Aşırı bir duygu ve psikolojik sistemin imhasının eşlik ettiği bu olaylar iz bıraktı." sözleriyle entegrasyon kapasitesini bozan travmanın etkilerinden bahsetmiştir (50). Nitekim dissosiyasyon bireyin yaşam tarzı ve kimliğinin karmaşıklığını yönetmek için, özellikle de sosyal roller birbiriyle uyumlu

olmadığında, etkili olabilmektedir (82). Bu açıdan Şar ve Öztürk (62), travmanın uyumsal bir süreci uyumsuz bir sürece dönüştüren tehdit edici bir deneyim olarak tanımlanması gerektiğini belirtmiştir. Bu durum, üzücü ve öngörülemeyen faktörlerin, psikososyolojik deneyimleri aniden ve önemli ölçüde kesintiye uğratması ve bir an veya bir süre için kişinin başa çıkma kapasitesine müdahale etmesi durumudur. Bu müdahalenin etkisi, faktörlerin ciddiyetine ve kişinin önceki deneyimlerinin kalitesine bağlıdır. “Travmatik deneyimler ve sonuç olarak değişen öz algılamalar iç dünya ile dış gerçeklik arasındaki karşılıklılığın bozulmasına katkıda bulunur. Buna, değişen uyanıklık, farkındalık, kontrol ve konsantrasyon duygusu eşliğinde farklı bir gerçeklik bağlamında kendiliğin yeniden algılanması eşlik eder”.

Bireyler, dissosiyasyonu üç biçimde yaşamaktadır; (1) kişilik özelliği şeklinde olan, normal ve tehlikesiz olarak görülen, otomatik davranışlar ve gündüz rüyaları ile seyreden şekli, (2) stres ve travmaya karşı bir savunma mekanizması olarak kullanılan şekli ve (3) belli klinik bozukluklarda, patolojik semptom ve sendrom olarak görülen şeklidir (62). Bu sebeple her bireyin, sorunlar karşısında farklı başa çıkma yolları bulunmakta ve bu yollardan birisi de dissosiyasyon olabilmektedir. Ancak bu konudaki temel problem, öncelikle uyumsal bir baş etme çabası olan dissosiyasyonun, bir bozukluğa dönüşmesindeki süreçtir (82). Bu süreksizlik ve ayrışmaların, bir madde ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisine ilişkin etkilerine bağlı olmadığı ve psikolojik fonksiyonların her alanını etkileyebildiğine dikkat çekmek gerekmektedir (82).

Dissosiyatif kimliği bozukluğu olan birey, birçok kişiliği üstlenebilir çünkü benlik ve kişilik kavramı kendileri için anlamsızdır (85). Ciddi dissosiyatif bozuklukları olan hastalarda deneyim ve kimliğin nispeten katı bir şekilde bölünmesi, bu tür hastaları reviktimizasyon (yeniden kurban olma) için büyük risk altında bırakmaktadır. Travmatik deneyimler sadece bilinçten baskılanmakla kalmayıp, aynı zamanda birçok disforik etki (beklenti kaygısı dahil) ayrı kendilik hallerine veya kişiliklere ayrılmaktadır (57). Bastırılmış ve ayrışmış deneyimlerin ortaya çıkmasının en çarpıcı örnekleri, PTSD olan hastalarda ve bazı dissosiyatif bozukluklarda sıkça görülen geri dönüşlerdir. Bu hastalar hem rüyalarında hem de uyanıkken travmatik olaylara geri dönerler. Travmanın yeniden yaşanması, hastanın

sanki deneyimi hatırlıyormuş gibi hissetmesinin aksine, o andaki deneyimi yeniden hissetmesidir. Böyle bir deneyimin gücü olağanüstüdür ve ruhun ezici deneyimleri bastırma ve çözme yeteneğinin yanı sıra onları tam bir güçle tekrar bilince getirme çabasına işaret etmektedir (57).

Dissosiyatif bozukluklar genel olarak, erken yaşta başlayan ve yineleyici çocukluk çağındaki travmaların etkisi ile meydana gelen, hayat boyu psikopatolojiler arasında bulunan, bireyde bilinç/bellek ve kimlik problemlerinin meydana gelmesiyle karakterize; intihar girişimi, kendine zarar verme davranışı, bilinç kesintisi, amneziler, adaptasyonda güçlük, duygudurum dalgalanması, reviktimizasyon, öfke patlaması, angust (angoisse) ve çalkantılı yakın ilişkilerle kategorize edilen en temel psikiyatrik tanı gruplarından biridir (74, 82). Şar ve Öztürk (62), dissosiyatif bozukluğu, klinik sendrom ile hastanın yaşamındaki en kötü travmatik deneyim olması gerekmeyen travmatik dönüm noktasından sonra ortaya çıktığını önermektedir. Ertelenen süreç her yaşta başlayabilir; genellikle klinik olarak yirmili yaşların başında kendini göstermektedir (62). Bu bozuklukta travmatik yaşantı ile ilgili anılar (yoğun suçluluk ve utanca neden olan diğer anılar ile patojen aile dinamikleri ile ilgili anılar) derin bellek tarafından saklanır. Ancak tecrübesiz uzmanlar tarafından travma vakalarının zaman zaman çelişkili algılanabilen bilgi ya da ifadeleri aslında sadece “görünürde çelişkili bir bilgi”dir (62, 82). Dissosiyatif bireylerde gizleme eğilimi ve görünürde çelişkili bilgi, vakanın kendisiyle ya da tutarsızlığı ile ilişkili değil dissosiyatif patolojisinin doğası ile ilişkilidir ve bu süreçler (gizleme eğilimi ve görünürde çelişkili bilgiler), dissosiyatif bireyin çocukluk yıllarından itibaren kronik olarak istismar edildiğinin oldukça açık bir göstergesidir (82).

2.3.5. Majör (yeğin) depresyon bozukluğu

Depresyon tüm psikiyatrik bozuklukların en yaygın olanların arasında bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, depresif dönem sayısı ile depresyon düzeyinde dalgalanmalar yaratmaktadır (86). Çocukluk çağı travmaları olan bireylerde depresyon bozuklukları, klinik tablonun yanı sıra semptomlar şeklinde de oldukça sık görülmektedir. Çocuklukta fiziksel ve cinsel istismar, kötü ebeveyn-çocuk ilişkileri, ebeveyn uyuşmazlığı ve boşanma da dahil olmak üzere bir dizi olumsuz deneyimler Majör Depresif Bozukluk riskini arttırmaktadır (87). Bununla

birlikte çocukluk çağında cinsel istismara uğramanın, doğrudan veya dolaylı olarak depresyon olasılığını arttırdığı, aynı zamanda depresyonun ifadesini ve şiddetini de etkileyebileceği belirtilmektedir (88).

Majör Depresyon Bozukluğu için DSM-V’te belirtildiği üzere: A. İki hafta süresince, semptomlardan minimum biri ya (1) çökkün duygudurum veya (2) ilginin yitilmesi veya zevk alamama olmak kaydıyla beşi (veya daha fazlası) bulunmuştur ve önceki fonksiyonellik seviyesinde bir değişim meydana gelmiştir; (1) çökkün duygudurum, hemen hemen her gün, günün önemli bir kısmında olması, (2) tüm veya hemen hemen tüm etkinliklere karşı ilginin önemli ölçüde azalması veya bu etkinliklerden zevk alamama durumu, (3) kilo verme girişimi olmaksızın fazla kilo artışı veya azalması, (4) hemen hemen her gün, uykusuzluk yaşama veya fazla uyuma hali, (5) hemen hemen her gün, ajitasyon veya yavaşlama, (6) hemen hemen her gün, bitkin hissetme veya enerji düşüklüğü, (7) hemen hemen her gün, yoğun suçluluk duygusu veya değersizlik hissi, (8) hemen hemen her gün düşünme veya odaklanmada zorluk yaşama veya kararsızlık, (9) tekrar eden ölüm düşüncesi, tekrarlayan intihar düşüncesi veya intihar girişimi ya da intihara ilişkin eylem planlama; B. Bu semptomlar klinik bakımdan belirgin bir sıkıntı veya toplumsal iş ile ilişkili alanlarda veya önemli diğer fonksiyonellik alanlarında işlevsellik açısından düşüşe sebep olur; C. Bu dönem bir madde veya başka bir sağlık halinin fizyolojisine ilişkin etkilere bağlanmayacak olma; D. Majör depresyon döneminin meydana gelmesi sanrılı bozukluk, şizofrenimsi bozukluk, şizofreni veya şizofreni açılımı bünyesinde ve psikoz ile giden tanımı yapılmış veya yapılmamış diğer bozukluklar ile daha iyi açıklanamamış ve E. Hiçbir zaman bir mani dönem veya bir hipomani dönem geçirmemiş olma davranış örüntülerinin sergilenmesi gerekmektedir (9).

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalmış ve maruz kalmamış depresif hastalardaki depresif duygudurumun şiddeti, yaşam boyu anksiyete ve depresyon öyküsü ile çocukluk çevresi ve düzensiz kişilik fonksiyonları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya yatarak ve ayakta tedavi gören 269 (171 kadın ve 98 erkek) majör tanılı hasta dahil edilmiştir. 269 hastanın 42’si çocuklukta cinsel istismar (40’ı kadın) bildirmiştir. Bu 40 kadın hasta, çocuklukta cinsel istismar bildirmeyen 131 kadın ile karşılaştırılmıştır. Bulgular, istismar yaşayan hastaların, istismar geçmişi bulunmayan hastalar ile duygudurum şiddet

puanlarının benzer olduğunu ancak istismar geçmişi olanların daha yüksek öz bildirim depresyon skorlarına sahip olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda bu hastaların, daha fazla kendisine yönelik yıkıcı davranışlarda bulundukları, daha fazla kişilik bozukluğu sergiledikleri ve çocukluklarında daha fazla genel bir sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Hastaların çocukluktaki cinsel istismar durumu, ebeveynlerinin borderline kişilik özellikleriyle ilişkilendirilmiş ve bu ilişki annenin kayıtsızlığına erken maruz kalmanın, yetişkinlerin kendi yıkıcılıklarıyla güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, depresyonun cinsel istismarın doğrudan bir sonucu olmayacağını göstermekle birlikte, çocukluktaki cinsel istismarının ve geniş ölçüde işlevsiz bir ev ortamında yaşama riskinin, yetişkinlikte borderline kişilik tarzına sahip olma riski ve depresyon yaşama riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir (88). Çocukluk çağı travmaları ile depresif bozukluk riski arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın verileri, Kaiser Permanente (San Diego) ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Atlanta) arasındaki iş birliği sonucu toplanmıştır. Katılımcıların çoğunun çocukluk döneminde en az bir travma ve yaklaşık üçte birinin en az iki travma yaşadıkları bildirilmiştir. Bulgular, depresif bozuklukların yaşam boyu prevalansının %23 olduğunu göstermiştir. Duygusal istismarın, yaşam boyu depresif bozukluk riskini artırmakla birlikte, ÇÇT'nin sayısı ile yaşam boyu depresif bozukluklar arasında güçlü ve dereceli bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçlar ÇÇT'ne maruz kalmanın, ortaya çıktıktan on yıllar sonra artan depresif bozukluk riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (89). Yine başka bir çalışmada da erken travmatik deneyimler ile erişkinlikteki depresyon, mani veya her ikisinin belirli semptom kümeleri (iştah artışı, kilo kaybı ve uykusuzluğa karşı artan iştah, kilo alımı ve hipersomniya) arasında önemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (90).

2.3.6. Obsesif kompulsif bozukluk

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmak, obsesif kompulsif bozukluk (OCD) dahil olmak üzere yetişkinlikteki fiziksel ve zihinsel bozukluk riskini arttırmaktadır (91). Nörobiyolojik bir bozukluk olan OCD, müdahaleci, inatçı istenmeyen düşünceler veya görüntüler (takıntılar) ile tekrarlayan ve aşırı davranışlar (zorlamalar) ile karakterizedir. OCD'den muzdarip hastalar genellikle majör depresif bozukluk, sosyal fobi, alkol kullanım bozuklukları, spesifik fobi, panik bozukluğu ve

yeme bozuklukları gibi diğer zihinsel bozukluklardan etkilenmektedir (92). Obsesif kompulsif bozukluk DSM-V tanı kriterleri için; A. Takıntı (obsesyon), zorlantı (kompülsiyon) veya ikisinin beraber bulunması. Takıntı, bazen istenmeden ve zorla oluyor gibi deneyimlenen, birçok bireyde yoğun bir sıkıntı veya kaygıya sebep olan, tekrarlayan düşünce, itki veya imgelerdir ve birey, bu düşünce, imge ve itkilere aldırış etmemeye veya bunları baskı altına almaya çabalar veya bunları bir başka eylem veya düşünceyle yüzüstleştirme girişimi içine girer. Zorlantı, bireyin takıntısına tepki bağlamında veya katı bir şekilde uyulması gerekli kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlamalı davranış veya zihinsel eylemlerden oluşur ve bu zihinsel eylem veya davranışlar, maruz kalınan sıkıntı veya kaygıdan korunma veya azaltma veya korku yaratan bir durum veya olaydan korunma amacı ile yapılır; fakat bu zihinsel eylem veya davranışlar korunacağı veya yüzüstleştirileceği tasarlanan hallerle gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir veya açık biçimde bir seviyeye ulaşan; B. Zorlantı veya takıntılar bireyin zaman harcamasına neden olur veya klinik bakımdan belirgin bir sıkıntı veya toplumsal ve iş ile ilgili alanlarda veya önem taşıyan fonksiyonellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olan; C. Takıntı ve zorlantı semptomlarının bir maddenin veya başka sağlık durumunun fizyolojisine ilişkin etkilerine bağlanmayan; D. Bir başka psikolojik bozukluğun semptomlarıyla daha iyi açıklanamayan davranış örüntülerinin bulunması gerekmektedir (9).

Çocukluk çağı travmaları, obsesif kompulsif belirtilerin artmasına neden olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı ÇÇT ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmaya, 201 üniversite öğrencisi (74'ü erkek, 127'si kadın) dahil edilmiştir. Bilinen bir psikiyatrik hastalığı olan, bilişsel işlevleri etkileyebilecek organik ve/veya nörolojik hastalığı olan, 18 yaşından küçük veya 30 yaşından büyük olan, kronik bir fiziksel hastalık nedeniyle düzenli ilaç kullanan öğrenciler çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın bulguları, çocukluk çağı travma puanı yüksek olan bireylerin, obsesif kompulsif belirtilerinin daha fazla olduğunu, aynı zamanda çocukluk çağı travma ölçeği puanları ile obsesif kompulsif belirtiler ve bunların alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, daha çok duygusal istismar olmak üzere, ÇÇT'nin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olabileceğini göstermiştir (93).

Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif spektrum bozuklukları arasındaki ilişki hakkında nispeten az veri bulunmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğu (OCD, n=74; yaş 36,1±16,3), Trikotilomani (TTM, n=36, yaş 31,8±12,3) ve kontrol grubu (n=3, yaş 21,5±1,0) olan kadınlara fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren Çocukluk Travmaları Anketinin Uyarlaması (CTQ) uygulanmıştır. Bulgular, hastalardaki ÇÇT şiddetinin ve özellikle duygusal ihmalin kontrollere göre daha fazla olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte OCD ve TTM hastalarının, duygusal ihmal alt ölçeğinden kontroldekilerden daha yüksek puan aldıkları ve bu sonuç ile ÇÇT'nin bazı yönlerinin her iki bozuklukta da ortak olabileceği gösterilmiştir (94).

2.3.7. Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar

Psikoz ve şizofreni semptomları, diğer birçok zihinsel sağlık problemi kadar ÇÇT'yla da güçlü bir şekilde ilişkilidir (70). Özellikle ÇÇT ile halüsinasyonlar arasında anlamlı ve dereceli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (95). Bu ilişki hastalığın semptomlarında da etkili olabilmektedir (96). DSM-V'te şizofreni ve psikozla seyreden diğer bozukluklar tanımlanmıştır. Şizofreni tanı kriterleri için; A. Semptomlardan ikisinden her biri bir aylık dönemin çoğunluğunda bulunur. Bu semptomlardan (1), (2) veya (3)'ten minimum birisinin bulunması gereklidir. (1) sanrılar, (2) varsanılar, (3) dağınık konuşma, (4) ileri düzeyde dağınık davranma veya katatoni davranış, (5), olumsuz semptomlar (duygusal katılımın azalması); B. Bu bozukluğun başlamasından itibaren geçen sürenin önemli bir kısmında, iş, bireyler arası ilişki veya kendine bakma gibi, bir veya birden fazla temel alanda fonksiyonellik seviyesi, bu bozukluğun başlamasından önce ulaşılan seviyenin belirgin şekilde altındadır; C. Bu bozukluğun süren semptomları minimum altı ay sürmektedir. Bu altı aylık süreç A tanı ölçütüne karşılık gelen, minimum bir aylık (veya başarılı biçimde tedavisi yapılmışsa daha kısa zamanlı) semptomları barındırmalıdır; D. Şizoduygulanımsal bozukluk veya psikoz nitelikleri işaret eden depresyon bozukluğu veya BD dışlanır; E. Bu bozukluk bir madde veya sağlık halinin fizyolojiye ilişkin etkilerine bağlanmama davranış örüntüsünün bulunması gereklidir. Sanrılı bozuklukta; A. Bir ay veya daha fazla süreyle, bir veya daha fazla sanrının olması söz konusudur fakat (B) şizofreninin A tanı kriteri hiçbir zaman karşılanmamıştır ve (C) sanrılarının etkisi veya neticesi dışarda bırakılacak olursa,

fonksiyonellik önemli ölçüde bozulmamıştır. Şizofreniform bozukluk, şizofreni A ölçütlerini karşılamak ile beraber ayırıcı olan B. Bu bir süreci, minimum bir ay, fakat altı aydan daha az devam eder ve iyileşme beklenmeden tanı koyulması gerekirse, geçici tanı şeklinde nitelendirilmesi gereklidir. C. Şizoaffektif bozukluk veya psikoz nitelikleri taşıyan depresyon bozukluğu veya bipolarda ise; A. Majör bir duygudurumu dönemi ile (mani dönemi veya majör depresyonu A1 tanı kriterini karşılayan çökkün duygudurum) eş zamanlı biçimde şizofreninin A tanı kriterinin karşıladığı, kesintisiz bir rahatsızlık sürecinin olması, B. Rahatsızlığın yaşam boyunca, majör bir duygudurum döneminin bulunmadığı iki veya daha fazla hafta, varsanılar veya sanrılar bulunur; C. Majör bir duygudurum döneminin tanı kriterlerine karşılık gelen semptomları, rahatsızlığın arta kalan ve açık bölümünde, toplam sürenin büyük kısmında bulunur davranış örüntülerinin bulunması gerekmektedir (9).

