

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, RİSKLİ ALKOL-MADDE
KULLANIMI VE CİNSEL KOMPULSIYONLARLA İLİŞKİSİNDE
DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ

ŞEVVAL KINAY

BAĞIMLILIK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
PROF. DR. LUT TAMAM

ADANA-2023

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ, RİSKLİ ALKOL-MADDE
KULLANIMI VE CİNSEL KOMPULSIYONLARLA İLİŞKİSİNDE
DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ**

ŞEVVAL KINAY

**BAĞIMLILIK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
PROF. DR. LUT TAMAM**

Tez No:

ADANA-2023

KABUL VE ONAY



TEŞEKKÜR

Öncelikle tez yazım sürecimde emeği geçen ve değerli görüşlerini benden esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Lut Tamam'a çok teşekkür ediyorum. Tez savunma jürisinde bulunan Prof. Dr. F. Özlem Orhan ve Doç. Dr. Mehmet Emin Demirkol hocalarıma da değerli katkıları ve kıymetli görüşleri için çok teşekkür ederim.

Bana her zaman maddi ve manevi destek olan, kararlarımda yanımda olan aileme de teşekkürlerin en büyüğünü borç bilirim. Canım annem, babam ve ablam iyi ki varsınız. Karamsarlığa, umutsuzluğa düştüğümde destek olan, bazen destek olamasa da benim duygularımı paylaşan ama farkında olmasa da en büyük destek ve umut kaynaklarımdan olan, her türlü sorunumu dinlemekten yorulmayan yol arkadaşım Sercan Demirezer'e de çok teşekkür ederim.

Lisans eğitimim döneminde hayatıma girmiş olan canım arkadaşım Kübra Karaarslan'a da beni her zaman desteklediği için, motivasyonum düştüğünde destek olduğu için ve her durumda yanımda olduğu için çok teşekkür ederim. Sen olmasan nasıl yapabilirdim bilmiyorum. Birlikte yüksek lisans mezuniyetlerimizi kutlamamızı diliyorum.

Yüksek lisansta tanıştığım değerli arkadaşım Yusuf Topaloğlu'na da her zaman destekleyici ve yardımsever olmasından dolayı çok teşekkür ederim. Bunların yanı sıra veri toplama sürecinde bana yardımcı olan, analiz ile ilgili sorularımı sıkılmadan cevaplayan ve endişelerimi paylaşabildiğim ve burada sayamadığım arkadaşlarıma ve destek olmaya çalışan herkese de çok teşekkür ederim.

En son teşekkürüm ise tez yazma sürecimde en önemli motivasyon ve destek kaynaklarımdan olan canım kuşlarım Miko ve Yoşi'ye, iyi ki varsınız, hayatı daha güzel kıldığınız için ve beni hep güldürebildiğiniz için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ	3
2.1. Travma	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları	5
2.1.2.1. İstismar ve İhmal	6
2.1.2.1.1. Fiziksel İstismar	8
2.1.2.1.2. Cinsel İstismar	8
2.1.2.1.3. Duygusal İstismar	9
2.1.2.1.4. Fiziksel İhmal	10
2.1.2.1.5. Duygusal İhmal	10
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri	11
2.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı	12
2.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşam Üzerindeki Etkileri	13
2.2. Bağımlılık	14
2.2.1. Bağımlılığın Tarihçesi	15
2.2.2. Bağımlılığın Tanımlanması ve İlgili Kavramlar	15
2.2.3. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Davranışsal Bağımlılık	17
2.2.3.1. Madde Kullanım Bozuklukları	17
2.2.3.1.1. Tanı Ölçütleri	17

2.2.3.1.2. Riskli Alkol ve Madde Kullanımı	19
2.2.3.1.3. Alkol ve Madde Kullanımının Yaygınlığı	19
2.2.3.1.4. Risk Faktörleri ve İlişkili Bozukluklar	21
2.2.3.2. Davranışsal Bağımlılık	23
2.2.3.2.1 Cinsel Bağımlılık	24
2.3. Duygu	33
2.3.1. Duygu Düzenleme.....	33
2.3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme.....	34
2.4. İlgili Araştırmalar	35
2.4.1.Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağımlılık.....	35
2.4.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Alkol/Madde Kullanımı ile Alkol/Madde Bağımlılığı.....	36
2.4.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Cinsel Bağımlılık.....	39
2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları, Bağımlılık ve Duygu Düzenleme.....	40
3. YÖNTEM.....	42
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	42
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	43
3.3. Veri Toplama Süreci.....	43
3.4. Örneklem	44
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
3.6. Veri Toplama Araçları	45
3.6.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	46
3.6.2. Demografik Bilgi Formu.....	46
3.6.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	47
3.6.4. Cinsel Kompulsiyon Ölçeği (CKÖ).....	48
3.6.5. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği (BAPİRT).....	49
3.6.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ).....	49
3.7. Veri Analizi.....	51
4. BULGULAR.....	53
4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri	53
4.2. Normallik ve Güvenirlik Analizleri.....	56
4.3. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular	58
4.4. Değişkenler Arasındaki İlişki Bulguları.....	65
4.4.1. Korelasyonel İlişkiler	65