Çocukluk çağı travmaları, psikozda potansiyel bir risk faktörüdür. Psikozdaki, ÇÇT'nin potansiyel özgüllüğünü araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, Haukeland Üniversite Hastanesi'nde Bergen Psikoz Projesi-2 ile Bergen Üniversitesi Psikoloji Fakültesi'nde Travma Psikolojisi Araştırma Grubu arasındaki iş birliğiyle yürütülmüştür. Her iki grupta da 33 erkek ve 19 kadın olmak üzere Şizofreni spektrum bozuklukları (psikoz grubu) olan 52 hasta ile kontrol grubundaki diğer ruh sağlığı bozuklukları (psikoz olmayan grup) olan 52 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. ÇÇT, her iki grupta da CTQ-SF aracılığıyla ölçülmüştür. Psikoz grubunun %67,3' ü, psikoz olmayan gruba (%38,5) kıyasla daha fazla ÇÇT bildirmiştir. Bulgular, psikoz grubundaki CTQ-SF toplam skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiş, anlamlı olarak daha yüksek seviyelerde ve daha şiddetli, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ihmal bildirilmiştir. Bununla birlikte psikoz grubu, ÇÇT'nin tüm alt tiplerinin daha şiddetli düzeylerini yansıtmıştır (97). Rajkumar (96), tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada da Güney Hindistan Pondicherry' deki psikiyatri servisinde, DSM-IV şizofreni tanısı alan hatalardan, son altı aydır antipsikotik ilaç tedavisi konusunda stabil olan, yakın zamanda semptom alevlenmesi olmayan ve psikiyatrik komorbiditesi olmayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Klinik olarak stabil şizofreni hastaları (31 erkek ve 31 kadın), ÇÇT açısından değerlendirilmiş ve spesifik sıkıntı formlarının semptomatolojisi ile ilişkisi incelenmiştir. Bulgularda, 35

(%56,5) hastada duygusal istismar, 21 (%33,9) hastada fiziksel istismar ve iki (%3,2) hastada cinsel istismar bildirilmiştir. Bu sonuçlar, ÇÇT'nın, şizofreninin semptomatolojisi üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini göstermiştir.

Şar ve diğerleri (98) tarafından gerçekleştirilen çalışma, ÇÇT, dissosiyatif deneyimler ile kronik şizofreninin klinik fenomenolojisi arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na 2 aylık çalışma süresi boyunca ardışık olarak başvuran DSM-IV şizofreni bozukluğu tanımlı hastalar kabul edilmiştir. Çalışma için uygun şizofrenik bozukluğu olan 70 hasta, DSM- IV için Yapısal Klinik Görüşme, Dissosiyatif Deneyimler Ölçeği, Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Programı, Pozitif ve Negatif Semptomlar Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulgular, şizofreni hastaları arasında dissosiyatif bir alt grubun varlığını göstermiştir. Çocukluk çağı travma skorlarının, dissosiyasyon skorları ve dissosiyatif semptom kümeleri ile ilişkili olmamakla birlikte şizofrenik bozukluğun, çekirdek semptomları ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Dissosiyatif alt grubun, daha fazla sayıda genel psikiyatrik komorbidite, dissosiyatif kimlik bozukluğunun ikincil özellikleri, Schneiderian semptomlar, somatik şikayetler ve ekstra algılamalar ile karakterize olduğu; çocukluk çağı travma tipleri arasında sadece fiziksel istismar ve ihmalinin ayrışma öngördüğü belirtilmiştir. Sonuçlar, şizofreninin travmaya bağlı dissosiyatif alt tipi desteklediğini, ÇÇT'nın, şizofrenik bozukluğu olan hastalarda eş zamanlı ayrışma ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

2.3.8. Travma sonrası stres bozukluğu

PTSD ve travmatik olayların ardından görülen diğer nöropsikiyatrik semptomlar, tehdide yanıt sırasında mevcut olan akut semptomlarla ilişkilidir. PTSD, travmatik stres sırasında mevcut uygun ve uyarlanabilir yanıtların uyumsuz ısrarından kaynaklanmaktadır (99). Araştırma ve klinik deneyimler, şiddete tanık olan ve başka şekilde şiddete maruz kalan çocukların, olaylardan derinden biçimde etkilendiğini ve genellikle PTSD belirtileri sergilediklerini göstermektedir (100). PTSD'nin doğası hakkındaki araştırma ve teori, travmaya bağlı patolojik reaksiyonların yanı sıra birçok duyguyu da içerdiğini belgelemiştir (101). Bu bozukluğun pek çok semptomu üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; aşırı uyarılma (hyperarousal), müdahale (intrusion) ve büzülme (constriction)' dir. Aşırı

uyarılma, sürekli tehlike beklentisini; müdahale, travmatik anının silinmez izini; büzülme ve uyuşma kendini bırakma tepkisini ifade etmektedir (12). Bu anlamda travmaya bağlı stres, deneyim için ani bir süreksizlik, güvenlik, korku, ağrı ile iç ve dış ortamın sabitliği için belirsizlik tehdidinin yerini almasıyla ayrışma tepkileri de tetiklenebilmektedir (102). Bununla birlikte çocuğun belirli bir travmatik olaya verdiği yanıtların spesifik doğası, travmanın doğasına, süresine ve türüne, ailenin özelliklerine ve sosyal durumuna bağlı olmaktadır (99).

Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu olarak da tanımlanan PTSD, DSM-V ölçütlerinde detaylı bir biçimde tanımlanmaktadır: “A. Belirtilen yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma (1) doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama, (2) başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme ve bunlara tanıklık etme, (3) bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme, (4) örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma; B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) varlığı (1) örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anılar, (2) içeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler, (3) kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örneğin geçmişe dönüşler), (4) örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama, (5) örseleyici olay(lar)ı simgeleyen yada çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme; C. Belirtilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma (1) örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları, (2) örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları;

D. Belirtilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması (1) örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünün anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir), (2) kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler, (3) örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler, (4) süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örneğin korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç), (5) önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma, (6) başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları, (7) sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama;

E. Belirtilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması (1) insanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında), (2) sakıncasızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma, (3) her an tetikte olma, (4) abartılı irkilme tepkisi gösterme, (5) odaklanma güçlükleri, (6) uyku bozukluğu bulunur; F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur, G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur'. Bu tepkilerin 'örselenmeden hemen sonra başlaması ve tanı ölçütlerini karşılaması için en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay sürmesi" Akut Stres Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (9).

Çocukluk çağı travmaları ile PTSD arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, yardım arayan 157 çocuk dahil edilmiştir. Veriler, New York'taki üç büyük toplum ruh sağlığı kliniğinden, 11 aylık süre içinde toplanarak elde edilmiştir. Bulgular, PTSD ile yalnızca kişilerarası travmatik olaylar (yani travmatik haberler duymak veya fiziksel, cinsel istismar ve aile içi şiddet yaşamak gibi) önemli derecede ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, ne kişilerarası

olmayan olaylara (yani, kazalar, yangın ve felaket) maruz kalma ne de topluluk şiddeti (yani, topluluk şiddetine tanık olma ya da topluluk şiddetinin kurbanı olma) önemli ölçüde ilişki göstermemiştir. Bu sonuçlar, kişilerarası şiddetin ve ÇÇT ile PTSD arasındaki ilişkinin çok daha güçlü olduğunu vurgulamaktadır (103).

2.3.9. Uyku bozuklukları

Çocukluk çağı ruhsal travmaları, organizmanın uyarlanamaz bir sürecine yol açarak yaşam boyu uykusuzluk gelişimi için bir risk faktörü olarak ortaya çıkabilmektedir (104). Travma ile ilgili canlandırmalar uyku halinde rüyalar yoluyla da ortaya çıkabilmektedir. Biçim olarak bu rüyalar, uyanıklık durumundaki travmatik hatıraların, alışılmamış özelliklerinin çoğunu yansıtır ve çoğu kez az ya da hiçbir imgesel işleminden geçmemiş, sık sık tekrar eden travmatik olay fragmanları biçiminde korkutucu kabuslar şeklinde sergilenir (12). Kabuslar genellikle travmatik olayın bir örneğinin tekrarlanmasından, olayın geçmiş olaylarla ve kişinin tüm yaşamıyla ilişkili deneyimlerine kadar değişmektedir (105). Dolayısıyla, kabuslar ile ayrışan deneyimler arasında bir ilişki vardır. Çocukluk çağı travmatik olayları ise, bu ilişkide önemli bir rol oynayabilmektedir. Çünkü kabuslar, travmada uyarlanabilir kopyalama stratejilerinden biridir ve travmatik olaylarla başa çıkmadaki ayrışmanın rolüne dikkat etmek için kritik öneme sahiptir (106). Buna bağlı olarak, travmatik olayla ilişkili özel bir uyarandaki yoğun tepkinin yanı sıra uyarılmadaki artış, uyanıklık durumu kadar, uyku esnasında da devam ederek sayısız tip uyku bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (12).

Mevcut klinik deneyim, baskılanmış olan travmanın (sadece intrapsişik çatışmanın değil) sıklıkla tekrarlandığını göstermiştir. Geçmişteki olaylar, etkiler, davranışlar ve hatta somatik duyular rüyalarda sergilenmekte veya mevcut deneyimlerin içeriğine hücum etmektedir. Freud'un tekrarlama zorlanımı tanımında olduğu gibi, bu deneyimler basitçe hatırlanmaktan ziyade, tekrarlama hamlelerine uzanır (57). Çünkü geçmişte kalan travmatik deneyim, yeni ve çarpık gerçeklik algıları yaratma eğilimindedir. Algılanan gerçekliğin birden fazla versiyonunun varlığı, orijinal travmanın işlenmesini zorlaştırır. Bu sebeple travmanın mevcut versiyonları her tekrardan sonra değişebilir ve orijinal formundan yavaş yavaş ayrılabilir. En son sürüm belirli bir süre için nihai form olarak kalır. Gerçekliğin yeni versiyonları ve yeni bilişler, travmanın işlenmesinin kesildiği ana ve deneğin sıkıştığı

sürecin aşamasına göre şekillenmeye devam eder (62). Dolayısıyla travmatik birey, olay kendi başına gelmemiş gibi bedeninin dışından gözlemliyormuş gibi ya da bütün deneyim az sonra uyanacağı kötü bir rüyaymış gibi hissedebilir (12). Bu şekilde, travmatik kabusların yıllarca art arda değişmeden tekrarlayabileceğini belirten Janet, saplantılı rüyaları “bu hastalıkta rastladığımız en karakteristik ve aynı zamanda en esrarengiz fenomenlerden biri” olarak tanımlamıştır (12). Bu kabusların önemli bir sonucu olan Uykusuzluk Bozukluğu DSM-V’te;

A. Semptomlardan bir veya daha fazlasının görüldüğü, uykunun nitelik ya da niceliğinden şikayet etmek (1) uykunun başlamasında zorluk, (2) uykunun sürdürülmesinde zorluk, sıklıkla uyanmak veya uyanma sonrasında tekrar uyumada problem yaşamak, (3) erken uyanmak, uyanma sonrasında tekrar uyuyamamak. Uyku bozukluğu, klinik bakımdan belirgin bir sıkıntı veya toplumsal, işle ilişkili, okulla ilgili fonksiyonellik alanlarında, davranışsal olarak ya da önemli diğer fonksiyonellik alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olur; C. Uyku bozukluğu, haftada minimum üç gece ortaya çıkar; D. Minimum üç aydır; E. Uyku bozukluğu, uyku uyumak için ortamın uygun olmasına rağmen oluşmaktadır; G. Uykusuzluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) fizyolojiye ilişkin etkilerine bağlanamaz; H. Eşzamanlı bulunan psikolojik rahatsızlıklar ve sağlık durumları önde gelen uykusuzluk şikayetini yeteri kadar açıklamaz davranış örüntüleriyle tanımlanmıştır (9).

Travma kurbanlarının hayal kurma süreci, acılı anıların ve ezici olumsuz duyguların zorla dahil olmasıyla sonuçlanmaktadır. İşlevsel olmayan düşler, travmatik deneyimleri düzeltmek için azaldıkça, sabahları olumsuz ruh hali üzerindeki etkilerini göstermeye devam ederler (107). Bu çalışmanın amacı, primer uykusuzluktan muzdarip yetişkinlerdeki ÇÇT ile uyku arasındaki ilişkiyi araştırmak ve uyku öncesi stresin bu ilişki üzerindeki etkisini incelemektir. Primer uykusuzluğu olan 21-55 yaş arası 59 hastaya CTQ uygulanmış ve elde edilen skora göre iki gruba (birinci grup orta/şiddetli CTQ, ikinci grup düşük CTQ veya CTQ yok) ayrılmıştır. Katılımcılar, polisomnografik ve aktigrafik uyku parametrelerini kaydetmek için uyku laboratuvarında üst üste üç gece geçirmişlerdir. İkinci veya üçüncü gecede, uykudan hemen önce negatif otobiyografik anıları aktive eden bir stres indüksiyon tekniği uygulanmıştır. Uykusuzluk yaşayan hastaların %46’sı (27

kişi) orta ile şiddetli CTQ bildirmişlerdir. Bu grubun, CTQ raporları düşük olan veya olmayan hastalara kıyasla anlamlı derecede daha fazla uyanma ve daha fazla hareket uyarısı sergilemeleriyle ilişkili bulunmuştur. Aktigrafik veriler, yüksek CTQ grubu için daha fazla uyku bozukluğu ve artmış gece aktivitesi olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, ÇÇT'na sahip primer uykusuzluk hastalarının, düşük CTQ raporuna sahip olan veya hiç rapor etmeyen primer uykusuzluk hastalarına kıyasla daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermiştir (104).

Agargun ve diğerleri (108) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmanın amacı, dissosiyatif deneyimler ile uyku sırasındaki şiddetli davranış (VBS) ilişkini test etmektir. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi'ndeki lisans öğrencilerinden oluşan 253 erkek ve 129 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Uyku sırasındaki şiddetli davranışa sahip olan katılımcılar, çocukluktaki travmatik olayları (özellikle fiziksel ve cinsel istismar) diğerlerine göre daha sık bildirmişlerdir. Bulgular, VBS'li katılımcıların DES skorunun, hiç VBS bildirmeyenlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir. İntihar girişimleri ve kendini yaralama davranışları da diğerlerinden daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Uyku sırasındaki şiddet, ÇÇT ile dissosiyatif deneyimleri arasında da ilişki bulunmuş ve dissosiyatif deneyimlerin sadece gündüz semptomlarıyla değil, aynı zamanda uyku sırasındaki semptomlarla da ilgili olabileceği belirtilmiştir.

Disforik rüya içeriklerinin, travmatik ortamda yaşayan çocuklardaki etkisini göstermek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya, 6-15 yaş arası 413 Filistinli çocuk katılmıştır. Katılımcılar, her sabah hatırladıkları hayallerini kaydettikleri yedi günlük bir rüya günlüğü oluşturmuşlardır. Sonuçlar ilk olarak, akşamdan sabaha kadar ruh hali değişikliğinde (yaş ve cinsiyet farklılığı olmaksızın) genel bir rüya işlevi olduğunu doğrulamıştır. Travmatik ortamda yaşayan çocuklarda, huzurlu alandaki çocuklara göre uyku öncesi olumsuz ruh hali ile disforik rüyalar arasında ve disforik rüyalar ile olumsuz sabah havası arasında daha güçlü bir ilişki olduğu varsayılmıştır ancak hipotezin aksine, travma grubunda; akşam ruh hali ve rüya içerikleri arasında ters bir ilişki (akşamları korkmuş, öfkeli ve endişeli çocuklar, sabahları daha mutlu rekreasyon rapor ederken; daha mutlu akşam ruh hali içinde olan çocuklar daha fazla tehditkar rüya gördüklerini rapor etmişlerdir) olduğunu göstermiştir. Sonuçlar,

travma grubundaki çocukların disforik rüyaları ile olumsuz sabah ruh hali arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir (107).

2.3.10. Yeme bozuklukları

Çocukluk çağı ruhsal travmaları, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve aşırı yeme dahil olmak üzere yeme bozuklukları ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Çocuklukta ihmal ve/veya istismar edilen kadınlardaki kendi kendine yıkıcı davranışların ve yeme bozukluklarının derinliği, ezici affektif durumları düzenlemeye ve tutarlı bir benlik ile anlam sistemi inşa etmeye yönelik umutsuz girişimler olarak açıklanmaktadır. Bu sebeple aşırı yeme, boşaltma ve açlık, sınırsız açlık metaforları ile ihtiyaçları sonsuza dek durdurma arzusu; hasar görmüş psişik ve fiziksel benliği “arındırma” arzusu ve anlamını geri kazanma beklentisini ifade etmektedir (109). Örneğin, duygusal istismar, duygusal durumları ayırt etme ile duygu ve tokluk ipuçlarına etki ederek yeme bozukluğuna neden olabilmektedir (110).

Beslenme ve Yeme Bozuklukları, DSM-V’te; Pika (besin olmayan maddeleri yeme), Geri Çıkarma Bozukluğu, Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza olarak kategorize edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile daha çok ilişkili bulunan Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemlerini içeren (1) benzer koşullarda ve sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örneğin herhangi iki saatlik bir sürede) yeme, (2) bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örneğin kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu); B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine üçü ya da daha çoğu(1) olması gerekenden çok daha hızlı yemek, (2) rahatsız edecek derecede tokluk hissi gerçekleşene kadar yemek, (3) bedensel açlığın hissedilmediği zamanlarda aşırı düzeyde yemek, (4) çok fazla yemek utanç verdiği için yalnız başına yemek, (5) sonrasında kendinden tiksime, çökkünlük hissi ya da yoğun biçimde suçluluk hissetme eşlik eder; C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur. Tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimia nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır” tanı kriterleri ile açıklanmaktadır. Anoreksiya Nervoza için; “A.

Gereksinimlere göre erke (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının (olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında) olmasına yol açar; B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma; C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz” ölçütleri gözlenmelidir. Bulimia Nervosa ise tıknırcasına yeme A1 kriterlerinin yanı sıra B. Kilo almaktan korunmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları veya diğer ilaçları yanlış yere kullanma, hemen hemen hiç yememe veya aşırı spor yapma gibi tekrarlayan, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma, C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur, D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir; E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervosa dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır, davranış örüntüleriyle karakterizedir (9).

Yeme bozukluğu ile ÇÇT’nın birden çok biçimi arasındaki sinerjistik etkiyi göstermeyi amaçlayan bu çalışmaya, 301 üniversiteli kadından dahil edilmiştir. Bulgular, fiziksel istismar, erişkin tecavüzü, şişmanlık korkusu ve bulimik davranışın ilişkili olduğunu göstermiştir. Cinsel istismar ve yetişkin tecavüzü ise, aile uyumu ve ifade gücü ile duygusal durumları ve doygunluğu tanıma güçlükleriyle ilişkili bulunmuştur. Çok sayıda travma bildiren ve tekrar erişkin tecavüzüne maruz kalan bireyler, en yüksek düzeyde semptom göstermiştir. Yeniden travmatize edilmiş kadınların, istismar olmadan yetişkin tecavüzü veya yetişkin tecavüzü olmadan istismar bildiren kadınlara kıyasla daha yüksek klinik semptom düzeyleri tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, cinsel istismara ek olarak yetişkin tecavüzü ile diğer çocukluk çağı travma türlerinin, yeme patolojisini etkilediğini göstermiştir (110).

2.4. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

2.4.1. Bağımlılık

Bağımlılık: Bireyin belli bir zaman içinde bir nesne ya da olgu karşısında istek ve arzu hissetmesiyle beraber, psikososyal pek çok sorunun oluşmasına neden olmasına karşın, kullanmayı sürdürme arzusu ve kişinin bir süre madde etkisinde olma halidir (111). Bağımlılık, hayatın birçok alanında kısıtlamalara sebep olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Bağımlı birey, bu durumun farkında olmasına karşın maddenin, haz, zevk aracı ve kimi zaman da gereksinim halini almasından dolayı düşüncesini değiştirememekte ve madde kullanımı önlenemez bir davranış biçimine dönüşmektedir (112). Bağımlılığın nedeni olarak etken bir arada olabilir. Psikolojik, biyolojik, sosyokültürel, sosyoekonomik pek çok faktör ve teori ile açıklanmaya çalışılmıştır. Alkol veya madde kullanımında maddeye karşı bir tolerans oluşmaktadır. Kişi, maddeyi azaltmaya veya bırakmaya yönelik girişimlerde bulunsa bile vücutta belirli semptomların görülmesi ve kişiyi birçok yaşam aktivitesinden yoksun bırakması durumu ile fizyolojik bağımlılık meydana gelmektedir. Madde bağımlılığı ve alkol bağımlılığı bu durumlara örnek olarak verilebilmektedir (113).

2.4.1.1. Bağımlılık tanı ölçütleri

Normal içicilik ve bağımlılık tanısall sınıflandırma sistemi tarafından belirlenmektedir. İlk olarak 1952’de APA tarafından yayımlanan DSM-I ve daha sonra 1968’de yayımlanan DSM-II’de alkol ve madde bağımlılığı, “Sosyopatik Kişilik Bozukluğu” tanısının alt tipleri olarak sınıflandırılmıştır. 1980’ de yayınlanan DSM- III’te ise bağımlılık bozuklukları ayrı bir sınıflandırma grubu olarak kabul edilmiştir. Ardından 1987 yılı DSM III-R’de ise bağımlılık kavramının sınırlarını olabildiğince genişleterek, bağımlılık tanısını koymada hekim inisiyatifini daha ön plana çıkarmıştır. “Madde Kullanım Bozuklukları” terimi yerine “Psikoaktif Madde Kullanım Bozuklukları” kullanılmıştır. 1992’de DSÖ tarafından yayınlanan ICD-10’da “alkolizm” “bağımlılık sendromu” adıyla anılmıştır. Alkolizm tanımından, yargılayan bir ifade olduğu gerekçesiyle kaçınılmıştır. Ancak alkolizm terimi araştırmacılar ve klinisyenler tarafından hala kullanılmaktadır. ICD-10’da bağımlılık sendromunu; madde (alkol) kullanımı sırasında ortaya çıkan ve kişinin önceden değer verdiği davranışlarına öncelik kazanan birçok fizyolojik, davranışsal ve bilişsel

değişikliklerle belirli bir durumdur. Bağımlılık sendromu, tıbben önerilmiş olsun olmasın, psikoaktif madde, alkol, tütün almak için sıklıkla güçlü, bazen önüne geçilmez bir arzu duymadır. ICD-10'un ölçütleri, DSM-IV ile benzerdir fakat ICD-10'da “maddeyi almak için çok güçlü bir istek ya da zorlanti” ifadesi ayrı bir madde olarak belirtilmiştir. DSM-IV'te bağımlılık tanısı için tolerans ve yoksunluk belirtileri şart değildir. Bu nedenle fiziksel yoksunluk belirtileri ortaya çıkmadan, kişilere bağımlılık tanısı koyarak, daha erken dönemlerde hastanın yakalanmasına imkan verir. DSM-IV'te “madde kötüye kullanımı” ICD-10'da “zararlı kullanım” şeklinde adlandırılmıştır. Zararlı kullanım çeşitli sosyal sorunlara yol açar ve başkaları tarafından eleştirilir şeklinde açıklanmıştır. Bu tanı yoğun alkol kullanımı ile belirgin bir durumdur ve alkol bağımlılığını karşılamaz. DSM-IV'te “madde kötüye kullanımı” tanısı ölçütlerinde madde kullanımının kişiler arası ilişkiler, işi, toplumsal ve yasal sorunlara yol açmış olması gerekmektedir. DSM-V'te “madde kötüye kullanımı” ifadesinin kaldırılması ve “madde bağımlılığı” tanısının, madde kullanımına karşı duyulan şiddetli arzu ölçütü eklenerek ve ölçütlere bir şiddet puanının verilerek, adının da “madde kullanım bozukluğu” olarak değiştirilmesi hedeflenmiştir (111).

2.4.2. Sigara bağımlılığı

Sigara bağımlılığı tüm dünyada ve ülkemizde halen yaygın ve önlenebilir önemli bir sağlık sorunudur (114). DSÖ ve APA tarafından bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Sigara bağımlılığı tüm dünyada ve ülkemizde en önemli, bireysel, ailesel ve halk sağlığı sorunlarından birisidir (115). Bu sorun giderek artmaktadır. Ülkemizin de içinde bulunduğu coğrafya dünya tütün tüketiminde birinci sırada yer almaktadır. Yaklaşık olarak dünyada her üç kişiden biri tütün bağımlısıdır. DSÖ'nün raporlarına göre dünyada yaklaşık olarak 1,30 milyar sigara içicisi olduğu ve bu sayının 2025 yılında 1,7 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir. Ülkemizde 15 yaş üstü sigara kullanım yaygınlığı %32,8'dir (115). Tüm dünyada ölümlerin ikinci sıradaki risk faktörü sigaradır. Sigara kullanımına bağlı sağlık sorunları nedeniyle her saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir (115). Kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümlerin %10'u, akciğer kanserine bağlı ölümlerin %71'i, kronik solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %42'si sigara kullanımına bağlı olarak görülmektedir (116).

Nikotin bağımlılığı, tütün ve tütün ürünlerinin kolay ulaşılabilir olması, toplumsal açıdan kabul edilirliliğinin diğer bağımlılık yapıcı maddelere göre daha yüksek oluşu gibi faktörler nedeniyle, en yaygın görülen bağımlılık türlerinden birisidir (117). Ülkemiz sigara içme oranı yüksek olan ülkeler arasındadır. Türkiye genelinde, 2008 yılında, 15 yaş üstü bireylerin %31,3'ü her gün veya ara sıra tütün kullanmakta iken, 2012 yılında bu oran %27'ye düşmüştür. Tütün ve tütün ürünü kullananların oranı erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür (118). Son verilere göre Türkiye'de erişkinlerin %35'i sigara bağımlısıdır, bu rakam 17 milyon civarında içiciye karşılık gelmektedir (119).

Sigara bağımlılığı genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı komplike bir davranıştır. Psikolojik etkenlerin etkisini yanı sıra bağımlılıkta esas olan sigaranın içindeki nikotindir. Nikotin güçlü fiziksel, psikolojik bağımlılık ve yoksunluk sendromu oluşturur. Nikotin beyindeki özgül nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerinden etki eder ve nöronlardan nikotinin akut ödüllendirici etkisinden sorumlu olduğu düşünülen dopamin salınımını uyarır (115). Sigara içenler, sigarayı bıraktıklarında, sigara için şiddetli bir arzu ve tekrar edebilecek yoksunluk belirtileri duyarlar. Yoksunluk belirtileri iki-üç gün sonra zirve noktasına ulaşır ve haftalarca sürebilir. Yapılan çalışmalarda nikotin bağımlılığı ile madde kullanımı ve pek çok psikiyatrik hastalıkların pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (113).

2.4.3. Alkol bağımlılığı

Alkol, yatıştırıcı, keyif verici, zehirli etkisi olan, merkezi sinir sistemini inhibe eden, uçucu bir maddedir (120). Arapça "el küul (al kihl, el kuhl)" sözcüğünden gelmektedir. Bir şeyin özü, aslı anlamındadır. Alkol karşılığı olarak kullanılan latince kökenli "ispirto" sözcüğü ruh, soluk, yaşamın özü, yürekli, güçlü anlamlarını içeren "spiriitus"dan gelmiştir. Spiriitus sözcüğünden türetilen "spirit" batı dillerinde alkol dâhil birçok anlamda kullanılır (121).

Antik dönem tarihçilerinin yazılı belgeleri incelendiğinde, keyif verici maddeler içerisinde, ismine rastlanılan ilk maddenin alkol olduğunu görülmektedir. Alkol, pek çok mitolojik hikâyeye, tiyatro oyunları, edebiyat eserleri ve dinsel inanışa konu olmuştur. M.Ö. 2000 yılında şarap ticareti Hammurabi kanunlarında anlatılmıştır. Eski Atina'da içki tanrısı "Dionisos" ve Roma'da "Bacchus" zevk ve neşe dininin tanrılarıdır. Bunun bayramlarına ulusça katılma zorunluluğu vardır. Öte

yandan Solon' un koyduğu kurallarla alkol yasaklanmıştır. Sarhoşlar sokaklarda teşhir edilmiş, suç işleyenler idam edilmiştir (111). İnsanoğlunun gerginlik ve anksiyete gibi rahatsız edici duygulardan uzaklaşmak adına alkolü bir araç haline getirdiği düşünülmektedir (111). Her çağda alkolün kontrollü kullanımı kabul edilirken, aşırı kullanımı kabul görmemiştir (122). Çağımızda dünyanın birçok yerinde alkollü içki içmek, sosyal ortamların ortak özelliği olarak kabul görmektedir. Ancak sağlık problemleri ve bağımlılık oluşturma riskinden dolayı, sosyal problemlere neden olduğu görülmektedir (123). Jellinek alkol kullanımını sosyal içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık olarak ele almıştır. Sosyal bir ortamda eğlenmek için az miktarda alkol alınması sosyal içicilik olarak tanımlanabilir. Alkol kötüye kullanımı aile ve iş yaşamını olumsuz etkileyecek düzeyde alkol alması, fakat alkole bağımlı olmamasıdır. Bu kişilerde fiziksel bağımlılık belirtileri, tolerans gelişimi, alkol kullanmaya aşırı istek ve kontrol kaybı olmamaktadır (120). 1970'lerin sonu itibariyle alkol kötüye kullanımı ile ilgili değişim başlamış ve “alkolizm” ile “normal içme” arasındaki ayrım yerini “spektrum” kavramına bırakmıştır (124). Alkol kötüye kullanımının veya bağımlılığının tanı kriterlerini karşılamayan, ancak zararlı sonuçlara yol açma riski taşıyacak şekilde tekrarlayıcı bir içme örüntüsü gösteren kişilerde “riskli alkol kullanımı” olduğu kabul edilmiştir (124). Epidemiyolojik çalışmalar, alkol kullanımı ile ilgili fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların pek çoğunun bağımlı olmayan alkol kullanıcılarında ortaya çıktığını göstermiştir (124). Ayrıca toplum tarama çalışmalarında, en büyük zararın aşırı içen fakat alkolizmin tipik özelliklerini göstermeyen kişilerde ortaya çıktığı saptanmıştır (124). Kişiler alkol kullanım düzeyinden kaynaklı olarak suç işleme, intihar, alkolden kaynaklı kazalar başta olmak üzere birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar (125). Alkol bağımlılığının ayırıcı tanısında tolerans ve yoksunluk durumları göz önüne alınmaktadır. Tolerans, vücudun alkole olan tepkisini her seferinde daha fazla miktarla ortaya çıkarması sonucu, alınan alkol miktarının her seferinde arttırılmasıdır (126). Yoksunluk, kişinin alkolden mahrum kalması ile ortaya çıkabilen ve problemleri sonuçlara sebep olabilen bir durumdur. Yoksunluk sonucunda ortaya çıkan sıkıntılar kaygı, depresif duygu durumu, huzursuzluk, halsizlik, nabız yükselmesi ve vücutta kasılmalar olarak sıralanabilir (126).

Alkol bağımlılığının nedenleri incelendiğinde, biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik etmenler dikkati çekmektedir (120). Genetik olarak da ebeveynlerinde alkol bağımlılığı olan kişilerin alkol bağımlılığına daha yatkın olduğu görülmüştür (127). Birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan bireyler, olmayanlara göre 3-4 kat fazla risk altındadırlar (120). Toplumda erkeklerin alkol kullanması, büyüme ve erkeklik sembollerinden biri olarak görülmektedir. Toplumda sosyal olarak erkeklerin alkol kullanımı kabul görürken, kadınların alkol kullanımı toplum tarafından daha fazla damgalanmaktadır (94). Ancak yoğun alkol kullanımı olan kadınlarda, alkol bağımlılığı gelişme riskinin erkeklerdekine benzer olduğu görülmektedir (120).

2.4.3.1. Alkol bağımlılığı epidemiyolojisi

Alkol bağımlılığı, tüm dünyada giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. 2001-2002 yıllarında ABD yapılmış olan bir taramada alkol bağımlılığının yaygınlığı %3,81 olarak bulunmuştur (128). Avrupa Komisyonu 2006 raporuna göre 1970'lerin ortalarında yılda ortalama kişi başı 15 litre saf alkol ile alkol kullanımı en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Son yıllarda bu değer yıllık 11 litre saf alkol tüketimi ile düşme eğilimi göstermekle beraber Avrupa Birliği dünyanın en çok içki tüketilen bölgelerinden birisidir. İçki içme düzeyi yerine bağımlılık durumuna bakılırsa, 23 milyon Avrupalının (erkeklerin %5'i, kadınların %1'i) herhangi bir yılda alkol bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir (129).

Ülkemizde bu alanda ilk kapsamlı çalışma, 1995 yılında, İstanbul'da 15 ayrı okulda yapılan, alkol ve madde kullanımına yönelik Avrupa Okul Araştırmasıdır. Bu araştırmaya göre son 12 ay içinde alkol kullananların oranı %51 ve son 12 ay içinde sarhoşluk yaşayanların oranı ise %24 olarak saptanmıştır. Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yapılan araştırmaya göre, alkol bağımlılığı sıklığı %0,9 olarak saptanmıştır. Aynı araştırmada bu oran erkeklerde %1,9 olarak belirlenmiştir (134). Edirne şehir merkezinde Ekuklu ve arkadaşlarının 2004 yılında 15 yaş ve üzeri 645 kişi ile yaptıkları araştırmada alkolizm oranı %8,3 olarak saptanmıştır (130). Yine 576 üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmanın sonuçlarında, örneklemin %14'ünde riskli alkol kullanımı olduğu belirlenmiştir (131). 323 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, son bir yılda öğrencilerin %10,2'sinin 12 birim alkol kullandıklarını bildirmiş ve öğrencilerin %1,2'si alkol bağımlılığı, %2,2'si de alkol

kötüye kullanım tanısı almışlardır (132). Bir başka çalışmada, kişinin alkol kullanma sıklığı ile ebeveynlerin alkol kullanma sıklığı pozitif, ebeveynlere bağlanma düzeyi ile negatif yönde ilişkili saptanmıştır (133).

Alkol kullanım sıklığını etkilediği düşünülen bir önemli değişken ise ÇÇT'dir. Fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmali içeren ÇÇT'nin, gelecekte kişinin alkol kullanım riskini anlamlı biçimde yükselttiği belirtilmektedir (6). Bu görüşle tutarlı olarak, birçok çalışmada, bireylerin travmatik stresle başa çıkmak için alkol kullanımına başvurdukları görülmektedir (124). Literatürde bazı çalışmalarda, ÇÇT yaşantısı olan bireylerin, istismara uğramamış olan kişilere oranla, daha fazla alkol ve madde kullandıklarını görülmektedir (134). İstismara uğrayanların alkol ve madde kullanımına daha eğilimli olmaları sebebiyle cinsel, fiziksel ve duygusal istismarlar orta ve uzun vadede alkol ve madde bağımlılığı gelişmesinde risk faktörü oluşturmaktadırlar (134).

2.4.4. Madde bağımlılığı

Madde bağımlılığının kişisel, ailevi ve sosyal boyutlarda kuvvetli sonuçlarının varlığı bilinmektedir (135). Genetik üzerine yapılan araştırmalar nüfus genelindeki madde bağımlılığına yönelik gösterilen eğilimdeki çeşitliliğin hem genetik hem de çevresel bireysel değişkenlerden köken aldığını ortaya koymuştur (136). Uyuşturucu maddelerin, kullanım mevcudiyeti olan bireylerin bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemelerinin yanında bu konuda gerçekleştirilen sağlık ve mücadele çalışmaları kapsamında harcanan paralar hesaplandığında ortaya ciddi bir çizelge çıkmaktadır (137).

Genel bakış açısı ile bağımlılık, birey tarafından kullanılan nesne ya da gerçekleştirilen bir faaliyette bulunan denetimin kaybedilmesidir. Bağımlı olan bireyler madde bulmak ve kullanabilmek için gündelik hayatlarının büyük kısmını ayırmaktadır. Bağımlı bireylerin günlük hayatlarında madde kullanmak ve yoksunlukla baş etme durumları dışında maddeye ulaşmak için gösterilen çaba da işlevsellikte azalmanın önemli bir etmenidir (138).

Zaman içinde insanlık tarihindeki yaşanan değişim ile madde yönelimi birbirine paralel biçimde hareket etmiştir. Bağımlılığın spesifik özelliği sıklıkla ya da ara sıra olması önemli olmaksızın bahsi geçen maddenin kullanılması ve maddeye yönelme isteğidir. Bu isteğin sebebi madde çeşidinin organizma üstünde meydana

getirdiği, psikolojik rahatlamanın deneyimlenmesi veya yoksunluk durumunda ortaya çıkan sıkıntının giderilmesidir. Bağımlılığa ilişkin tanımlardan biri de bireylerin madde kullanımı ile birlikte gelen olumsuz durumların farkında olması ve bırakmaya yönelik verdiği mücadeleye karşın bu çabanın sonuçsuz kalması ve kontrolden çıkmasıdır (139). Bağımlılık problemi, toplumun tümünü tehdit eden bir durum yaratabilmektedir. Madde kullanımının bağımlılığa dönüşmesi sonrasında kişinin öncelikleri değişmekte ve madde önceliklerde ilk sıralara yerleşmektedir (140). Öte yandan madde bağımlılığının yalnız kullanan kişiyi etkilemediği bilinmektedir. Madde bağımlılığı bulunan kişilerin ailesi yakınları da bu durumdan etkilenmekte ve toplumsal yaşamda etkileşim halinde olduğu bireylerle olan iletişimi de önemli ölçüde zarar görmektedir. Bağımlılık tanımlamaları ve bağımlılığın değerlendirilmesi kültürler açısından farklılık taşımakla birlikte; zaman içinde dönüşüm yaşamış ve çerçevesi farklılaşmıştır (139).