4.4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	67
4.4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi.....	69
4.4.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	71
4.5. Aracı Role İlişkin Bulgular	72
4.5.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	73
4.5.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	74
4.5.2.1. Duygusal İstismarın Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	75
4.5.2.2. Duygusal İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	76
4.5.2.3 Fiziksel İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	78
4.5.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Riskli Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkisinde Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	79
4.5.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Riskli Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	80
5. TARTIŞMA	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
KAYNAKLAR	87
EK-1	95
EK-2	96
EK-3	97
EK-4	98
EK-5	101
EK-6	104
EK-7	106
EK-8	109

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:	Sayfa No:
Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	75
Şekil 2. Duygusal İstismarın Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	76
Şekil 3. Duygusal İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	78
Şekil 4. Fiziksel İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	79

ÇİZELGELER DİZİNİ

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	54
Tablo 4.2. Ebeveyn sigara ve alkol kullanımına yönelik özellikler.....	56
Tablo 4.3. Ortalama, standart sapma, basıklık-çarpıklık değerleri ve güvenilirlik.....	58
Tablo 4.4. AÖ ve MÖ risk gruplaması ve güvenilirlik değeri.....	58
Tablo 4.5. Cinsiyete göre ortalamaların karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.6. Cinsel yönelime göre ortalamaların karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.7. Psikiyatrik tanıya göre ortalamaların karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.8. Pornografik materyal tüketme durumuna göre ortalamaların karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.9. Ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon değerleri.....	65
Tablo 4.10. Duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile ilgili korelasyon değerleri.....	66
Tablo 4.11. ÇÇTÖ alt boyutları ile ilgili korelasyon değerleri.....	67
Tablo 4.12. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	69
Tablo 4.13. Çocukluk Çağı Travmalarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi.....	71
Tablo 4.14. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi.....	72
Tablo 4.15. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	74
Tablo 4.16. Duygusal İstismarın Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü.....	76

Tablo 4.17. Duygusal İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü...	77
Tablo 4.18. Fiziksel İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü...	78



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÖ	Alkol Ölçeği
BAPİRT	Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği
BAPİRT-T	Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği Toplam Puanı
BDDÖ	Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
BDDÖ-A	Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Adaptif
BDDÖ-AO	Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Adaptif Olmayan
CKÖ	Cinsel Kompulsiyonlar Ölçeği
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DİH	Duygusal İhmal
DİS	Duygusal İstismar
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FİH	Fiziksel İhmal
KCD	Kompulsif Cinsel Davranış
MÖ	Madde Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

Çocukluk Çağı Travmalarının Riskli Alkol ve Madde Kullanımı ve Cinsel Kompulsiyonlarla İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çalışmada çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanım düzeyi ve cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü araştırılmıştır. Araştırmanın amaçları, çocukluk çağı travmaları, riskli alkol ve madde kullanımı, cinsel kompulsiyon ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemektir.

Araştırmanın örneklemini, Ankara'daki üniversitelerde öğrenim gören 303 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda veri toplamak için Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Cinsel Kompulsiyon Ölçeği, Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Çocukluk çağı travmaları, riskli alkol ve madde kullanımı, cinsel kompulsiyon ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri değişkenleri arasındaki ilişkiler, korelasyon ve basit doğrusal regresyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Aracı rol analizi için Model 4 kullanılmıştır.

Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımını, cinsel kompulsiyonları ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ise cinsel kompulsiyon yordadığı bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmalarının ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkiyi adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla yordadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, çocukluk çağı travmalarının ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, bağımlılık riski oluşturma süreçlerinde dikkate alınması gereken önemli faktörler olabileceğini vurgulamaktadır. Çalışmanın sonuçları, ilgili alanlardaki araştırmacılar ve uygulayıcılar için önemli bir katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Cinsel Kompulsiyon, Çocukluk Çağı Travmaları, Duygu Düzenleme, Riskli Alkol Kullanımı, Riskli Madde Kullanımı

ABSTRACT

The Mediator Role of Emotion Regulation Strategies in the Relationship of Childhood Traumas with Risky Alcohol and Substance Use and Sexual Compulsions

In this study, the mediator role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between childhood trauma, risky alcohol and substance use, and sexual compulsions was investigated. The aim of this study is to examine the relationships between childhood trauma, risky alcohol and substance use, sexual compulsions and cognitive emotion regulation strategies.

The sample of the research consists of 303 participants studying at universities in Ankara. Informed Consent Form, Demographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, Sexual Compulsions Scale, Addiction Profile Index Risk Screening Scale and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were used to collect data for the purposes of the study. Relationships between childhood trauma, risky alcohol and substance use, sexual compulsions, and cognitive emotion regulation strategies were investigated using correlation and simple linear regression analyses. Model 4 was used for mediation analysis.

It was found that childhood trauma predicted risky alcohol and substance use, sexual compulsions and cognitive emotion regulation strategies, and maladaptive cognitive emotion regulation strategies predicted sexual compulsions. According to the results of the study, childhood trauma predicts sexual compulsions with the mediator role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. The results of this study emphasize that childhood trauma and cognitive emotion regulation strategies may be important factors to be considered in the process of creating addiction risk. The results of the study can make a useful contribution to researchers and practitioners in related fields.

Keywords: Sexual Compulsion, Childhood Trauma, Emotion Regulation, Risky Alcohol Use, Risky Substance Use

1. GİRİŞ

Psikolojik travma genel olarak bireylerin günlük yaşamını etkileyen, psikolojik bütünlüğünü sarsan ve olumsuz sonuçlar doğuran olaylar olarak tanımlanmaktadır (1). İhmal ve istismar gibi çocukluk çağı travmalarına insanlık tarihi boyunca rastlamak mümkündür (2). Çocukluk çağı travmaları bireyin hayatını çeşitli alanlarda etkilemektedir. Çocuklukta gözlenen kısa vadeli sorunların yanı sıra bu tür travma maruziyetlerinin yetişkinlik döneminde de birtakım etkileri bulunmaktadır (3–5)

Literatür incelendiğinde kişilerde çocukluk çağı travması öyküsünün bulunması daha fazla riskli davranışla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalarda riskli davranışlar arasında sigara, alkol ve madde kullanımı, riskli cinsel ilişkilerde bulunma gibi davranışlar göze çarpmaktadır (6,7). Bunun yanı sıra istismara uğramış çocuklar, bakım verenler ile olan ilişkilerinde duygularını düzenlemek için etkili bir strateji edinme görevini yerine getirmede önemli zorluklarla karşılaşabilmektedir (8).

Bağımlılık, olumsuz sonuçları olabilen ve durum üzerinde kişinin kontrolünün bozulduğu durumlar olarak tanımlanabilmektedir (9). Bağımlılık ile ilgili olarak öncelikle alkol ve maddeler düşünülmektedir ancak davranışların bağımlılık yapıcı etkilerinin bulunması da mümkündür. Davranışsal bağımlılıklar da benzer olarak kişiye veya başkalarına zarar verebilecek bir eylemi sürdürme veya gerçekleştirmeye yönelik dürtü ve cazibeye direnememe şeklinde gerçekleşmektedir (10). Davranışsal bağımlılıklar arasında cinsel bağımlılık yer almaktadır ve cinsel bağımlılık için araştırmacılar tarafından madde kullanım bozukluklarına benzer tanı kriterleri önerilmiştir. (11,12)

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan ve cinsel bağımlılığı olan kişilerle yapılmış çalışmalarda çocukluk çağı travmalarına sıkça rastlanmaktadır (13,14). Özellikle literatürde cinsel istismar ile cinsel bağımlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok araştırma görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ve bağımlılık ile ilgili araştırmalar genelde tanı almış veya kendini bağımlı olarak tanımlayan klinik gruplarla

gerçekleştirilmiştir (15–17). Sağlıklı örnekleme bu ilişkiyi inceleyen araştırmalar görece daha azdır.

Bağımlılığın yanı sıra riskli düzeyde alkol ve madde kullanımının da çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin, kişilerde alkol bağımlılığı geliştirme riskini 7 kat artırdığı savunulmaktadır (18). Riskli alkol kullanımını yordayan faktörlerden biri olarak çocukluk çağı travmaları gösterilmektedir (19,20)

Özellikle yaşamın ilk birkaç yılında olmak üzere ergenlikten önce kötü muamele ve kümülatif stresli yaşam olaylarının deneyimlenmesinin, ergenlikte erken başlayan içme sorunu ve erken yetişkinlik döneminde alkol ve madde bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (21).

Bir duygu düzenleme aracı olarak adaptif ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullanılmaktadır. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, çeşitli psikopatolojiler ile ilişkilendirilmiştir. Adaptif olmayan stratejiler (örn., ruminasyon, kaçınma, bastırma) daha fazla psikopatoloji ve adaptif stratejiler (örn., kabul, yeniden değerlendirme ve problem çözme) daha az psikopatoloji ile ilişkilendirilmektedir (22).

Sonuç olarak olumsuz duygusal durumlar ve kişilerarası zorluklarla başa çıkmak için ihmal ve istismar öyküsü olan kişiler sıklıkla bağımlılık yapıcı davranışlara yönelebilmektedir (23). Çocukluk çağı travmasının sonucu olarak duygu düzenlemede birtakım sorunlar olabilmekte (24,25) ve duygu düzenleme sorunları da bağımlılık ile ilişkili durumlarda rol oynayabilmektedir (26,27).

Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile riskli alkol ve madde kullanımı ve cinsel kompulsyonların ilişkisi incelenirken bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık etkisi üniversite örnekleminde incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Travma

2.1.1. Tarihçe

Travma bireyin psikolojik ve fiziksel bütünlüğünü farklı şekillerde sarsan, zedeleyen, zarar veren ve yaşamını etkileyen her türlü olayı kapsayan bir kavramdır. Bu tanımın gelişim süreci birtakım olaylar etkisinde gerçekleşmiştir. Dehşet verici bir olay yaşayan bireyin uzun dönemde psikiyatrik belirtiler göstermesi 1970’lerden önce akıl hastalığı veya bastırılmış çocukluk travması gibi bireysel sebeplere bağlanmış ve dehşet verici olay yalnızca tetikleyici unsur olarak kabul edilmiştir (28).