Madde kullanımının veya kullanımını tekrarının azaldığı durumlarda kişide yoksunluk belirtileri meydana gelmektedir (138). Kavramsal olarak bağımlılığın psikolojik ve fiziksel bakımdan ele alındığı görülmektedir (139).

Bağımlılık türlerinin tümüne temel oluşturan psikolojik bağımlılık, kullanılan madde çeşidinin pozitif pekiştireç rolünü üstlenmesi ile ilişkilidir. Bu bireyde yeniden madde kullanma isteğini ve özlemi ortaya çıkarmaktadır. Yalnız psikolojik bağımlılığın olduğu durumlarda yoksunluk semptomları oluşmamaktadır (140).

Fiziksel bağımlılığın genel olarak psikolojik bağımlılıktan bağımsız gelişim gösterdiği bilinmektedir. Organizmanın tümüyle adapte olma durumu söz konusudur. Madde kullanımı olmadığı durumda kişide yoksunluk semptomları görülmektedir (139).

DSM-5 bağımlılık kriterlerine göre 1 yıl içerisinde düşünülen daha uzun süreyle veya daha yoğun biçimde maddenin kullanılması, bırakma veya kontrol etme adına sonuçsuz kalan girişimler, maddeye yönelik faaliyetlere çok zaman harcama, maddenin kullanımına karşı yoğun istek hissetme, kullanım kaynaklı kişisel sorumlulukları yerine getirememe, zarar verici neticelere rağmen kullanma konusunda istikrarlı olma, madde kullanımından dolayı günlük yaşamdaki yapılanların bırakılması, madde kullanımının risk oluşturabilecek durumlarda dahi devam ettirilmesi, madde kullanmaya ilişkin zararların bilinmesine rağmen

kullanımının sürmesi, tolerans başlaması, istenilen etkiye ulaşmak için yüksek madde kullanımı, belli dozdaki maddenin istikrarlı biçimde alınması neticesinde oluşturduğu etkinin azalması ve yoksunluk hallerinin minimum iki tanesinin meydana gelmesi, somut biçimde sıkıntının yaşanması ve işlevselliğin kaybedilmesi bağımlılık tanısının karşılığıdır. DSM-5'e göre SUD şiddetine göre 3 kategoriye ayrılmaktadır. Bir yıllık süre içinde yukarıda bahsedilenlerin iki ya da üçünün gerçekleştiği durumda hafif, dört ya da beşinin gerçekleştiği durumda orta, altı ve daha fazlasının gerçekleştiği durumda ise şiddetli düzeyde SUD şeklinde değerlendirilmektedir (141).

Temel risk faktörleri:

- Ailenin yapısal özellikleri
- Yaşanılan toplum şartları
- Eğitim seviyesi
- Genetik mirastan kaynaklanan etmenler
- Cinsiyet (142).

Madde bağımlılığına ilişkin tedavide önem taşıyan iki kavram bulunmaktadır. Bunlar: remisyon ve nüksetmedir. Remisyon, birey tarafından kullanılan maddenin ruhsal ve fiziksel acısan temizlenme süresidir (143). DSM-5'e göre remisyonunda geçen süre erken ve kalıcı olarak ikiye ayrılmaktadır. Erken dönem 3-12 ay arasını ve ölçütlerden birinin meydana gelmemesini ifade etmektedir. Kalıcı dönem ise, en az 12 ay ve üstünde zaman içinde ölçütlerden birinin meydana gelmemesini ifade etmektedir (144).

Donnovannüks tanımlamalarını şu şekilde yapmıştır:

- Tekrar maddenin kullanılmasının saklandığı ve aşamalı biçimde başladığı süreç
 - Tekrar kullanmaya neden olan tek bir durum
 - Tekrar doz bağlamında aynı kullanım
 - Birbirini izleyen rutin madde kullanımı
 - Tedavi gereksinimi olan tekrar madde kullanımı (144).

2.4.4.1. Esrar bağımlılığı

Esrarın ham maddesi doğada yetişen Cannabis bitkisinin tohum, yaprak ve sapını barındıran bir karışımdan meydana gelmektedir. Toplumların pek çoğunda

marijuana, haşaşaş, kunnap, ganja ya da haşhiş isimleri ile adlandırılmaktadır. Yeşil toz haline dönüştürülen haline “gubar” denmektedir. Esrar pek çok iklimle uyumlu olduğundan dünyadaki pek çok yerde yetişme imkanına sahiptir (111).

Tarihi süreçte pek çok uygarlık tarafından ayin ve kutlamalarda ya da ağrıların tedavisi için tıp alanında kullanıldığına dair örneklerle karşılaşılmaktadır. Mezopotamya’da haşaştan elde edilen ve gil olarak adlandırılan maddenin tıp alanında ağrıları geçirmek ya da sakinleştirmek için kullanıldığına dair örnekler bulunmaktadır (145).

Esrar içinde bulunan tetrahydrocannabinol (THC) maddesi beyin yolaklarında değişime neden olmaktadır. Bu madde, beyinde özellikle; bellek, hafıza, acı algılama, ağrı algılama ve motor davranışlar üstünde etkilidir (146). Pek çok madde bağımlısının ilk kullandığı ve bağımlılık düzeyine geçişine sebep olan maddenin esrar olduğu bilinmektedir (111). Birçok esrar kullanıcısı kullandıktan sonrasında davranışlarının ve odaklanmalarının daha net olduğunu ifade etse de uzun süreyle kullanımında bellek algılarının büyük lde düştüğü gözlemlenmektedir. Madde kalitesi ve etkisine bağlı olarak görsel ve işitsel halüsinasyonlar dışında öforik durumdaki artış sebebiyle, bireylerde devamlı konuşma ve gülme durumu da görülmektedir. Yüksek dozda kullanılmasıyla beraber; algılama, öğrenme, dikkat toplama gibi işlevlerin bozulmasına neden olmaktadır. Geçmiş dönemde deneyimlenen olumsuz duygu ve travmaların esrar kullanımı ile beraber tekrarlaması negatif yönlerinden bir diğeridir. Kullananlar tarafından ‘kova’ ve ‘bong’ olarak adlandırılan, inhalasyon yöntemi kullanılmaktadır. Duman inhalasyonu amaçlı “cigara”, “uluk” ve “sarma” adı verilen yöntemler kullanılmaktadır. Sigara kullanımında olduğu gibi, esrar kullanımı, akciğer kanseri ve gırtlak kanseri gibi rahatsızlıklara neden olabilmektedir (147).

2.4.4.2. Sentetik kannabinoidler bağımlılığı

Japonca’dan gelen ‘bon’ ve ‘sai’ kelimelerinin birleşmesinden oluşan bonzai saksıdaki bitki anlamını taşımaktadır. Bitkisel otların karışımı şeklindeyir. Tütün ve esrarın yanı sıra birçok katkı maddesi de içerir (148). Kullanılan doz yükseldikçe bireylerde, psikolojik ve fiziki pek çok semptom meydana gelmektedir. Santral sinir sistemine etkisiyle, kişilerde ařırđ düzeyde panik ve dehşet duygusunu tetiklemektedir (149). Esrarda bulunan olumsuz etkilerin çoğunluğu bonzaide de

mevcuttur. Hızla kalpte çarpıntıya neden olduğundan; esrar kullanımına göre bonzai kullanımına dayalı ölüm daha sık görülmektedir (150).

2.4.4.3. Uçucu maddeler bağımlılığı

İnhalan adıyla bilinen, hızlı buharlaşan, uçucu maddelerdir. Kolay erişilebilen türden ürünlerdir. Endüstriyel amaçlarla kullanılan yapıştırıcılar, uhu, bali, çakmak gazı, benzin ve içerikleri bu gruptandır. Tarihte kloroform ve eter maddesi sıklıkla kullanılmıştır ve geçen yüzyılın başlarında ilk uçucu madde bağımlıları, tespit edilmeye başlanmıştır (151). Bütün uçucu maddeler, bir torba veya kumaş parçasına dökülerek inhalasyon yoluyla kullanılmaktadır. Bu maddelerin içinde bulunan; toluen maddesinin santral sinir sistemi üzerindeki etkisi neticesinde baş dönmesi, garip davranışlar, kimi psikozların etkisi ile kendine ya da başkasına zarar verecek davranışlar, görme bozukluğu, bilinç kaybı uzun süre boyunca kullanımında ise, mortalite ve morbiditede artış görülmektedir (152).

2.4.4.4. Opiyatların bağımlılığı

Haşhaştan sağlanan afyon, pek çok farklı biçimde kullanımı ile karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan biri afyondan sağlanan morfindir. Aynı zamanda kimi tuzlar da morfinden üretilmektedir. Flakka, metamfetamin ve ekstazi gibi maddelerde yoğunlukla kullanılan bu tuzlar otonom sinir sistemi üzerinde etkili olmaktadır. Eroin ise afyonun yanında pek çok madde karıştırılarak elde edilmektedir ve beyaz ya da kahverengi renkte satışı yapılmaktadır. Eroin, sokak dilinde ve kullananlar arasında beyaz, saf, peynir olarak isimlendirilmektedir. Alüminyum folyo üstüne koyulup inhale kullanma yaygın olarak görülmekle birlikte damar yolu ile de kullanıldığı bilinmektedir (153). Opiyat kullanan bireylerde, yoksunluk esnasında pek çok istenmeyen etki ortaya çıkabilir. Esrar kullanıcılarının tersine göz bebeklerinde miyosis, aşırı terleme, çarpıntı, iştahsızlık, sinirlilik, uykusuzluk, uykudan kalkıldığında ayak ve ellerde üşüme, eklem ve sırt ağrısı, burunda akıntı gibi semptomlar gözlemlenmektedir (111).

2.4.4.5. Diğer bağımlılık yapıcı maddeler

Doğal ortamda yetişen ya da endüstriyel yöntemlerle elde edilen birçok bağımlılık yapıcı madde bağımlı kişilerin hayatlarını önemli ölçüde etkilemektedir. En fazla kullanılan maddeler arasında ekstazi bulunmaktadır. Üzerlerinde yer alan

sembollere göre, pokeman, mitsubishi, pıt, Madonna ve roket gibi pek çok isimde kullanılmaktadır. Genelde eğlence mekânlarında, hareketi yüksek hayata uyum sağlamak için kullanılan bu madde, beyinde serotonin ve dopamin dengesini etkilemektedir ve bu yönü ile amfetamin ve halüsinojen maddelerin etkileri ile benzerlikleri bulunmaktadır (154). Koka yaprağından üretilen ve sık kullanılan maddelerden biri olan kokain beyaz renkte ve kokusuzdur. Öforik etki göstermektedir. Tek kullanımda dahi hızla bağımlılığa sebep olabilen ve ani ölümlerle sonuçlanan maddelerden biri ise metamfetamindir. Kristal, kristal meth, meth, ice, buz, ateş-buz gibi farklı isimlerle anılırlar. Metamfetamin, herhangi bir miktarda alındığında davranış değişikliği, şiddet içerikli tavırlar, anksiyete, görsel ve işitsel halüsinasyonlar görülebilmektedir. Damar yolu, pipe veya folyo ile vücuda alınarak kullanılır (155).

Doğal ortamda yetiştirilen ve bağımlılığa neden olan maddeler, geçmiş dönemlerden zamanımıza kadar, deneme yanılma yolu ile; öncelikle tıp alanında, daha sonrasında pek çok alanda kullanılarak, tesadüf şekilde keşfedilmiştir. Salvia, meskalin, sihirli mantar, boru otu gibi maddeler bunlara örnek olarak verilebilirler (156).

İçeriğinde kimyasal olan maddelerde steroid, nitrit, fensiklidin ve ketamin bulunabilmektedir. Bütün bağımlılığa sebep olan maddeler belli seviyede istenmeyen etkiler ve bununla birlikte, madde arayışı ve yoksunluk semptomlarına sebep olmaktadır (153). Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçlar psikiyatri uzmanı takibinde kullanılmadığı zaman, kişilerde bağımlılık ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (157).

2.4.4.6. Madde bağımlılığı epidemiyolojisi

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesinin 2010 yılı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre dünya genelindeki 15-64 yaş arası 4,4 milyar insandan 16-38 milyon arası insanda (%0,36-%0,86) madde kullanımına bağlı bir problem olduğu düşünülmektedir. Bu rapora göre 155-250 milyon arası insanın (%3,52-%5,68) hayatları boyunca en az bir kere uyuşturucu madde kullandığı tahmin edilmektedir (160). Esrar en çok tercih edilen uyuşturucu maddesi olurken, 15-64 yaş arası insanların %2,9-%4,3'ü tarafından kullanılmaktadır. Avrupa'da en çok tercih

edilen uyuşturucu tipinin dünyada da en çok tercih edilen kenevir (kenevirden elde edilen esrar ve marihuana) olduğu görülmektedir (158).

Türkiye’de bu konuda yapılan geneli kapsayan ilk araştırma Kamu Sektörü ve Türk Psikologlar Derneği tarafından yapılmıştır. Araştırmaya 15-64 yaş arası 7681 kişi katılmıştır ve yapılan anket çalışması ev ortamında gerçekleştirilmiştir. Alkol ve sigara haricindeki bağımlılık yapıcı madde kullanımı %0,3 hayatları boyunca en az bir kez madde kullanımı %1,3 olarak saptanmıştır (121). Madde kullanım yaygınlığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (159). ESPAD (Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi) araştırması, 2003 yılında altı ilde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, İzmir, Samsun) yapılmıştır. Bu çalışmaya göre Türkiye’de 15-64 yaşları arasındaki afyon ve türevi madde kullanıcılarının %0,05 uçucu madde kullanıcılarının ise %0,06 ortalama oranlarında olduğu tahmin edilmektedir (158). Araştırma verilerine göre tütün ve alkol dışındaki tüm maddelerin kullanım yaygınlığında artış görülmüştür. En yüksek değişim artışı gösteren maddeler sırası ile esrar, flunitrazepam, ekstazi, uçucular, eroin ve benzodiyazepinlerde olarak tespit edilmiştir. Bu artış yüzdelik değişime vurulduğunda, ekstazi kullanım yaygınlığının %287,5 arttığı görülmüştür. Eroin, esrar, uçucu, flunitrazepam ve benzodiyazepin kullanımında da belirgin artışlar görülmüştür. Tütün kullanım yaygınlığı %72,7 alkol kullanım yaygınlığı ise %17,6 oranında düşmüştür. Tütün ve alkol kullanımındaki düşüşle beraber benzodiyazepinler hariç diğer maddelerin kullanımındaki artış istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır (158, 159).

Dunn ve arkadaşlarının çalışmasında madde bağımlılarının %34’ünde ÇÇT saptanmıştır (160). Duygusal, cinsel veya fiziksel istismara uğramış olan kadınlarda, yaşanan travmaları unutmak amaçlı, alkolün yatıştırıcı etkisinden faydalanmak istenmesi sebebiyle alkol kullanımı çokça görülmektedir (161). Çocukluk çağında fiziksel istismar oranları madde kötüye kullanımı olanlarda yüksektir (162). Yasa dışı maddelere şiddetli bağımlılık, yüksek belirti oranları ve hastalığın olumsuz seyri ile cinsel istismar arasında ilişki saptanmıştır (163). Çocukluk çağında cinsel olarak istismar edilmiş kişilerin maddeyi “kimyasal olarak dissosiyasyon” olmak için kullandıkları bildirilmektedir (164). Özellikle erkek alkol bağımlılarında dissosiyasyon, ÇÇT ile ilişkili olmayabileceği, çünkü bu kişilerin dissosiyatif benzeri

durumları yaratmak için maddeyi kötüye kullanıyor olabilecekleri ileri sürülmüştür (165). ÇÇT'ları ve yetişkinlik dönemindeki tetikleyici travmatik olayların da etkisiyle, ilerleyen süreçlerde kişilerde, madde bağımlılığına yönelim ortaya çıkabilmektedir. Geçmişte yaşanan birçok travmatik olay, kişileri antisosyal kişilik bozukluğu ile beraber alkol ve madde kullanım bozukluğuna da itebilmektedir (166). Çocukken duygusal, cinsel veya fiziksel istismara maruz kalmak, travmayı tetikleyici etkenlerle birlikte, ilerleyen yıllarda, alkol ve madde kullanımını ortaya çıkabilmektedir.

2.4.5. Bağımlılık ve çocukluk çağı travmaları

Yapılan pek çok araştırmaya göre çocukluk dönemi travmaları bulunan bireylerin yetişkinlik dönemlerinde bağımlılık riski daha fazladır (167). Öte yandan özellikle fiziki travmaları bulunan çocukların ilk madde deneyimleme yaşlarının diğer çocuklara göre daha erken olduğu gözlemlenmiştir (168).

Konuya ilişkin gerçekleştirilen araştırmalar küçük yaşlarda yoğun stres yaratan durumlarla karşılaşmanın nörohormonal denge bozukluklarına sebep olduğu, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aksta değişiklik yarattığı, beyinde morfolojik değişiklikler ortaya çıkardığı ve bununla beraber mezolimbik dopamin ödül yolu değiştiği için bağımlılık riskinin yükseldiğini göstermiştir (169).

Gerra ve arkadaşları (170) tarafından yapılan araştırmada adrenokortikotropik hormonun (ACTH), anne ihmali ile; kortizol bazal plazma miktarının ise baba ihmali ile daha fazla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Gerçekleştirilen bu araştırmadan sağlanan bulgulara göre, çocukluk döneminde karşılaşılan istismar ve ihmal HPA aksisi üzerinde etkili olmakta; bu durum çevresel ve genetik etkenlerle birleştiğinde bireyde bağımlılık riski artmaktadır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız; Bağlar 003 nolu Aile Sağlığı Merkezinde takipli 18-65 yaş arası yetişkinlerde tanımlayıcı kesitsel tipte prospektif bir anket çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından 01.12.2021-01.04.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmış olup Bağlar 003 nolu Aile Sağlığı merkezinde düzenli olarak takip edilen 18-65 yaş arası 350 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır.

Bu tez çalışması, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.01.2021 tarih ve 24 numaralı kararıyla onayı alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmamızın evrenini Bağlar 003 nolu Aile Sağlığı Merkezinde takipli 18-65 yaş arasındaki yetişkinler oluşturmaktadır. Araştırmamıza katılmak istemeyenler çalışma dışı tutulmuştur. Çalışma evrenini oluşturan 11193 kişiden örneklem sayısı EpiInfo 7 programı kullanılarak toplam 371 kişi olarak belirlenmiş olup bu sayıya ulaşılmıştır. Ancak anketlerin kontrolünde eksik veri olduğu saptanan 21 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Geri kalan 350 anket çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4 Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli

Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere 2 bölümden oluşan toplam 39 soruluk bir veri formu verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Veri formunun ilk bölümünde 11 sorudan oluşan katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara kullanıp kullanmadığı, sigara kullanım sıklığı, alkol kullanıp kullanmadığı, alkol kullanım sıklığı madde kullanıp kullanmadığı, kullanım sıklığı sorulup sosyodemografik özellikleri belirlenmek istenmiştir (Ek-2). İkinci bölümde 28 soruluk Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği “Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)” uygulanmıştır (Ek-2).

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen, çocukluk ve ergenlikteki (18 yaş öncesi) orselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik olan CTQ ölçeği, beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluk ve ergenlik

dönemindeki travma ve ihmal yaşantılarını saptamaya yönelik bu ölçek, Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0,891 olarak yüksek güvenirliğe sahip olarak bulunmuştur (171).

3.5. İstatistiksel Veri Analizi

Araştırmaya katılanların demografik verileri ve sigara, alkol, madde kullanımlarına yönelik sorulara frekans analiz uygulanmış, verilerin dağılımı “n” ve “%” olarak tablolarda sunulmuştur. Sonrasında, araştırmada kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine ait ifadelerin ortalama ve standart sapmaları değerlendirilmiştir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin demografik verilere göre farklılık gösterip göstermediği anlamlılık testleri ile analiz edilmiştir. Hangi analizin kullanılacağına karar vermeden önce, verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk sınamaları ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin; analizi için ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, iki veya daha fazla değişkenin karşılaştırılmasında ise; Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan analizlerde hangi gruplar arasında fark olduğunun belirlenmesi için Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Alt boyutlar arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın analizinde SPSS v23 istatistik programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılanların demografik verilerinin dağılımları değerlendirildiğinde; katılımcıların %52,6'sının erkek, %46'sının 30 yaş ve altında olduğu, %52,9'unun bekar, %44,9'unun ilk-orta ve lise, %44,3'ünün ise lisans düzeyinde öğrenim gördüğü tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Verilerinin Dağılımı

		Sıklık (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	184	52,6
	Kadın	166	47,4
Yaş	30 yaş ve altı	161	46,0
	31-40 yaş	87	24,9
	41-50 yaş	70	20,0
	51 ve üzeri	32	9,1
Medeni Durum	Bekar	185	52,9
	Evli	165	47,1
Eğitim	İlk-ortaöğretim-lise	157	44,9
	Lisans	155	44,3
	Lisansüstü	38	10,9
	Toplam	350	100,0

Araştırmaya katılanların sigara, alkol ve madde kullanımlarına yönelik verilerinin dağılımı değerlendirildiğinde; katılımcıların %53,4'ünün sigara kullanmadığı, kullananların %20,3'ünün günde bir paketten az tükettiği belirlenmiştir. %66,9 oranında katılımcı alkol kullanmadığını, kullananların ise %24'ünün haftada 3 günden az kullandığı ifade edilmiştir. %92,6 oranında katılımcının madde kullanmadığı, kullananların %4'ünün 3 günden az kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımlarına Yönelik Verilerinin Dağılımı

		Sıklık (n)	Yüzde (%)
Sigara	Hayır	187	53,4
Kullanımı	Evet	163	46,6
	Günde bir paketten az	71	20,3
Kullanım Sıklığı	Günde bir paket	65	18,6
	Günde 1-2 paket	26	7,4
	Günde 2 paket ve üzeri	5	1,4
Alkol Kullanımı	Hayır	234	66,9
	Evet	116	33,1
	Her gün	6	1,7
Kullanım Sıklığı	Haftada 3 günden fazla	27	7,7
	Haftada 3 günden az	84	24,0
Madde	Hayır	324	92,6
Kullanımı	Evet	26	7,4
	Her gün	4	1,1
Kullanım Sıklığı	Haftada 3 günden fazla	8	2,3
	Haftada 3 günden az	14	4,0
	Toplam	350	100,0

Araştırmada kullanılan **Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine** ait ifadeler değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin, “Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum” (ort: 5,80), “İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.” (ort: 3,86) ve “Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi..” (ort: 3,84) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin ise; “Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.” (ort: 1,13) , “Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.” (ort: 1,18) ve “Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.” (Ort.: 1,16) ifadeleri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine Verdikleri Cevapların Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Ort ± Std.
1) Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım	1,73 ± 0,94
2) Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum	3,73 ± 1,34
3) Ailedekiler bana 'salak', 'beceriksiz' ya da 'tipsiz' gibi sıfatlarla seslenirdi.	1,70 ± 0,97
4) Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1,13 ± 0,51
5) Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	3,32 ± 1,32
6) Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1,74 ± 1
7) Sevdiğimi hissediyordum.	3,58 ± 1,2
8) Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini hissediyordum.	1,48 ± 0,94
9) Ailemden birisi bana öyle bir vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1,25 ± 0,7
10) Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	2,22 ± 1,24
11) Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1,18 ± 0,57
12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurulara cezalandırılıyordum.	1,20 ± 0,6
13) Ailedekiler birbirine ilgi gösterirlerdi.	3,40 ± 1,21
14) Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1,80 ± 1
15) Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilme, kakılma vb.) inanıyorum	1,44 ± 1,07
16) Çocukluğum mükemmeldi.	3,17 ± 1,18
17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1,16 ± 0,55
18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1,32 ± 0,74
19) Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedirdi.	3,44 ± 1,31
20) Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1,33 ± 0,84
21) Kendisiyle cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1,23 ± 0,68
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	3,62 ± 1,25
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1,32 ± 0,84
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu	1,29 ± 0,74
25) Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1,70 ± 1,02
26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	3,86 ± 1,25
27) Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1,31 ± 0,8
28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	3,84 ± 1,22

1: Hiçbir Zaman – 5: Çok Sık

Araştırmada kullanılan **Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine** ait ortalama puanlar değerlendirildiğinde; duygusal istismar (8,02±3,97), fiziksel istismar (6,25±2,48), fiziksel ihmal (9,01±3,30), duygusal ihmal (12,40±4,82) ve cinsel istismar (6,49±3,29) CTQ Genel ortalama puanı (42,69±13,06) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Boyut Ortalama Puanların Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Min.	Max.	Ort. ± Std.
Duygusal İstismar	5,0	21,0	8,02 ± 3,39
Fiziksel İstismar	5,0	25,0	6,25 ± 2,48
Fiziksel İhmal	5,0	21,0	9,01 ± 3,30
Duygusal İhmal	5,0	25,0	12,4 ± 4,82
Cinsel İstismar	5,0	25,0	6,5 ± 3,3
CTQ Genel	25,0	106,0	42,69 ± 13,06

Cinsiyete göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel ihmal alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,045$). Sonuçlara göre, erkeklerin kadınlara göre fiziksel ihmal düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Cinsiyet	n	Ort. ± Std	z	p*
Duygusal İstismar	Erkek	184	8 ± 3,14	-,734	,463
	Kadın	166	8,05 ± 3,67		
	Total	350			
Fiziksel İstismar	Erkek	184	6,34 ± 2,55	-1,310	,190
	Kadın	166	6,15 ± 2,41		
	Total	350			
Fiziksel İhmal	Erkek	184	9,35 ± 3,36	-2,000	,045
	Kadın	166	8,64 ± 3,2		
	Total	350			
Duygusal İhmal	Erkek	184	12,32 ± 4,48	-,389	,697
	Kadın	166	12,49 ± 4,86		
	Total	350			
Cinsel İstismar	Erkek	184	6,47 ± 3,12	-,483	,629
	Kadın	166	6,52 ± 3,47		
	Total	350			
CTQ Genel	Erkek	184	43,01 ± 13,04	-,734	,463
	Kadın	166	42,34 ± 13,12		
	Total	350			

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Yaşa göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel ihmal ($p=0,007$), duygusal ihmal ($p=0,043$) ve çocukluk çağı travma ölçeği genelinde ($p=0,027$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi

amacıyla Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. **Sonuçlara göre;**

- 51 yaş üzeri olanların, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde **fiziksel ihmale** maruz kaldıkları belirlenmiştir. 41-50 yaş grubunun da 31-40 ve 30 yaş altı gruba göre daha yüksek düzeyde **fiziksel ihmale** maruz kaldıkları belirlenmiştir.
- 41-50 yaş grubunun 31-40 ve 30 yaş altı gruba göre daha yüksek düzeyde **duygusal ihmale** maruz kaldıkları belirlenmiştir.
- 51 yaş üzeri ve 41-50 yaş gruplarının **çocukluk çağı travma düzeyleri**, 30 yaş altı ve 31-40 yaş grubuna göre daha ileri düzeyde belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşa Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Cinsiyet	n	Ort. $\pm$ Std	X ²	p*
Duygusal İstismar	30 yaş ve altı	161	7,94 $\pm$ 3,51	6,312	,097
	31-40 yaş	87	7,44 $\pm$ 2,76		
	41-50 yaş	70	8,57 $\pm$ 3,64		
	51 ve üzeri	32	8,84 $\pm$ 3,59		
Fiziksel İstismar	30 yaş ve altı	161	6,29 $\pm$ 2,5	2,109	,550
	31-40 yaş	87	6,03 $\pm$ 2,04		
	41-50 yaş	70	6,44 $\pm$ 2,35		
	51 ve üzeri	32	6,25 $\pm$ 3,63		
Fiziksel İhmal	30 yaş ve altı	161	8,56 $\pm$ 3,26	12,005	,007
	31-40 yaş	87	8,75 $\pm$ 3		
	41-50 yaş	70	9,81 $\pm$ 3,45		
	51 ve üzeri	32	10,28 $\pm$ 3,43		
Duygusal İhmal	30 yaş ve altı	161	12,01 $\pm$ 5	8,147	,043
	31-40 yaş	87	11,9 $\pm$ 4,33		
	41-50 yaş	70	13,5 $\pm$ 4,74		
	51 ve üzeri	32	13,31 $\pm$ 5,07		
Cinsel İstismar	30 yaş ve altı	161	6,71 $\pm$ 3,56	5,111	,164
	31-40 yaş	87	5,93 $\pm$ 2,77		
	41-50 yaş	70	6,6 $\pm$ 3,12		
	51 ve üzeri	32	6,69 $\pm$ 3,48		
CTQ Genel	30 yaş ve altı	161	42,05 $\pm$ 13,16	9,211	,027
	31-40 yaş	87	40,51 $\pm$ 11,55		
	41-50 yaş	70	45,41 $\pm$ 13,1		
	51 ve üzeri	32	45,88 $\pm$ 15,27		

*Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Medeni duruma göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal istismar ($p=0,007$), fiziksel ihmal ($p<0,01$), duygusal ihmal ($p=0,001$) ve çocukluk çağı travma ölçeği genelinde ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; evli bireylerin, bekarlara göre duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Medeni Duruma Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Medeni				p*
	D.	n	Ort. $\pm$ Std	z	
Duygusal İstismar	Bekar	185	7,78 $\pm$ 3,55		
	Evli	165	8,29 $\pm$ 3,2	-2,685	,007
	Total	350			
Fiziksel İstismar	Bekar	185	6,17 $\pm$ 2,51		
	Evli	165	6,34 $\pm$ 2,45	-1,507	,132
	Total	350			
Fiziksel İhmal	Bekar	185	8,39 $\pm$ 3,1		
	Evli	165	9,72 $\pm$ 3,38	-3,740	<0,01
	Total	350			
Duygusal İhmal	Bekar	185	11,61 $\pm$ 4,85		
	Evli	165	13,21 $\pm$ 4,65	-3,454	,001
	Total	350			
Cinsel İstismar	Bekar	185	6,61 $\pm$ 3,69		
	Evli	165	6,36 $\pm$ 2,78	-,097	,923
	Total	350			
CTQ Genel	Bekar	185	41,17 $\pm$ 13,17		
	Evli	165	44,39 $\pm$ 12,77	-3,019	,003
	Total	350			

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Öğrenim düzeyine göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel ihmal ($p<0,01$), duygusal ihmal ($p=0,002$) ve çocukluk çağı travma ölçeği genelinde ($p=0,008$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Sonuçlara göre;

- İlk-ortaöğretim ve lise mezunlarının, lisans ve lisansüstü gruplara göre daha yüksek düzeyde **fiziksel ve duygusal ihmale** maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Lisans mezunlarının da lisansüstü mezunlara göre **fiziksel ve duygusal ihmal** düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- İlk-ortaöğretim ve lise mezunlarının, lisans ve lisansüstü gruplara göre daha yüksek düzeyde **çocukluk çağı travmalarına** maruz kaldıkları belirlenmiştir. Lisans mezunlarının da lisansüstü mezunlara göre **çocukluk çağı travma** düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrenim Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Öğrenim	n	Ort. $\pm$ Std	X ²	p*
Duygusal İstismar	İlk-ortaöğretim-lise	157	7,94 $\pm$ 3,21	,071	,965
	Lisans	155	8,19 $\pm$ 3,69		
	Lisansüstü	38	7,66 $\pm$ 2,86		
Fiziksel İstismar	İlk-ortaöğretim-lise	157	6,5 $\pm$ 2,68	4,307	,116
	Lisans	155	6,12 $\pm$ 2,35		
	Lisansüstü	38	5,82 $\pm$ 2,06		
Fiziksel İhmal	İlk-ortaöğretim-lise	157	9,78 $\pm$ 3,33	16,665	<0,01
	Lisans	155	8,46 $\pm$ 3,09		
	Lisansüstü	38	8,13 $\pm$ 3,4		
Duygusal İhmal	İlk-ortaöğretim-lise	157	13,27 $\pm$ 5	12,148	,002
	Lisans	155	12,04 $\pm$ 4,84		
	Lisansüstü	38	10,24 $\pm$ 2,88		
Cinsel İstismar	İlk-ortaöğretim-lise	157	6,55 $\pm$ 2,9	5,472	,065
	Lisans	155	6,55 $\pm$ 3,66		
	Lisansüstü	38	6 $\pm$ 3,26		
CTQ Genel	İlk-ortaöğretim-lise	157	44,51 $\pm$ 13,36	9,739	,008
	Lisans	155	41,95 $\pm$ 12,88		
	Lisansüstü	38	38,18 $\pm$ 11,42		

*Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Sigara kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; cinsel istismar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,025). Sonuçlara göre, sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, cinsel istismara maruz kalma düzeyleri yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Sigara Kullanma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Sigara	n	Ort. $\pm$ Std	z	p*
Duygusal İstismar	Hayır	187	7,65 $\pm$ 3,02	-1,657	,098
	Evet	163	8,45 $\pm$,74		
	Total	350			
Fiziksel İstismar	Hayır	187	6,12 $\pm$ 2,2	-1,580	,114
	Evet	163	6,4 $\pm$ 2,78		
	Total	350			
Fiziksel İhmal	Hayır	187	8,83 $\pm$ 3,16	-,862	,389
	Evet	163	9,22 $\pm$ 3,45		
	Total	350			
Duygusal İhmal	Hayır	187	12,27 $\pm$ 4,63	-,353	,724
	Evet	163	12,55 $\pm$ 5,04		
	Total	350			
Cinsel İstismar	Hayır	187	6,7 $\pm$ 2,67	-2,235	,025
	Evet	163	6,97 $\pm$ 3,83		
	Total	350			
CTQ Genel	Hayır	187	41,4 $\pm$ 12,04	-1,775	,076
	Evet	163	44,17 $\pm$ 14,04		
	Total	350			

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Sigara kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). (Tablo 10).

Tablo 10. Sigara Kullanım Sıklığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

	Sigara	n	Ort. ± Std	X²	p*
Duygusal İstismar	Günde bir paketten az	71	8,13 ± 3,1	3,112	,375
	Günde bir paket	65	8,3 ± 4		
	Günde 1-2 paket	26	9,54 ± 3,95		
	Günde 2 paket ve üzeri	5	9,8 ± 6,41		
Fiziksel İstismar	Günde bir paketten az	71	6,1 ± 2,2	1,348	,718
	Günde bir paket	65	6,31 ± 1,94		
	Günde 1-2 paket	26	7,19 ± 3,68		
	Günde 2 paket ve üzeri	5	9 ± 8,94		
Fiziksel İhmal	Günde bir paketten az	71	9,7 ± 3,22	,584	,900
	Günde bir paket	65	9,45 ± 3,55		
	Günde 1-2 paket	26	9,15 ± 3,43		
	Günde 2 paket ve üzeri	5	11 ± 5,83		
Duygusal İhmal	Günde bir paketten az	71	12,68 ± 4,63	,470	,925
	Günde bir paket	65	12,45 ± 4,96		
	Günde 1-2 paket	26	12,5 ± 5,81		
	Günde 2 paket ve üzeri	5	14 ± 6,70		
Cinsel İstismar	Günde bir paketten az	71	7 ± 3,7	,562	,905
	Günde bir paket	65	7,09 ± 4,24		
	Günde 1-2 paket	26	7,2 ± 4,3		
	Günde 2 paket ve üzeri	5	6,6 ± 3,57		
CTQ Genel	Günde bir paketten az	71	43,42 ± 11,2	,646	,886
	Günde bir paket	65	44,15 ± 15,04		
	Günde 1-2 paket	26	46,31 ± 15,21		
	Günde 2 paket ve üzeri	5	51,2 ± 31,14		

*Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Alkol kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal istismar ($p=0.015$) ve cinsel istismar ($p=0.005$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuçlara göre, alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayanlara göre, duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Alkol Kullanma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Alkol	n	Ort. ± Std	z	p*
Duygusal İstismar	Hayır	234	7,68 ± 3,07	-2,423	,015
	Evet	116	8,72 ± 3,88		
	Total	350			
Fiziksel İstismar	Hayır	234	6,15 ± 2,1	-,493	,622
	Evet	116	6,45 ± 3,13		
	Total	350			
Fiziksel İhmal	Hayır	234	9 ± 3,21	-,037	,971
	Evet	116	9,06 ± 3,48		
	Total	350			
Duygusal İhmal	Hayır	234	12,44 ± 4,81	-,438	,662
	Evet	116	12,3 ± 4,87		
	Total	350			
Cinsel İstismar	Hayır	234	6,1 ± 2,68	-2,820	,005
	Evet	116	7,28 ± 4,17		
	Total	350			
CTQ Genel	Hayır	234	41,91 ± 12,05	-,923	,356
	Evet	116	44,26 ± 14,83		
	Total	350			

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Alkol kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel istismar ($p=0.043$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Sonuçlara göre;