Travmanın psikolojik boyutunun ele alınması ve araştırılması ise 19.yüzyılın sonlarına doğru başlamaktadır. Bu dönemden önce, travma yaşayan kişilerde gözlenen psikolojik sorunlar kişinin halihazırda olan bir psikolojik rahatsızlığına ya da biyolojik bir nedene bağlanmaya çalışılmıştır. Psikolojik olarak sağlıklı olduğu düşünülen kişilerdeki travma sonrası psikolojik belirtilerin de zamanla kendiliğinden geçeceğine inanılmıştır. (29)

Travmanın fiziksel etkilerinin yanı sıra psikolojik etkilerinin de olabileceği görüşü ilk kez 1870 yılındaki Fransa-Prusya savaşı sonrası ortaya çıkmıştır. Savaştan dönen ve önceden bir sorunu olmayan askerlerde tepkilerde azalma, keyif alamama ve savaş alanındaki olayların tekrar deneyimlenmesi gibi sorunlar gözlenmiştir. Uzmanlar bu belirti grubuna uygun tanı olarak ise “travmatik nevroz” kavramını ortaya koymuştur. (30)

Travma kavramı ile ilgili bir başka gelişme de 1.Dünya Savaşı sonrası cephede savaşan askerlerde görülen belirtilerle ilgili olmuştur. Askerlerde gözlenen psikolojik belirtilerin fiziksel bir travmaya bağlı ortaya çıktığı düşünülmüş ve bu durum “bomba şoku (shell shock)” olarak adlandırılmıştır. Bu açıklamanın yetersiz kaldığı ise fiziksel

travmaya maruz kalmayan askerlerde de psikolojik belirtilen gözlemlenmesi anlaşılmıştır. (29)

2.Dünya Savaşı ile birlikte ilk kez yoğun travmatik yaşantılar sebebiyle psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkabileceği kabul edilmiştir. Vietnam Savaşı döneminde savaşa karşı olan gazilerin oluşturduğu “rap group” adındaki topluluk, psikolojik travmadan zarar görmüş kişilere destek olmuş ve psikolojik travmaya yönelik farkındalığın artmasına katkı sağlamıştır. Bu gelişmelerle beraber travma araştırmaları sistematik bir hale gelmiş ve araştırmacıların bu alana ilgisi artmıştır. (29)

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) 1’de “büyük stres reaksiyonu (gross stress reaction)” isimli bir tanı yer almaktadır. Bu tanıda savaş veya deprem ve patlama gibi sivil felaketlere karşı normal bireylerin verdiği aşırı davranış tepkileri ele alınmaktaydı (31).

Vietnam Savaşı devam ederken 1968’de yayınlanan DSM-2’de, “geçici durumsal rahatsızlık (transient situational disturbances)” kavramından bahsedildi. Bu kavram, stresli durumlara karşı gösterilen tüm akut tepkileri kapsıyordu (32). DSM-2’de bu stres tepkilerinin stres kaynağı ortadan kalktığında sona ereceğini ve eğer devam ederse tanının değiştirilmesi gerektiği de belirtilmiştir (33). Ayrıca DSM-1 ve DSM-2’de bu tepki ve davranışların kısa süreli reaksiyonlarla sınırlı kaldığı görüşü vardır (29).

İlk olarak Vietnam Savaşı’ndan dönen gazilerde tanımlanan “Vietnam sonrası sendrom” ve “gecikmiş stres sendromu” olarak adlandırılan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak ilk kez DSM-3’te yer almıştır (29). DSM-3’te travmatik olay için “neredeyse herkeste önemli seviyede sıkıntı yaratan olay” denilmiştir (34). Bu kavramın belirsiz olması ve travmatik olayın anlaşılması için muğlak olmasından dolayı kavram yeniden düzenlenmiştir. DSM-4’te ise kavram ayrıntılandırılmış, kavrama objektiflik kazandırılmış ve travmatik yaşantının bireylerin öznel deneyimindeki yerine de dikkat çekilmiştir (33,35).

DSM-5’te ise TSSB (travma sonrası stres bozukluğu) tanısı altında travmatik yaşantı kavramı genişletilmiştir. Kavram doğrudan örseleyici bir yaşantı, diğerlerinin başına gelen olaylara doğrudan tanıklık etme, aileden birinin veya arkadaşının başına

örseleyici olaylar geldiğini öğrenme, örseleyici olayların kalıntılarına sürekli maruz kalma gibi maddeleri kapsar hale gelmiştir (36).

Günümüzde genel tanımıyla psikolojik travma, bireyin günlük yaşantısını etkileyen, psikolojik sağlığını ve bütünlüğünü bozan, olumsuz sonuçlar doğuran ve bireyin yaşamına, beden bütünlüğüne karşı tehdit, şiddet veya ölümle sonuçlanabilen her türlü olaydır (1). Başka bir deyişle psikolojik travma, kişinin psikolojik bütünlüğünü koruma kapasitesine aşan olaylar karşılaşması durumudur. (37)

2.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma kavramı zaman içerisinde gelişimiyle beraber çocukluk çağı travmaları da dikkat çekmiş ve önem kazanmıştır. Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), 18 yaşından küçük bireyin maruz kaldığı istismar ve ihmal, ebeveynin kaybedilmesi, ebeveynlerin ayrılması, şiddete tanık olma, göç, doğal afet ve kazaları kapsamaktadır. ÇÇT'nin psikolojik etkileri üzerine ilk bilimsel çalışmalara 2.Dünya Savaşı sonrasında rastlanmaktadır (38)

Çocukluktaki psikolojik travmalar 1940'lara kadar pek dikkat çekmemiştir. Lewy, 1945'te cerrahi işlem geçiren çocuklar ile 2.Dünya Savaşı'ndaki askerlerin tepkilerini bağdaştırdığı psikolojik travmaları konu alan bir çalışma yayınlamışsa da çocuk psikiyatrisi alanında fazla ilgi görmemiştir. Anna Freud ve Hampstead'deki grubu Alman toplama kamplarından serbest bırakılan çocuklar ile hava saldırıları esnasında Londra'dan tahliye edilen çocuklar ile bazı çalışmalar yürütmüşlerdir (1).

Bu alandaki çalışmalar çocuk psikiyatrisinin dikkatini çekse de psikolojik travmanın dinamiklerini açıklamada başarılı olmamıştır. Devam eden yıllarda 1950'lerde, dehşet verici bir olayla karşılaşıldığında ebeveyn ya da bakım verenin soğukkanlı davranması durumunda çocukların olaydan fazla etkilenmeyeceğine inanılmıştır. 1960-1970'lerde çocuklarda stresle başa çıkma mekanizmaları araştırılmıştır ve psikolojik travmaya daha fazla önem verilmiştir (1).

DSM-3 (1980) ile TSSB tanısının kabul edilmesiyle beraber doğal afetler, savaş, terör, istismar gibi birçok alanda çocuk ve ergenlere yönelik çalışmalarda artış gözlenmiştir (1). DSM-4 ile çocuklar için TSSB tanı ölçütlerinde bazı düzenlemeler yapılmıştır (35). DSM-5 tanı sınıflaması ile “travma ve stresle ilişkili bozukluklar” bölümünde travmatik yaşantı sonucu ortaya çıkan tanı kategorileri belirlenmiştir (36).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında yer alan istismar ve ihmale insanlık tarihinin her döneminde rastlamak mümkündür. Eski dönemlere bakıldığında çocuğun köle olarak satılması, kurban edilmesi, çalıştırılması, Roma’da kanun ile babaya çocuklar üzerinde haklar tanınması, İslamiyet öncesi Arap topluluklarında kız çocuğa sahip olmanın utanç verici kabul edilmesi sonucu canlı şekilde toprağa gömülmesi gibi çocuk istismarına değişik biçimlerde rastlanmaktadır (2). Bu davranışların şekillenmesinde kültür ve inanış önemli bir etkidir (39).

2.1.2.1 İstismar ve İhmal

İstismar ve ihmal kavramları çeşitli alanlarda ve farklı araştırmacılar tarafından tanımlanmıştır. Farklı alanlardaki araştırmacılar tarafından yapılan bu tanımlar, kavramları farklı açılardan ele alıp değerlendirmektedir (40).

Çocuk istismarı kavramına ilk kez dikkatlerin çekilmesi Henry Kempe’nin 1962’de ortaya koyduğu sürekli fiziksel şiddet sonucu oluşan kırıklar ve kanamalar ile karakterize “hırpalanmış/dövülmüş çocuk sendromu (battered child)” ile olmuştur (2). Caffey ve arkadaşları ise 1972’ “dövülmüş bebek sendromu” tanımlamışlardır (38). Bu tanımlamaların genişleyerek “çocuk istismarı” olarak adlandırılması ve tüm boyutlarıyla çalışılması 1970’li yıllarda başlamış ve toplumun da dikkatini çeken bir konu haline gelmiştir (2). Amerika’da 1974 yılında çıkan “çocuk ihmalini ve istismarını önleme ve tedavi yasası” ve 1989’da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen “Çocuk Hakları Sözleşmesi” ise çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili önemli gelişmelerdendir (38).

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik çok sayıda tanım mevcuttur. Bu genel başlık altında yapılan ilk tanımlardan biri 1970’te Hellnes tarafından yapılmıştır. Hellnes’e göre

çocuk ihmali ve istismarı kavramı, çocukla bakıcı arasında kaza sonucu olmayan çocuğun fiziksel ve gelişimsel durumuna etki eden etkileşim ya da etkileşim eksikliği olarak tanımlanmıştır. İlerleyen dönemde istismar kavramının kültürel standartlara uygunluğu da tanımlarına eklenmiştir ve böylece ilk kez istismar tanımında kültürel boyut da değerlendirilmiştir (2).