- Haftada 3 günden fazla alkol alanların, 3 günden az alanlara göre fiziksel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Alkol Kullanım Sıklığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Alkol	n	Ort. ± Std	X²	p*
Duygusal İstismar	Her gün	6	8,33 ± 3,38	,596	,742
	Haftada 3 günden fazla	27	9,33 ± 4,28		
	Haftada 3 günden az	84	8,61 ± 3,81		
Fiziksel İstismar	Her gün	6	7,5 ± 2,95	6,301	,043
	Haftada 3 günden fazla	27	8,26 ± 5,26		
	Haftada 3 günden az	84	5,86 ± 1,8		
Fiziksel İhmal	Her gün	6	8,67 ± 4,08	3,372	,185
	Haftada 3 günden fazla	27	10,26 ± 3,93		
	Haftada 3 günden az	84	8,77 ± 3,28		
Duygusal İhmal	Her gün	6	12,17 ± 7,05	4,715	,095
	Haftada 3 günden fazla	27	14,15 ± 5,04		
	Haftada 3 günden az	84	11,77 ± 4,56		
Cinsel İstismar	Her gün	6	6,67 ± 3,61	,088	,957
	Haftada 3 günden fazla	27	7,63 ± 4,8		
	Haftada 3 günden az	84	7,38 ± 4,31		
CTQ Genel	Her gün	6	44 ± 16,94	3,504	,173
	Haftada 3 günden fazla	27	50,07 ± 18,34		
	Haftada 3 günden az	84	42,82 ± 13,55		

*Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Madde kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal istismar (p=0.004) ve cinsel istismar (p=0.002) alt boyutunda ve çocukluk çağı travma ölçeği genelinde (p=0.010) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05). Sonuçlara göre, madde kullanan bireylerin madde kullanmayanlara göre, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Madde Kullanma Durumuna Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Madde	n	Ort. $\pm$ Std	z	p*
Duygusal İstismar	Hayır	324	7,79 $\pm$ 3,12	-2,916	,004
	Evet	26	10,96 $\pm$ 5,03		
	Total	350			
Fiziksel İstismar	Hayır	324	6,17 $\pm$ 2,2	-,784	,433
	Evet	26	7,23 $\pm$ 4,73		
	Total	350			
Fiziksel İhmal	Hayır	324	8,88 $\pm$ 3,14	-1,889	,059
	Evet	26	10,73 $\pm$ 4,6		
	Total	350			
Duygusal İhmal	Hayır	324	12,3 $\pm$ 4,71	-1,150	,250
	Evet	26	13,7 $\pm$ 5,97		
	Total	350			
Cinsel İstismar	Hayır	324	6,22 $\pm$ 2,75	-3,039	,002
	Evet	26	9,85 $\pm$ 6,37		
	Total	350			
CTQ Genel	Hayır	324	41,86 $\pm$ 11,93	-2,572	,010
	Evet	26	52,96 $\pm$ 20,64		
	Total	350			

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Madde kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Madde Kullanım Sıklığına Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Madde	n	Ort. ± Std	X²	p*
Duygusal İstismar	Her gün	4	11,5 ± 5,68	,853	,653
	Haftada 3 günden fazla	8	10,13 ± 5,6		
	Haftada 3 günden az	14	11,3 ± 4,87		
Fiziksel İstismar	Her gün	4	8,25 ± 6,5	,081	,960
	Haftada 3 günden fazla	8	8,5 ± 7,1		
	Haftada 3 günden az	14	6,21 ± 1,96		
Fiziksel İhmal	Her gün	4	9,5 ± 5,44	1,041	,594
	Haftada 3 günden fazla	8	12,25 ± 5,2		
	Haftada 3 günden az	14	10,21 ± 4,13		
Duygusal İhmal	Her gün	4	14,25 ± 7,18	,263	,877
	Haftada 3 günden fazla	8	14,38 ± 7,61		
	Haftada 3 günden az	14	13,14 ± 4,97		
Cinsel İstismar	Her gün	4	8,75 ± 7,5	3,189	,203
	Haftada 3 günden fazla	8	13,75 ± 8,08		
	Haftada 3 günden az	14	7,93 ± 4,04		
CTQ Genel	Her gün	4	52,5 ± 24,07	,951	,622
	Haftada 3 günden fazla	8	59,75 ± 27,07		
	Haftada 3 günden az	14	49,21 ± 15,74		

*Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Çocukluk çağı travması ile en ileri düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun duygusal ihmal ($r=0.842$ $p<0,01$), en düşük düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun cinsel istismar ($r=0.646$ $p<0,01$) olduğu belirlenmiştir. Bütün alt boyutlarla orta ve ileri düzeyde pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismarın artması çocukluk çağı travmasını en ileri düzeyde artıracığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	CTQ Genel
Duygusal İstismar	1					
Fiziksel İstismar	,559** <0,01	1				
Fiziksel İhmal	,523** <0,01	,442** <0,01	1			
Duygusal İhmal	,626** <0,01	,480** <0,01	,666** <0,01	1		
Cinsel İstismar	,433** <0,01	,342** <0,01	,423** <0,01	,326** <0,01	1	
CTQ Genel	,818** <0,01	,700** <0,01	,806** <0,01	,842** <0,01	,646** <0,01	1

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ÇÇT'nın kişilerinin alkol, madde ve sigara kullanımı üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda Diyarbakır Bağlar ilçesinde bulunan 003 nolu Aile sağlığı Merkezi'ndeki 18-65 yaş arası kayıtlı yetişkinlere ait veriler incelenerek analiz edilmiştir. Analizler sonrasında ulaşılan bulgular değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların demografik verilerinin dağılımları değerlendirildiğinde; katılımcıların %52,6'sının erkek, %46'sının 30 yaş ve altında olduğu, %52,9'unun bekar, %44,9'unun ilk-orta ve lise, %44,3'ünün ise lisans düzeyinde öğrenim gördüğü tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların sigara, alkol ve madde kullanımlarına yönelik verilerinin dağılımı değerlendirildiğinde; katılımcıların %53,4'ünün sigara kullanmadığı, kullananların %20,3'ünün günde bir paketten az tükettiği belirlenmiştir. %66,9 oranında katılımcı alkol kullanmadığını, kullananların ise %24'ünün haftada 3 günden az kullandığı ifade edilmiştir. %92,6 oranında katılımcının madde kullanmadığı, kullananların %4'ünün 3 günden az kullandığı tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine ait ifadeler değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin “Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum” (ort: 5,80), “İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.” (ort: 3,86) ve “Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi..” (ort: 3,84) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin ise; “Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.” (ort: 1,13) , “Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.” (ort: 1,18) ve “Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen ,komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.” (ort: 1,16) ifadeleri olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğine ait ortalama puanlar değerlendirildiğinde; duygusal istismar (8,02±3,97), fiziksel istismar (6,25±2,48), fiziksel ihmal (9,01±3,30), duygusal ihmal (12,40±4,82) ve cinsel istismar (6,49±3,29) CTQ Genel ortalama puanı (42,69±13,06) olarak tespit edilmiştir. Literatür değerlendirildiğinde ağırlıklı olarak Çocukluk çağı travmaları ölçeğine ait puanların düşük olduğu gözlemlenmektedir. Aloba ve ark. (172) tarafından 1337

kişiden toplanan ölçek verilerine bakıldığında çocukluk çağı travma puanları düşük düzeydedir. Çacı (173) tarafından yapılan çalışmada 500 kişilik örneklem grubundan alınan ölçek puanlarının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Karakulak (174) tarafından yapılan çalışmada yaklaşık 239 kişiden toplanan verilerde benzer şekilde çocukluk çağı travma puanlarının düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının sigara, alkol ve madde kullanımına olan etkisinin incelenmesi aşamasında örneklem grubu arasındaki demografik değişkenlerin ve kullanılan ölçeğe ilişkin puanların analiz edilmesi oluşabilecek anlamlı ilişkilerin ve farklılıkların tespit edilmesi bağlamında önem arz etmektedir. Literatüre bakıldığında Asan ve ark. (175) ile Gökler ve Koçak (176) tarafından yapılan çalışmalarda takipli hastalarda ÇÇT'nin sigara, alkol ve madde kullanımı ile olan ilişkisi demografik özellikler bağlamında incelenmiş ve ÇÇT'nin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi ve sigara, alkol ve madde kullanımı açısından nasıl bir etki oluşturduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; cinsiyete göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel ihmal alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,045$). Sonuçlara göre, erkeklerin kadınlara göre fiziksel ihmal düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Literatüre bakıldığında bu durumla uyumlu çalışmalar görmek mümkündür. Kilpatrick ve ark. (177) tarafından yapılan çalışmada cinsiyete göre çocukluk çağı travmaları ölçeğinin anlamlı farklılık oluşturduğu sonuca ulaşılmıştır. Brems ve ark. (178) yaptıkları çalışmada cinsiyete göre çocukluk çağı travmaları puanlarına baktıklarında kadınların %50'sinin, erkeklerinde %20'sinin çocukluk çağı travması yaşamış oldukları tespit edilmiştir. Wan ve ark.'nın (179) yaptığı çalışmada, erkeklerin kadınlardan daha fazla fiziksel istismara uğradıkları görülmektedir. Adams (180) ise benzer şekilde erkeklerin kadınlara göre fiziksel ihmale uğrama durumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında farklı bulgulara ulaşmak mümkündür. Taşkent (121) tarafından sigara, alkol ve madde kullanımı ile ÇÇT arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada cinsiyete göre ÇÇT değişkeninin anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir. Çeçen Eroğul ve Türk (181) tarafından yapılan çalışmada katılımcı bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları fiziksel ihmale uğrama durumu ile cinsiyet değişkeni arasında

anlamli iliŖki bulunmamaktadır. Bostancı ve ark. (18) tarafından yapılan çalışmada da benzer Ŗekilde fiziksel istismar ile cinsiyet değişkeni arasında anlamli iliŖki tespit edilememiştir.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; yaşa göre çocukluk ağı travmaları leği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel ihmal ($p=0,007$), duygusal ihmal ($p=0,043$) ve çocukluk ağı travma leği genelinde ($p=0,027$) istatistiksel olarak anlamli farklılıklar tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; 51 yaş üzeri olanların, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde fiziksel ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. 41-50 yaş grubunun da 31-40 ve 30 yaş altı gruba göre daha yüksek düzeyde fiziksel ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. 41-50 yaş grubunun 31-40 ve 30 yaş altı gruba göre daha yüksek düzeyde duygusal ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. 51 yaş üzeri ve 41-50 yaş gruplarının çocukluk ağı travma düzeyleri, 30 yaş altı ve 31-40 yaş grubuna göre daha ileri düzeyde belirlenmiştir. Bu durum literatürle uyum göstermektedir. Rosenkranz vd. (182) tarafından yapılan çalışmada yaş değişkenine göre çocukluk ağı travmaları leğinin anlamli farklılık oluşturduğu yüksek yaş grubu içinde yer alan katılımcıların diğer katılımcılara göre fiziksel ve duygusal ihmale uğradıkları görülmektedir. Brady ve Back (183) tarafından yapılan çalışmada benzer Ŗekilde yaş değişkenine göre fiziksel ve duygusal ihmale uğrama durumları yaşı büyük katılımcılarda diğerlerine göre yüksek çıktığı belirlenmiştir.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; medeni duruma göre çocukluk ağı travmaları leği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal istismar ($p=0,007$), fiziksel ihmal ($p<0,01$), duygusal ihmal ($p=0,001$) ve çocukluk ağı travma leği genelinde ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamli farklılıklar tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; evli bireylerin, bekarlara göre duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çocukluk ağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum literatürle uyum göstermektedir. Arıkan ve Coşar (184) tarafından yapılan çalışmada medeni durum değişkenine göre çocukluk ağı travmaları leğinin anlamli farklılık oluşturduğu evli bireylerde bekrlara göre duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmale uğrama durumu daha yüksek düzeyde görülmektedir. Benzer Ŗekilde Rothman ve ark. (185) ve Felitti ve ark. (186) tarafından yapılan çalışmalarda da evli bireylerin çocukluk çağında yaşamış oldukları travmaların bekarlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; öğrenim düzeyine göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel ihmal ($p<0,01$), duygusal ihmal ($p=0,002$) ve çocukluk çağı travma ölçeği genelinde ($p=0,008$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sonuçlara göre; İlk-ortaöğretim ve lise mezunlarının, lisans ve lisansüstü gruplara göre daha yüksek düzeyde fiziksel ve duygusal ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. Lisans mezunlarının da lisansüstü mezunlara göre fiziksel ve duygusal ihmal düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ulaşılan bu bulgular literatürle uyum göstermektedir. Gökçe ve Beyazıt (187) tarafından yapılan çalışmada öğrenim durumu düzeyleri yükseldikçe çocukluk çağı travma puanlarında azalma olmaktadır. Çelik ve Hocaoglu (34) tarafından yapılan çalışmada düşük eğitim düzeyinde olan, nitelsiz ve yetersiz eğitim koşullarında yetişen bireylerde çocukluk çağı travma yaşama durumu yüksek çıkmaktadır.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; sigara kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; cinsel istismar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,025$). Sonuçlara göre, sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, cinsel istismara maruz kalma düzeyleri yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sigara kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bu bulgular literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yüce (188) tarafından yapılan çalışmada yaşamları süresince en az bir kez sigara kullanmış olan bireylerde hiç kullanmamış olanlara göre çocukluk çağı travma ölçeği puanları daha yüksek çıkmaktadır. Yağcı ve ark. (115) tarafından yapılan çalışmada bağımlılık düzeyinde sigara kullanan bireylerde çocukluk çağı travma ölçek puanları yüksek olmaktadır. Ünal'a (189) göre, özellikle cinsel istismara uğrayan bireylerin sigara kullanma durumları bağımlılık seviyesinde olmaktadır. Hogarth ve ark. (190) tarafından yapılan çalışmada sigara kullanımı yüksek olan bireylerde fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar görülme durumu yüksek çıkmaktadır. Spratt ve ark. (191) tarafından yapılan çalışmada, cinsel istismar ve fiziksel istismara uğrayan bireylerin sigara kullanım oranı %79 çıkmaktadır.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; alkol kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal istismar ($p=0,015$) ve cinsel istismar ($p=0,005$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre, alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayanlara göre, duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel istismar ($p=0,043$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre; haftada 3 günden fazla alkol alanların, 3 günden az alanlara göre fiziksel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında benzer bulgulara rastlamak mümkün olmaktadır. Widom'a (192) göre, çocukluk çağı travmaları alkol kullanımı için yatkınlığı artıran önemli bir faktör olmaktadır. Tucci ve ark. (193) ve Danielson ve ark. (194) tarafından yapılan çalışmalarda alkol kullanımı ile tüm istismar türleri arasında ilişki tespit edilmiştir. Şahiner'e (195) göre, çocukluk çağı travma deneyimlerinin varlığı alkol kullanma eğilimlerini yükselten bir faktör olmaktadır.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; madde kullanma durumuna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; duygusal istismar ($p=0,004$) ve cinsel istismar ($p=0,002$) alt boyutunda ve çocukluk çağı travma ölçeği genelinde ($p=0,01$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre, madde kullanan bireylerin madde kullanmayanlara göre, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Madde kullanma sıklığına göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Literatüre bakıldığında bu bulgularla uyum gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Evren ve Ögel (196) tarafından yapılan çalışmada madde kullanımı ile ÇÇT arasında bulunan ilişkide en belirgin unsur; fiziksel ihmal ve duygusal kötüye kullanım olmaktadır. Madhabika ve ark. (197) tarafından yapılan çalışmada ÇÇT ile SUD arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Fendric ve ark. (198) tarafından yapılan çalışmada madde kullanan kişilerin %59'unda cinsel ve fiziksel kötüye kullanım tespit edilmiş, ÇÇT ile madde kullanım sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Dore (199) tarafından yapılan çalışmada,

çocuk çağında travma yaşanmasının madde kullanımını %60-70 civarında arttırdığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya ilişkin bulgular incelendiğinde; çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Çocukluk çağı travması ile en ileri düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun duygusal ihmal ($r=0,842$, $p<0,01$), en düşük düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun cinsel istismar ($r=0,646$, $p<0,01$) olduğu belirlenmiştir. Bütün alt boyutlarla orta ve ileri düzeyde pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismarın artmasının çocukluk çağı travmasını en ileri düzeyde artıracığı belirlenmiştir. Bu durum literatürde yer alan birçok çalışmanın bulgularıyla benzerdir. Moran ve ark. (200) tarafından yapılan çalışmada çocukluk çağında maruz kalınan duygusal istismar ile çocukluk çağı travması arasında ilişki tespit edilmiştir. Widom (192) tarafından yapılan çalışmada cinsel istismara maruz kalma ile çocukluk çağı travması arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Cinsel istismar oranı yükseldikçe de sigara, alkol ve madde kullanım oranı yükselmektedir. Bu bulgu literatürde yer alan çalışma bulguları ile uyum göstermektedir (185,186,201,202). Riggs ve ark. (203) tarafından yapılan çalışmada, duygusal istismarın artması çocukluk çağı travmasını artıracığı belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında takipli hastalardan toplanan veriler analiz edilmiş ve belirli bulgulara ulaşılmıştır. Bu bulgulara değerlendirildiğinde;

- Araştırmaya katılanların demografik verilerinin dağılımları değerlendirildiğinde; katılımcıların %52,6'sının erkek, %46'sının 30 yaş ve altında olduğu, %52,9'unun bekar, %44,9'unun ilk-orta ve lise, %44,3'ünün ise lisans düzeyinde öğrenim gördüğü tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılanların sigara, alkol ve madde kullanımlarına yönelik verilerinin dağılımı değerlendirildiğinde; katılımcıların %53,4'ünün sigara kullanmadığı, kullananların %20,3'ünün günde bir paketten az tükettiği belirlenmiştir. %66,9 oranında katılımcı alkol kullanmadığını, kullananların ise %24'ünün haftada 3 günden az kullandığı ifade edilmiştir. %92,6 oranında katılımcının madde kullanmadığı, kullananların %4'ünün 3 günden az kullandığı tespit edilmiştir.
- Araştırmada kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları ölçeğine ait ifadelerin ortalama puanları ve standart sapmaları değerlendirilmiştir. En yüksek ortalama puana sahip ifadelerin; en yüksek ortalama puana sahip ifadelerin, “Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum” (ort: 5,80), “İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.” (ort: 3,86) ve “Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi..” (ort: 3,84) ifadeleri olduğu, en düşük ortalama puana sahip ifadelerin ise; “Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.” (ort: 1,13), “Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.” (ort: 1,18) ve “Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen ,komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.” (ort: 1,16) ifadeleri olduğu tespit edilmiştir.