Çocuk istismarı, aile üyeleri arasındaki iletişimin ya da iletişim eksikliğinin çocukların gelişimine zarar vermesi veya çocuklara yönelik her türlü kötü muamele şeklinde de tanımlanmaktadır (2). Chadwick (1991), ise ihmal ve istismar kavramlarını bir yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılan ve çocuğun gelişimi üzerinde onarılması zor zararlara yol açabilecek tutum ve davranışlar olarak tanımlamıştır (41).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün çocuğa kötü muamele tanımı şu şekildedir: bir sorumluluk, güç veya güven ilişkisi bağlamında çocuğun onuru, gelişimi, sağlığı ve yaşamını sürdürmesi bakımından fiili veya olası zararları olabilecek her türlü duygusal/fiziksel kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ticari sömürüleri içerir (42).

Polat’a göre çocuğun normal büyüme ve gelişimini tamamlamasına engel olan ve iyilik hali dışında kalan, çocuğa karşı kötü tutum uygulanması “istismar”; bilinçli ya da bilinçsiz şekilde çocuğa ihtiyacı olan bakım ve ilginin verilmemesi “ihmal” olarak tanımlanabilir (2). İstismar ve ihmali birlikte veya ayrı ayrı da görülebilse de iki olguyu birbirinden ayıran en önemli nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif yapıda karakterize olmasıdır (43).

İhmal, çocuğun temel fiziksel, eğitim, tıbbi ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamakta başarısız ve yetersiz olunması ve çocuğun büyüme ve gelişme süreçlerinde denetimsiz bırakılması şeklinde kendini göstermektedir. Kötü beslenme ve sürekli açlık, hijyensiz ortam, uygunsun kıyafetler, denetimsizlik, ihmal edilmiş fiziksel ve tıbbi sorunlar, normal kiloda olmama, kötü gelişim, büyüme geriliği, uykusuz görünme gibi göstergeler ihmalin fiziksel göstergeleridir. Kendine zarar verme, dilenme, yiyecek çalma, okulda uzun süre vakit geçirme, yorgunluk, halsizlik, okula devamsızlık gibi göstergeler ihmal ile ilgili davranışlara yansıyabilecek göstergelerdir. Duygusal göstergeler arasında düşük benlik saygısı, bağlanma sorunları, sosyal sorunlar, hayır deme güçlüğü, sosyal içe çekilme gibi durumlar bulunmaktadır. İhmalin bilişsel ve

gelişimsel alana yansımaları ise öz disiplin sorunu, tek başına bir görevi gerçekleştirememesi, öğrenme zorluğu şeklinde olabilmektedir. (43)

Çocuk istismarı fiziksel, cinsel ve duygusal olarak üç başlıkta; çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak iki başlıkta incelenmektedir.

2.1.2.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun vücut bütünlüğünün zedelenmesi ve fiziksel olarak zarar görmesi, çocukta yara, lezyon ve ekimozların görülmesi veya bunların oluşması riskine sebep olmak olarak tanımlanabilir (41). Fiziksel istismarda, kaza haricinde yaralanma ve zarar görme söz konusudur. Fiziksel istismarın çok fazla tanımlaması olsa da bu tanımların kesişim noktası, çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemesi ve bedende iz bırakan nitelikte yara ve lezyonların varlığıdır. (2). Orta şiddetli fiziksel istismar olarak çocuğun ağzına biber sürmek, çocuğu sarsmak, kulağını ve saçını çekmek, hafif şiddetle vurmak kabul edilirken; yakmak, boğmak, elle veya ayakla şiddetli bir şekilde vurmak şiddetli fiziksel istismar olarak kabul edilir (38).

Fiziksel istismar uygulayan kişiye göre ve uygulanma şekline göre de sınıflanmaktadır. Uygulayan kişiye göre ebeveyn tarafından ve kurumda istismar olarak gruplandırılmıştır. Uygulama şekline göre ise aletsiz ve aletli saldırılar olarak ayrılmaktadır (2). Fiziksel istismara bağlı oluşan hasarlar yumuşak doku lezyonları, kırıklar, yanık ve haşlanmalar, iç organ yaralanmaları ve kafa travmaları şeklinde gruplandırılmıştır (41).

2.1.2.1.2. Cinsel İstismar

Amerikan Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (1991) tarafından yapılan tanıma göre cinsel istismar, çocuk ve yetişkin arasındaki temas ve ilişkinin herhangi bir yetişkinin cinsel uyarımı için kullanılmasıdır. Ayrıca bariz bir yaş farklı olan ve iki çocuktan birinin, diğeri üzerinde gücü veya kontrolü varsa da cinsel istismar

gerçekleşebilir (41). Cinsel aktivitelerin iki çocuk arasında gerçekleştiği durumda yaş farkı 4 ve daha fazla ise küçük çocuğun büyük çocuk tarafından zorlama ya da ikna ile cinsel aktivitelere zorlanması da cinsel istismar olarak kabul edilir (38).