- Alt boyutlarının ortalama puan ve standart sapmaları değerlendirildiğinde; duygusal istismar ($8,02 \pm 3,97$), fiziksel istismar ($6,25 \pm 2,48$), fiziksel ihmal ($9,01 \pm 3,30$), duygusal ihmal ($12,40 \pm 4,82$) ve cinsel istismar ($6,49 \pm 3,29$) CTQ Genel ortalama puanı ($42,69 \pm 13,06$) olarak tespit edilmiştir. En yüksek duygusal istismar, en düşük düzeyde ise duygusal ihmal alt boyutu bulunmuştur.
- Demografik verilere göre Çocukluk Çağı Travmaları ölçeğinin farklılaşma durumları değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; erkeklerin kadınlara göre fiziksel ihmal düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Yaşa göre değerlendirildiğinde, 51 yaş üzeri olanların, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde fiziksel ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. 41-50 yaş grubunun da 31-40 ve 30 yaş altı gruba göre daha yüksek düzeyde fiziksel ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. 41-50 yaş grubunun 31-40 ve 30 yaş altı gruba göre daha yüksek düzeyde duygusal ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. 51 yaş üzeri ve 41-50 yaş gruplarının çocukluk çağı travma düzeyleri, 30 yaş altı ve 31-40 yaş grubuna göre daha ileri düzeyde belirlenmiştir.
- Medeni duruma göre değerlendirildiğinde, evli bireylerin, bekarlara göre duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Öğrenim düzeyine göre değerlendirildiğinde; İlk-ortaöğretim ve lise mezunlarının, lisans ve lisansüstü gruplara göre daha yüksek düzeyde fiziksel ve duygusal ihmale maruz kaldıkları belirlenmiştir. Lisans mezunlarının da lisansüstü mezunlara göre fiziksel ve duygusal ihmal düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlk-ortaöğretim ve lise mezunlarının, lisans ve lisansüstü gruplara göre daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travmalarına maruz kaldıkları belirlenmiştir. Lisans mezunlarının da lisansüstü mezunlara göre çocukluk çağı travma düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Sigara kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde; sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, cinsel istismara maruz kalma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Sigara kullanma sıklığına göre ise, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.
- Alkol kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde; alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayanlara göre, duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanma sıklığına göre ise, haftada 3 günden fazla alkol alanların, 3 günden az alanlara göre fiziksel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Madde kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde; madde kullanan bireylerin madde kullanmayanlara göre, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Madde kullanma sıklığına göre ise, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Sonuçlara göre; Çocukluk çağı travmasının bütün alt boyutlarla orta ve ileri düzeyde pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travması ile en ileri düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun duygusal ihmal, en düşük düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Duygusal istismarın artmasının çocukluk çağı travmasını en ileri düzeyde artıracak belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının sigara, alkol ve madde kullanımı için istatistiksel olarak anlamlı şekilde risk artışına neden olduğu belirlenmiştir.

Öneriler

Araştırmada ulaşılan sonuçlar değerlendirildiğinde belirli öneriler sunmak mümkün olmaktadır. Bu öneriler;

- Araştırma örneklem grubuna ait tanımlayıcı özellikler, daha fazla veri elde edilebilmesi için sosyo-demografik değişkenlerin çeşitlendirmesi sağlanabilir.
- Çocukluk çağı travmalarına bağlı olarak sigara, alkol ve madde kullanımına ilişkin koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar geliştirilebilir.

- Bu kapsamda medikal tedavi ile birlikte kişilik özellikleri ve baş etme tutumlarını değiştirmeye yönelik psikoterapötik müdahaleler, tedavi sürecine olumlu katkı sunabilecektir.
- Çocukluk çağı travmalarına bağlı olarak sigara, alkol ve madde kullanan bireylere yönelik grup terapilerinin artırılması sağlanarak, bireylerin bağımlılıkları daha ileri düzeye ulaşmadan yardım almaları, psikolojik ve fizyolojik olarak hayatlarını daha sağlıklı sürdürmelerine destek sağlayabilecektir.
- Çocukluk çağı ihmal ve istismarının yetişkin döneme etki ve sonuçlarına ilişkin akademik çalışmaların yapılması bu alanda yeni katkılar sağlayacaktır.
- Çocukluk çağında ihmal ve istismar kaynaklı travmaların negatif etkilerini azaltmada en etkili yollardan birisi bu durumun yaşanmasının engellenmesidir. Bu bağlamda ihmal ve istismar yaşantılarının engellenmesi için toplumsal farkındalık ve duyarlılığın artırılması gerekmektedir.
- Bu kapsamda ailelere yönelik eğitimlerin artırılması, toplumsal koruma programlarının geliştirilmesi ve muhtemel risk etkenlerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Uzbay İ. Tayfun. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2009, 5-15.
2. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention Of Mental And Behavioural Disorders: Implications For Policy And Practice. World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA), 2006; 5(1): 5-14.
3. NIDA. Drugs, Brains And Behavior: The Science Of Addiction. National Institutes Of Health; U.S. Department Of Health And Human Services, 2020, 1-32.
4. Smith CH, Borden KA. Introduction To The Special Issue On Substance Use Disorders And Addictions. Professional Psychology: Research And Practice. 2020;51(1):1-4.
5. Yılmaz G, İbiş S, Sevindi T. Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanımının Değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi. 2007;8(2): 85-90.
6. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(2);95-119.
7. Gündüz A, Yaşar AB, Gündoğmuş I, Savran C, Konuk, E. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Anatolian Journal Of Psychiatry/ Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2018;19(1):68-75.
8. Parman T. Travma ve Yaratıcılık, Bireysel ve Toplumsal Travmalar II, Psikanaliz Yazıları. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2017.
9. APA. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
10. Altıparmak S. Çocuk İstismar ve İhmalinin Çocuk Bedeni Üzerine Etkileri. Çocuk Dergisi. 2008; 8(1): 9-13.
11. Onur B. Gelişim Psikolojisi. Ankara: İmge Kitabevi, 1995.

12. Herman JL. Travma ve İyileşme. Ed: Herman JL, Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları, Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre. pp.1-343, Literatür Yayıncılık, İstanbul, Türkiye 2016.
13. Tyler S, Allison K, Winsler A. Child Neglect: Development Alcons Equences, Intervention, And Policy Implications. Child And Youth Care Forum.2006; 35(1): 1-20.
14. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi.2004;35:82-86.
15. Perry BD, Szalavitz M. Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk. İstanbul: Okyanus Yayıncılık, 2015.
16. Öklük Ö. Çocukluk Dönemi Travmatik Yaşam Olaylarına Maruz Kalmış Yetişkin Bireylerin Benlik Saygısı, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Baş Etme Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, İstanbul, 2018.
17. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir Çocuk İstismarı Vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003; 32(5): 295- 298.
18. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. Yeni Sempozyum Dergisi.2006; 44: 100-106.
19. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4:51-65.
20. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2002;24(3):128-134.
21. Koç M. Şiddetin Ortaya Çıkardığı Psikolojik Travmayla Baş Etmede Sporun İşlevselliği. Sosyal Bilimler Dergisi. 2007;18(2):167-178.
22. Dokgöz H. Çocukta Cinsel İstismar Olgularına Yaklaşımında Adli Tıp Uygulamaları: Çocuk İstismarı ve İhmaline Adli Tıp Yaklaşımı, 2019.

23. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF. The Battered Child Syndrome. Journal Of The American Medical Association. 1962;181(7):17-24.
24. Caffey J. On The Theory And Practice Of Shaking Infants: Its Potential Residual Effects Of Permanent Brain Damage And Mental Retardation. American Journal Of Diseases Of Children. 1972;124(2):161-169.
25. Şahin NH. Kısa Semptom Envanteri. Türk Gençleri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 2006;9(31):44-56.
26. Baysal SU. İhmal, İstismar ve Çocuk, Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon yayıncılık, 2007.
27. Marylène C, Lisa RC, Lisa RC. Treating Survivors Of Childhood Abuse: Psychotherapy For The Interrupted Life. New York: Guilford Press, 2006.
28. Lanius RA, Vermetten E, Pain C. The Impact Of Early Life Trauma On Health And Disease. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.
29. World Health Organization. Report Of The Consultation On Child Abuse Prevention, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization, 1999.
30. Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk-Kurtça T. A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection- Overcontrol As Additional Factor, Journal Of Trauma & Dissociation, 2020.
31. Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Aslan A, et al. Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularımızın Demografik ve Klinik Özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin Bir Yıllık Deneyimi. Turkish Pediatrics Archive/Türk Pediatri Arsivi. 2012; 47(3):119-124.
32. Kourt R. 18-24 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyatif Yaşantılar ve Suçluluk-Utanç Duyguları İle İlişkisinin İncelenmesi. Master's Thesis. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.

33. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(4):591-614.
34. Çelik FGH, Hocaoglu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(4):695-711.
35. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Child Abuse, Department Of Pediatrics, Kocaeli University Faculty Of Medicine. Kocaeli, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 47, 140-151.
36. Horton CB, Cruise TK. Child Abuse And Neglect: The School's Response. Guilford Press, 2011.
37. Nasırlıoğlu S. Çocuk İstismarında Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(1):67-78.
38. Orhon FS, Ulukol B, Bingoler B, Gulnar SB. Attitudes Of Turkish Parents, Pediatric Residents, And Medical Students Toward Child Disciplinary Practices. Child Abuse&Neglect. 2006;30(10):1081-1092.
39. UNICEF T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu-Türkiye, Türkiye’de Çocuk İstismarı Ve Aile İçi Şiddet Araştırması, 2010. https://www.unicef.org/turkey/sites/unicef.org/turkey/files/2019-02/Cocuk-Istismari-Raporu-Tr_1.Pdf. (Erişim:09.05.2022).
40. Hildyard KL, Wolfe DA. Child Neglect: Developmental Issues And Outcomes. Child Abuse&Neglect. 2002;26(6-7):679-695.
41. Sedlak AJ, Broadhurst DD. The National Incidence Study Of Child Abuse And Neglect. Washington DC. US Department Of Health And Human Services, 1996.
42. Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. Osmangazi Tıp Dergisi.2016;38(2):18-27.
43. Font SA, Berger LM. Child Maltreatment And Children's Developmental Trajectories in Early To Middle Childhood. Child Development. 2015;86(2):536-556.

44. Bozyel G. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Semptomlar İle İlişkisinde Üstbilişsel Faktörlerin Aracılık Rolünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017.
45. Wood JJ, Mcleod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting And Childhood Anxiety: Theory, Empirical Findings, And Future Directions. *Journal Of Child PsychologyAndPsychiatry*. 2003;44(1):134-151.
46. Şar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Dissociative Disorder Comorbidity Of Borderline Personality Disorder And Childhood Trauma Reports. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(10):1583-1590.
47. Spiegel D, Cardeña E, Disintegrated Experience: The Dissociative Disorders Revisited. *Journal Of Abnormal Psychology*. 1991;100(3):366-378.
48. McCabe KL, Maloney EA, Stain HJ, Loughland CM, Carr VJ. Relationship Between Childhood Adversity And Clinical And Cognitive Featuresin Schizophrenia. *Journal Of Psychiatric Research*.2012;46(5):600-607.
49. Zara A. Krizler ve Travmalar. İmge, Ankara 2011.
50. Van Der Kolk BA. Beden Kayıt Tutar: Travmanın İyileşmesinde Beyin, Zihin ve Beden. İstanbul: Nobel Yaşam, 2019.
51. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. *American Journal Of Psychiatry*. 1974;131(9):981-986.
52. Widom CS. The Cycle Of Violence. *Science*. 1989;244(4901):160-166.
53. Mccann IL, Sakheim DK, Abrahamson DJ. Trauma And Victimization: A Model Of Psychological Adaptation. *The Counseling Psychologist*. 1988;16(4):531-594.
54. Perry BD. Neurobiological Sequelae Of Childhood Trauma: Post-Traumatic Stress Disorders in Children. Ed: Murburg M, Catecholamine Functionin Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts. pp. 253-276, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1994.

55. Öztürk E. Psikoterapide Travmatik Kendilik ve Kendileşme (Travmatik Benlik ve Psikoterapide Kendini Edinme). Türkiye Psikiyatri Derneği VIII. Bahar Sempozyumu, 2004.
56. Whitfield CL. Adverse Childhood Experiences And Trauma. American Journal Of Preventive Medicine. 1998;14(4):361-364.
57. Chu JA. The Repetition Compulsion Revisited: Reliving Dissociated Trauma. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1991;28(2):327-332.
58. Peterson G. Children Coping With Trauma: Diagnosis Of “Dissociation Identity Disorder.”. Dissociation. 1991;4(3):152-164.
59. Briere J, Runtz M. Post Sexual Abuse Trauma: Data And Implications For Clinical Practice. Journal Of Interpersonal Violence. 1987;2(4):367-379.
60. Warshaw MG, Fierman E, Pratt L, Hunt M, Yonkers KA, Massion AA. Quality Of Life And Dissociationin Anxiety Disorder Patients With Histories Of Trauma Or PTSD. American Journal Of Psychiatry. 1993;150:1512-1512.
61. Wyatt GE, Newcomb MD. Internal And External Mediators Of Women's Sexual Abuse in Childhood. Journal Of Consulting And Clinical Psychology. 1990;58(6):758-767.
62. Şar V, Öztürk E. What is Trauma And Dissociation? Journal Of Trauma Practice. 2006;4(1-2):7-20.
63. De Bellis MD. Developmental Traumatology: A Contributory Mechanism For Alcohol And Substance Use Disorders. Psychoneuroendocrinology. 2002;27(1-2):155-170.
64. Jarvis TJ, Copeland, J. Child Sexual Abuse As A Predictor Of Psychiatric Co-Morbidity And its Implications For Drug And Alcohol Treatment. Drug And Alcohol Dependence. 1997;49(1):61-69.
65. Najavits LM, Hyman SM, Ruglass LM, Hien DA, Read JP. Substance Use Disorder And Trauma. In APA Handbook Of Trauma Psychology: Foundations in Knowledge. 2017;1:195-213.

66. De Codt A, Monhonval P, Bongaerts X, Belkacemi I, Tecco JM. Bipolar Disorder And Early Affective Trauma. *Psychiatr Danub*. 2016;28(1):4-8.
67. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G. Childhood Traumatic Experiences Of Patients With Bipolar Disorder Type I And Type II. *Journal Of Affective Disorders*. 2015;175:92-97.
68. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood Maltreatment And Clinical Outcomes Of Bipolar Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(6):427-434.
69. Jaworska-Andrzejewska P, Rybakowski J. Negative Experiences in Childhood And The Development And Course Of Bipolar Disorder. *Psychiatr Pol*. 2016;50(5):989-1000.
70. Read J, Van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood Trauma, Psychosis And Schizophrenia: A Literature Review With Theoretical And Clinical Implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(5):330-350.
71. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond Genetics: Childhood Affective Trauma in Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*. 2008;10(8):867-876.
72. Perroud N, Dayer A, Piguet C, Nallet A, Favre S, Malafosse A. Childhood Maltreatment And Methylation Of The Glucocorticoid Receptor Gene NR3C1 in Bipolar Disorder. *The British Journal Of Psychiatry*. 2014;204(1):30-35.
73. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline Personality Disorder. *The Lancet*. 2004; 364(9432):453-461.
74. Derin G, Öztürk E. Dissosiyatif Bozukluklar ve Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 2018;3(3):29-42
75. Arslan SH, Karlıdağ R, Alparslan ZN, Tamam L, Ünal M. Borderline Kişilik Bozukluğunda Örseleyici Çocukluk Yaşantıları ve Ruhsal Bulgular. *Düşünen Adam*. 1997; 10(3):33-39.

76. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An Examination Of The Relationship Between Childhood Emotional Abuse And Borderline Personality Disorder Features: The Role Of Difficulties With Emotion Regulation. *Child Abuse& Neglect*. 2015;39:147-155.
77. Hong PY, Ilardi SS, Lishner DA. The Aftermath Of Trauma: The Impact Of Perceived And Anticipated Invalidation Of Childhood Sexual Abuse On Borderline Symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*. 2011;3(4):360-368.
78. Silk KR, Lee S, Hill EM. Borderline Personality Disorder Symptoms. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1059-1064.
79. Weaver TL, Clum GA. Early Family Environments And Traumatic Experiences Associated With Borderline Personality Disorder. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 1993;61(6):1068-1075.
80. Watson S, Chilton R, Fairchild H, Whewell P. Association Between Childhood Trauma And Dissociation Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Australian& New Zealand Journal Of Psychiatry*. 2006;40(5):478-481.
81. Demause L. The Evolution Of Childhood. *The New Psychohistory*. 1975;1:1-83.
82. Öztürk E. *Psikotarih Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon*. Akademisyen Kitabevi, Ankara 2018.
83. Smucker MR, Dancu C, Foa EB, Niederee JL. Imagery Rescripting: A New Treatment For Survivors Of Childhood Sexual Abuse Suffering From Posttraumatic Stress. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*. 1995;9(1):3-17.
84. Finkelhor D, Browne A. The Traumatic Impact Of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal Of Orthopsychiatry*. 1985;55(4):530-541.
85. Fonagy P, Target M. Dissociation And Trauma. *Current Opinion in Psychiatry*. 1995;8(3):161-166.

86. Schraedley PK, Turner RJ, Gotlib IH. Stability Of Retrospective Reports In Depression: Traumatic Events, Past Depressive Episodes, And Parental Psychopathology. *Journal Of Health And Social Behavior*. 2002;43(3):307-316.
87. Fava M, Kendler KS. Major Depressive Disorder. *Neuron*. 2000;28(2):335-341.
88. Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Characteristics Of Depressed Patients Who Report Childhood Sexual Abuse. *American Journal Of Psychiatry*. 1999;156(3):431-437.
89. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse Childhood Experiences And The Risk Of Depressive Disorders in Adulthood. *Journal Of Affective Disorders*. 2004;82(2):217-225.
90. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH. Major Depression in Individuals With A History Of Childhood Physical Or Sexual Abuse: Relationship To Neurovegetative Features, Mania, And Gender. *American Journal Of Psychiatry*. 1998;155(12):1746-1752.
91. Benedetti F, Poletti S, Radaelli D, Pozzi E, Giacosa C, Ruffini C. Caudate Gray Matter Volume in Obsessive-Compulsive Disorder is Influenced By Adverse Childhood Experiences And On going Drug Treatment. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 2012;32(4):544-547.
92. Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital D. Posttraumatic Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Series. *Psychiatry Research*. 2005;135(2):145-152.
93. Demirci K. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi. *Journal Of Mood Disorders (JMOOD)*. 2016;6(1):7-13.
94. Lochner C, DuToit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, Van Kradenburg J, Sedat S. Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania, And Controls. *Depression And Anxiety*. 2002;15(2):66-68.
95. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse Childhood Experiences And Hallucinations. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(7):797-810.