Cinsel istismar olgularında genellikle istismarcılar yetişkin, istimara uğrayanlar çocuktur veya istismarcının ergen istismara uğrayanın daha küçük yaşta bir çocuk olması da mümkündür. Aynı yaştaki iki çocuktan birinin zihinsel geriliğinin bulunması da istismarı söz konusu hale getirebilir. (2).

Cinsel istismar farklı şekillerde gerçekleşebilir buna yönelik sınıflandırma altı başlık altında incelenmektedir: temas içermeyen cinsel istismar, cinsel amaçlı dokunma, oral-genital birleşme, interfemoral birleşme, cinsel penetrasyon, cinsel sömürü.

- Temas içermeyen cinsel istismar: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgencilik içerir.
- Cinsel amaçlı dokunma: İstismarcı zorla veya kandırarak çocuğun kendisine dokunmasını sağlar veya kendisi çocuğa dokunabilir.
- Oral-genital birleşme: İstismarcı çocuğun genital organlarıyla oral yoldan birleşebilir ya da tersi durumu kendisi çocuğa yaptırabilir.
- İnterfemoral birleşme: Sürtünme yoluyla penetrasyon olmadan gerçekleşir.
- Cinsel penetrasyon: Genital birleşme, anal birleşme, objelerle penetrasyon ve dijital (parmakla) penetrasyon şeklinde olabilir.
- Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhşunu içerir. (2,44)

2.1.2.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocukların sosyal ve bilimsel değerlere göre kendilerini etkileyen ve psikolojik zedelenmeye yol açan tutum ve davranışlara maruz kalmasıdır. Bu tutum ve davranışlar sözel ve sözel olmayan şekilde gözlenebilir. En yaygın istismar türü olsa da saptamak zordur. Çocuğun aşağılanması, tehdit edilmesi ve eleştirilmesi

şeklinde gözlenebilir. Duygusal istismarla gözlenen davranışlar çocuğun duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişimi üzerinde kısa veya uzun vadeli olumsuz etkileri olabilecek davranışlardır. Duygusal istismar davranışları reddetme, izolasyon, korkutma/yıldırma, yok sayma, yolsuzluğa sürüklenme ve kişisel eşyalarına zarar verme olmak üzere altı başlıkta ele alınmaktadır. (2,41)

Yetişkinlerin duygusal istismar göstergesi davranışlarına örnek olarak alaycı konuşma, sıkça, eleştirme, önem vermeme, aşırı baskılama, korkutma, yalnız bırakma, hor görme gibi davranışlar örnek gösterilebilir (45).

2.1.2.1.4. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, bakım veren tarafından çocuğun olumsuz fiziksel durumlarla karşılaşmasını önleme veya azaltmada yetersizliği anlamına gelir. Fiziksel ihmal, çocuğun yeterli beslenememesi, çocuğun kişisel temizliğine önem verilmemesi, hijyenik bir ortamda olmaması, çocuğun güvenliğinin sağlanamaması, çocuğun sağlığına etki edebilecek olumsuz faktörlere müdahale edilmemesi gibi farklı şekillerde kendini gösterebilir. (41)

2.1.2.1.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, bakım veren tarafından çocuğun psikolojik ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi, duygusal olarak yakınlık kurulmaması, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, sosyal gelişimine gereken önemi vermeme olarak tanımlanır (38). Kısaca, çocuğun psikolojik bakımının ihmal edilmesi anlamına gelmektedir. Sevgi eksikliği, aile içi şiddet, anne ile yakın ve olumlu ilişki kuramama olarak kendini gösterir. (41)

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri bireye ilişkin faktörler, aileye ilişkin faktörler ve toplumsal ve kültürel değerlerle ilgili faktörler olarak ele alınmaktadır. Çocuğa ilişkin istismar ve ihmali kolaylaştırabilecek risk faktörleri arasında çocuğun yaşı, mizacı, gelişimsel geriliği, cinsiyeti, fiziksel engellilik hali, psikolojik bozukluklar, kronik hastalıklar ve gayri meşru ilişki sonucu doğma gibi faktörler bulunmaktadır. Aileyle ilgili faktörler arasında sosyoekonomik düzey, ailenin eğitim seviyesi, aile içi çatışma, anne baba yaşı, ailede alkol veya madde kullanım öyküsü, ebeveynlerin rol belirsizliği, parçalanmış aile, anne babanın psikolojik rahatsızlıkları veya kronik hastalıkları, annede tedavi edilmeyen depresyon varlığı, 18 yaşından küçük çocuk sahibi olma gibi faktörler bulunur. Toplumsal ve kültürel faktörler ise erken yaşta evliliklerin onaylanması, cinsiyete göre eğitim, çocuğa verilen değer, çocuk koruma kanunlarının uygulama yetersizlikleri, siber şiddet, çetelenmiş şiddet, şiddeti kabul eden bir toplum anlayışı, geleneksel olarak çocuktan beklentiler, sosyal eşitsizlik şeklinde sıralanabilir. (38,41,43)