96. Rajkumar RP. The Impact Of Childhood Adversity On The Clinical Features Of Schizophrenia. *Schizophrenia Research And Treatment*. 2015, doi: 10.1155/2015/532082.
97. Morkved N, Endsjo M, Winje D, Johnsen E, Dovran A, Arefjord K. Childhood Trauma in Schizophrenia Spectrum Disorder As Compared To Other Mental Health Disorders. *Psychosis*. 2017;9(1):48-56.
98. Şar V, Taycan O, Bolat N, Özmen M, Duran A, Öztürk E. Childhood Trauma And Dissociation in Schizophrenia. *Psychopathology*. 2010;43(1):33-40.
99. Perry BD. Stress, Trauma And Post-Traumatic Stress Disorders in Children. *The Child Trauma Academy*. 2007;17:42-57.
100. Bell CC, Jenkins EJ. Traumatic Stress And Children. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved*. 1991;2(1):175-185.
101. Riggs DS, Cahill SP, Foa EB. Prolonged Exposure Treatment Of Posttraumatic Stress Disorder. The Guilford Press, New York, 2006.
102. Vermetten E, Spiegel D. Trauma And Dissociation: Implications For Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2014;16(2):434-444.
103. Luthra R, Abramovitz R, Greenberg R, Schoor A, Newcorn J, Schmeidler J. Relationship Between Type Of Trauma Exposure And Posttraumatic Stress Disorder Among Urban Children And Adolescents. *Journal Of Interpersonal Violence*. 2009;24(11):1919-1927.
104. Bader K, Schaefer V, Schenkel M, Nissen L, Schwander J. Adverse Childhood Experiences Associated With Sleep in Primary Insomnia. *Journal Of Sleep Research*. 2007;16(3):285-296.
105. Shalev AY. Treating Survivors in The Acute Aftermath Of Traumatic Events. In *Lecture At The 19th Annual Meeting Of ISTSS*. 2003;1:1-26.
106. Ağargün MY, Kara H, Özer ÖA, Selvi Y, Kiran Ü, Kiran S. Nightmares And Dissociative Experiences: The Key Role Of Childhood Traumatic Events. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 2003;57(2):139-145.

107. Punamaki RL. The Relationship Of Dream Content And Changes in Daytime Mood in Traumatized Vs. Non-Traumatized Children. *Dreaming*. 1999;9(4):213-233.
108. Agargun MY, Kara H, Özer OA, Kiran U, Selvi Y, Kiran S. Sleep- Related Violence, Dissociative Experiences, And Childhood Traumatic Events. *Sleep And Hypnosis*. 2002;4:52-57.
109. Rorty M, Yager J. Histories Of Childhood Trauma And Complex Post-Traumatic Sequelaen Women With Eating Disorders. *Psychiatric Clinics Of North America*. 1996;19(4):773-791.
110. Messman-Moore TL, Garrigus AS. The Association Of Child Abuse And Eating Disorder Symptomatology: The Importance Of Multiple Forms Of Abuse And Revictimization. *Journal Of Aggression, Maltreatment&Trauma*. 2007;14(3):51-72.
111. Kocaoğlu M. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Nedeniyle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Stilleri Ve Mizaç Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep 2018.
112. Chassin L, Presson CC, Rose J, Sherman SJ. What is Addiction? Age-Related Differences in The Meaning Of Addiction. *Drug And Alcohol Dependence*. 2007;87(1):30-38.
113. Sezerel H. İnternet Bağımlılığı ve Süreçsel Drama: Bir Bağımlılığın Önlenebilir Gelişimi. *Internet Addiction And Process Drama: The Resistible Rise Of An Addiction*. 2015;10(1):103-116.
114. Şahin E, Sunay D, Balcı N, Parbucu M, Özpak A, Arslan İ. Sigara Bırakma Merkezlerine Başvuran Hastalarda Nikotin Bağımlılığına Yaklaşım ve Etkileyen Faktörler. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2019;11(3):259-262.
115. Yağcı İ, Perincek G, Kıvrak Y. D-Type Personality, Impulsiveness, Childhood Traumas, Anxiety And Depression Levels Among Patients Applying To The Smoking Cessation Polyclinic. *Ankara Med J*. 2019;19(3):582-90.

116. WHO. Building Blocks For Tobacco Control: A Handbook. https://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/ (Erişim: 22.05.2022).
117. Aytemur ZA, Akçay ř, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. AVES Yayıncılık, Ankara 2010. http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/tutunvetutunkontrolu_17062010.pdf (Erişim: 24.05.2022).
118. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. <http://www.tuik.gov.tr/Prehaberbultenleri.do;jsessionid=6jnpyz1qftdpbtl64jxh0zc4qlpn0rpqbvkncthn3vgzj0fpb8n!1473197797?İd=13142> (Erişim:24.05.2022).
119. Ergüder T. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. Toraks Kitapları, 2010.
120. Chasan N. Alkol Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi. Maltepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, 2010. <http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12415/2702/ALKOL%20BA%20C4%9EIMLILI%20C4%9EEL.Pdf?Sequence=1&İsallowed=Y>. (Erişim:25/05/2022).
121. Taşkent A. Alkol ve/veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açışından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.
122. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatry. 1991;148(1):55-61.
123. Öztürk YE, Kırlioğlu M, Kırac R. Alkol ve Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri. Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Mesl. Yüksekokulu Derg. 2015;18(2):97-118.

124. Tok ESS, Özyurt BE. Üniversite Öğrencilerinde Riskli Alkol Kullanımını Yordayan Faktörler. Yeni Symp. 2015;53(1):1-10.
125. İnce A, Doğruer Z, Türkçapar H. Comparison Of Sociodemographic, Clinic And Psychopathologic Features Of The Early And Late Onset Alcohol Dependent Males. J ClinPsy. 2002;5(2):82-91.
126. Brower KJ. Assessment And Treatment Of Insomnia in Adult Patients With Alcohol Use Disorders. Alcohol. 2017;49(4):417-27.
127. Coşkunol H, Ender A. Alkol Kullanımın Genetik Yönleri. Klin Psikiyatr. 1999;2:222-229.
128. Alcohol Use And Alcohol Use Disorders in The United States: Main Findings from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) .US Alcohol Epidemiol Data Ref Man. 2006; 8(1). https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/NESARC_DRM/NESARCDRM.pdf (Erişim: 30.05.2022).
129. Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A. Alcohol Dependence And Harmful Use Of Alcohol. Dtsch ArzteblInt. 2016;113(17):301-310.
130. Ekuklu G, Deveci S, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Alcoholism Prevalence And Some Related Factors in Edirne. YonseiMed J. 2004;45(2):207-14.
131. Gürdil G. Üniversite Öğrencilerinde Travma Yaşantısı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve İç-Dış Kontrol Odağı İnancı ile Riskli Alkol Kullanımı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 2007.
132. Süngü H. Üniversite Öğrencilerinin Zararlı Madde Kullanımına İlişkin Tutumları. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg. 2014;11(26):167-94.
133. Kuntsche EN, Kuendig H. What is Worse? A Hierarchy Of Family-Related Risk Factors Predicting Alcohol Use in Adolescence. SubstUseMisuse. 2006;41(1):71-86.

134. Ayan S. Aile İçinde Şiddete Uğrayan Çocukların Saldırganlık Eğilimleri. Aggressiveness Tendencies Of The Children Exposed To Domestic Violence. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8(3):206-14.
135. Cihan A, Winstead DA, Laulis J, Feit MD. Attachment Theory And Substance Abuse: Etiological Links. Journal Of Human Behaviorin The Social Environment. 2014;24(5):531-537.
136. Vanyukov MM, Tarter RE. Genetic Studies Of Substance Abuse. Drug And Alcohol Dependence. 2000;59(2):101-123.
137. Rowe CL, Liddle HA. Substance Abuse .Journal Of Marital And Family Therapy. 2003;29(1):97-120.
138. Ertunç S. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerin Görüşlerine Göre Serbest Zaman Aktivitelerinin Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Sürecindeki Rolü. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
139. Oğuz F. Ergenlerde Algılan Anne-Baba Tutumları ve Bağlanma Stilleri İle Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
140. Aydoğdu H. Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri Yönünden Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013.
141. Özcan S. Fotoğraf Çekme Sanatının Bağımlılık Tedavisi Üzerindeki Etkileri. Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2018.
142. Aslan S. Madde Bağımlılarında Beslenme, İştah Durumu ve Bağımlılık Şiddeti İlişkisi. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.
143. Meyer B, Pilkonis PA. Attachment Style. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2001;38(4):466-472.
144. Ulaş E. Madde Bağımlılarının Rehabilitasyonunda Eylem Araştırma Temelli Aile Yaşam Becerileri Programının Etkililiği. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2017.

145. Zuardi AW. History Of Cannabis As A Medicine: A Review. *Braz J Psychiatry*. 2006;28(2):153-7.
146. Bolla KI, Brown K, Eldreth D, Tate K, Cadet JL. Dose-Related Neurocognitive. *Neurology*. 2002;59(9):1337-43.
147. Bresin K, Mekawi Y. Do Marijuana Use Motives Matter? Meta-Analytic Associations With Marijuana Use Frequency And Problems. 2019; 99:106102, doi:10.1016/j.addbeh.2019.106102.
148. Winstock AR, Barratt MJ. Synthetic Cannabis: A Comparison Of Patterns Of Use And Effect Profile With Natural Cannabisin A Large Global Sample. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):106-11.
149. Örken C, Tavşanlı ME. Madde Bağımlılığının Nörolojik Etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014;30(10):110-4.
150. Avrupa Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, 2019.
151. Flanagan FJ, Streete PJ, Ramsey JD. Volatile Substance Abuse. Practical Guidelines for Analytical Investigation of Suspected Cases and Interpretation of Results. https://www.unodc.org/pdf/technical_series_1997-01-01_1.pdf. (Erişim: 01.06.2022)
152. Vural M. Possible Biological Mechanisms Of Sudden Sniffing Death Syndrome Due To Toluene. 2007;90(8):141-145.
153. Ögel K. Bağımlılık Yapan Maddeler. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/Maddeler.Pdf> (Erişim: 01.06.2022)
154. United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC) Addiction, Crime And Insurgency. The Transnational Threat Of Afghan Opium, 2009. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/addiction-crime-and-insurgency.html>. (Erişim: 03.06.2022).

155. Frosch D, Shoptaw S, Huber A, Rawson RA, Ling W. Sexual HIV Risk Among Gay And Bisexual Male Methamphetamine Abusers. J Subst Abuse Treat. 1996;13(6):483-6.
156. Akbay C. Kahramanmaraş İl Merkezinde Tüketicilerin Sigara ve Maras Otu Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Analizi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Doğa Bilimleri Dergisi. 2017;20(3):276-82.
157. Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı D, Sabancıoğulları S, Başegmez F et al. Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri ve Taburculuk Sonrası Telefonla İzlem. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011;2(3):128-35.
158. UNODC. World Drug Report 2010 (United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13), 2010. http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_Lo-Res.Pdf. (Erişim: 06.06.2022).
159. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(47):61-64.
160. Dunn GE, Ryan JJ, Dunn CE. Trauma Symptoms in Substance Abusers With And Without Histories Of Childhood Abuse. J PsychoactiveDrugs. 1994;26(4):357-60.
161. Messina N, Grella C. Childhood Trauma And Women's Health Outcomesin A California Prison Population. Am J PublicHealth. 2006;96(10):1842-8.
162. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects Of Childhood Physical Abuse On Course And Severity Of Substance Abuse. Am J Addict. 2001;10(2):101-10.
163. Schafer M, Schnack B, Soyka M. Sexual And Physical Abuse During Early Childhood Or Adolescence And Later Drug Addiction. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2000;50(2):38-50.
164. Roesler TA, Dafler CE. Chemical Dissociation in Adults Sexually Victimized As Children: Alcohol And Drug Use in Adult Survivors. J SubstAbuseTreat. 1993;10(6):537-43.

165. Langeland W, Draijer N, Van Den Brink W. Trauma And Dissociation in Treatment-Seeking Alcoholics: Towards A Resolution Of Inconsistent Findings. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):195-203.
166. Sher KJ, Trull TJ. Personality And Disinhibitory Psychopathology: Alcoholism And Antisocial Personality Disorder. *Journal Of Abnormal Psychology*. 1994;103(1):92-102.
167. Nebioglu M, Yalniz H, Guven FM, Gecici O. Relationships Between Using Other Substances And Socio-Demographic Characteristics in Opiate Dependents. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12:35-42.
168. Svingen L, Dykstra RE, Simpson JL, Jaffe AE, Bevins RA, Carlo G, et al. Associations Between Family History Of Substance Use, Childhood Trauma, And Age Of First Drug Use in Persons With Methamphetamine Dependence. *Journal Of Addiction Medicine*. 2016;10(4):269-273.
169. Enoch MA, Hodgkinson CA, Yuan, Q, Shen PH, Goldman D, Roy A. The Influence Of GABRA2, Childhood Trauma, And Their Interaction On Alcohol, Heroin, And Cocaine Dependence. *Biological Psychiatry*. 2010;67(1):20-27.
170. Gerra G, Leonardi C, Cortese E, Zaimovic A, Dell'Agnello G, Manfredini M, et al. Clinical Study: Adrenocorticotrophic Hormone And Cortisol Plasma Levels Directly Correlate With Childhood Neglect And Depression Measures in Addicted Patients. *Addiction Biology*. 2008;13(1):95-104.
171. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2012;32(4):1054–1063.
172. Aloba O, Opakunle T, Ogunrinu O. Childhood trauma questionnaire-sshort form (CTQ-SF): dimensionality, validity, reliability and gender invariance among Nigerian adolescents. *Child Abuse Negl*. 2020;101:104357, doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104357.
173. Çacı M. Lise Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Akademik Yaşantı ve Empati Becerileri Üzerine Etkilerinin Araştırılması. *Psikoloji Anabilim*

Dalı Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2018.

174. Karakulak F. Çocukluk Döneminde Aile İçi Şiddete Maruz Kalan Ergenlerde Saldırganlık Eğilimi. Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2018.

175. Asan Ö, Tıkır B, Okay Ğ, Göka, E. Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 2015;16(1),1-8.

176. Gökler R, Koçak R. Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2008;3(1):89-104.

177. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psycholog. 2003;71(4):692–700.

178. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freemon M. Childhood Abuse History and Substance Use Among Men and Women Receiving Detoxification Services. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2004;30(4):799–821.

179. Wan Y, Liu W, Sun Y, Hao J, Tao F. Relationships between various forms of childhood abuse and suicidal behaviors among middle school students. Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi. 2016;37(4):506-511.

180. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. Child Abuse Negl. 2018;86:167-177.

181. Çeçen Eroğul AR, Türk,B. Ergenlerde Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Öfke İfade Tarzları ile Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. International Journal of Human Sciences. 2013;10(1):1421-1439.

182. Rosenkranz, SE., Muller RT, Henderson JL. Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. Child Abuse & Neglect. 2012;36(5):438-448.

183. Brady KT, Back SE. Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *Alcohol Res.* 2012;34(4):408-413.
184. Arıkan Z, Coşar B. Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi.* 1996;4(2):81-91.
185. Rothman E, Edwards E, Heeren T, Hingson R. Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics.* 2008;122(2):298-304.
186. Felitti V, Anda R., Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V. 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.* 1998;14(4):245-258.
187. Gökçe C, Beyazıt U. Çocuk istismarı potansiyelini yordayan faktörlerin incelenmesi, *Mediterranean Journal of Humanities.* 2018;8(1):87-99.
188. Yüce HB. Lise Öğrencilerinin Alkol ve Madde Kullanım Özellikleri, Alkol ve Madde Kullanımını Arttıran Risk Faktörleri ile Bunlara Yönelik Uygulanabilecek Önleme Programlarının Belirlenmesi. *Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul 2019.*
189. Ünal M. Erişkinlerde Çocukluk Çağı Travmasının Alkol ve Madde Bağımlılığı Riski Üzerine Etkisi. *Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara 2020.*
190. Hogarth L, Martin L, Seedat S. Relationship between childhood abuse and substance misuse problems is mediated by substance use coping motives, in school attending South African adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 2019;194:69-74.
191. Spratt EG, Back SE, Yeatts SD, Simpson AN, McRae-Clark A, Brady KT. Relationship Between Child Abuse and Adult Smoking. *The International Journal of Psychiatry in Medicine.* 2009;39(4):417-426.
192. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1223-1229.

193. Tucci AM, Kerr-Correa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood Trauma in Substance Use Disorder and Depression: An Analysis by Gender Among a Brazilian Clinical Sample. *Child Abuse & Neglect*. 2010;34(2):95-104.
194. Danielson CK, Amstadter AB, Dangelmaier RE, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG. Does Typography Of Substance Abuse and Dependence Differ As A Function Of Exposure To Child Maltreatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 2009;18(4):323-342.
195. Şahiner ŞY. Alkol ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler Çocukluk Çağı Travmaları Başa Çıkma Yöntemleri ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. *Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara* 2012.
196. Evren C, Ögel K. Alkol/Madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:30-37.
197. Nayak MB, Lown EA, Bond JC, Greenfield TK. Lifetime victimization and past year alcohol use in a U.S. population sample of men and women drinkers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012;123(1-3):213-219.
198. Fendrich M, Mackesy-AMiti M, Wislar J, Goldstein P. Childhood abuse and the use of inhalants: differences by degree of use. *American Journal of Public Health*. 1997;87(5):765-769.
199. Dore M. Impact and Relationship of Substance Abuse and Child Maltreatment: Risk and Resiliency Factors: What Research Tells Us. Minneapolis 1998.
200. Moran PB, Vuchinich S, Hall NK. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child abuse & neglect*. 2004;28(5):565-574.
201. Wu N, Schairer L, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):68-71.

202. Mirsal H, Kalyoncu A, Pektaş O, Tan D, Beyazyürek M. Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol&Alcoholism*. 2004;39(2):126-129.
203. Riggs S, Alario A, McHorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *The Journal of Pediatrics*. 1990;116(5):815-821.



8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
A) Erkek B) Kadın
3. Mesleğiniz nedir?
4. Medeni haliniz
A) Bekar b) Evli
5. Öğrenim durumunuz
A) İlk-ortaöğretim-lise B) Lisans C)yüksek lisans-doktora
- 6.Sigara kullanıyor musunuz?
A) hayır B) evet
7. Cevabınız evet ise
A) günde 1 paketten az B) günde 1 paket C) günde 1-2 paket D) 2 paket ve üzeri
- 8.Alkol kullanıyor musunuz?
A) hayır B) evet
- 9.Cevabınız evet ise
A) hemen her gün B) haftada 3 günden fazla C) haftada 3 günden az
- 10.Madde (esrar, kokain, eroin, bonzai, metamfetamin vs.) kullanıyor musunuz?
A) hayır B) evet
- 11.Cevabınız evet ise
A) hemen her gün B) haftada 3 günden fazla C) haftada 3 günden az

Ek-2: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

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

2. Benim bakımımı ve güvenliğini üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

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

3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

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

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

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

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

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

6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

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

7. Sevdiğimi hissediyordum.

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

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

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

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

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

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

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

11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

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

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

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

13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

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

14. Ailemdékiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

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

16. Çocukluğum mükemmeldi.

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

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.

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

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

19. Ailemdékiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

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

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

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

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

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

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

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

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekt birisi vardı.

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

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

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

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

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