İstismar ve ihmalin görüldüğü ailelerde çocuk yetiştirme biçimlerinde farklılıklar gözlenmiştir. Ebeveynlerin kendilerinin de istismara maruz kalması, ebeveynlerde şizofreni, depresyon, alkol kullanım bozukluğu, kaygı bozukluğu gibi bozuklukların olabildiği görülmektedir. (40)

Şiddet, ebeveynlerin ayrılması, alkol ve madde kullanımı gözlenen ailelerde cinsel istismara daha sık rastlanmaktadır. Çocuk ile ilgili faktörlerden de zihinsel veya bedensel engelli olma, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi bozuklukların olması cinsel istismara maruz kalma riskini artırmaktadır. (46)

Duygusal istismar ve ihmalin görüldüğü ailelerde ortak özellik olarak düşük gelir, göç, düşük eğitim düzeyi, kültürel normlar, boşanma, alkol veya madde bağımlılığı gibi faktörler bulunmaktadır (47).

2.1.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı tarafından 1998 yılında yapılan araştırmalarda çocuklarının evde hiç dövülmediğini söyleyen aileler %55, çocuklarını hafif şiddetli dövdüklerini söyleyenler %40, çocuklarını yılda 1-10 sefer arası çok şiddetli dövdüklerini söyleyenler %1,5, çocuklarını ayda birden fazla ve çok şiddetli dövdüklerini söyleyenler %2,7 oranındadır. Aynı araştırmada 7-14 yaş grubundaki çocukların bildirimine göre en az %15 oranında “dövülme” olarak fiziksel istismara maruz kalmaktadırlar (48).

Zoroğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2001) 839 lise öğrencisiyle yapılan bir araştırmada katılımcıların %13,5'i fiziksel istismar, %10,7'si cinsel istismar, %15,8'i duygusal istismar ve %16,5'i ihmal bildirmiştir (49). Çocuk ve Gençlik Merkezi'nin 2006'da yaptığı çalışmaya çocukların %65,72'si fiziksel istismara uğramaktadır. (39)

Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması'na (2010) göre 7-14 yaş aralığındaki kız çocuklar en çok anne, baba, öğretmen, arkadaş ve büyük kardeş tarafından fiziksel istismara maruz kalırken erkek çocuklar sırayla arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve tanımadıkları biri olarak bildirmişlerdir. 15-18 yaş diliminde erkekler kızlara göre daha fazla fiziksel istismar bildirmişlerdir. Kızlar fiziksel istismarı uygulayan kişi olarak baba ve öğretmeni bildirirken erkekler ise baba, arkadaş ve tanımadıkları birini bildirmişlerdir (50). Adli sürecin başlatıldığı olguların incelendiği bir araştırmada başvuranların başvuru nedenleri %81, cinsel istismar, %18,8 ihmal, %6,3 fiziksel istismar, %6,3 duygusal istismar şeklinde belirtilmiştir (51).

Cinsel istismara uğrayan çocuklar, genelde tehdit ve cezalar nedeniyle istismarı gizleme eğiliminde olmaktadır. Ayrıca cinsel istismar tanımında ve neyin istismar olarak kabul edildiği ile ilgili görüşlerdeki uyumsuzluk ve cinsel istismarın yaygınlığını saptamayı zorlaştırmaktadır. (2,41) Geniş ölçekli yapılmış çalışmalara göre erkekler %4,9, kadınlar %12-35 oranlarında 18 yaşından önce istenmeyen cinsel deneyim bildirmişlerdir (52). Farklı 16 çalışmanın bulgularının değerlendirildiği bir makalede kadınlar için %16,8, erkekler için %7,9 oranın cinsel istismar sıklığı gözlenmiştir (53).

Aral (2001), çalışmasında çocukların %65,72'sinin ebeveynlerinden biri tarafından fiziksel istismara uğradıklarını belirtmiştir (39). Güler ve arkadaşlarının 143 aileyle yaptığı bir çalışmada (2002) annelerin verdiği bilgilere göre, annelerin %87,4'ü fiziksel istismar ve ihmal ve %93'ü duygusal istismar ve ihmal uyguladığını belirtmiştir (54).

2.1.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşam Üzerindeki Etkileri

İhmal ve istismar kişilerarası, bilişsel, duygusal, davranışsal alanlarda sorunlar ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir (3). İstismar depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, riskli davranışlara yönelme, ilişkilerde zorluk yaşama, başkalarına karşı olumsuz inanç ve tutumlara sahip olma riskiyle (4); artan psikopatoloji ve cinsel sorunlar ve azalan benlik saygısı ile ilişkilidir (5). İstismarın varlığının yanı sıra farklı istismar çeşitlerinin bir arada varlığı ve farklı yoğunluklarda maruz kalma durumu da istismarın sonuçlarını etkilemektedir. Daha fazla çeşitte ve daha şiddetli istismar varlığı, daha fazla travma semptomu ile ilişkili bulunmuştur (55).

Çocukluk döneminde kötü muamele ve şiddete maruz kalma yetişkinlik döneminde riskli davranışlar ile ilişkilidir. İstismara maruz kalan yetişkinler, istismara maruz kalmamış yetişkinlerle karşılaştırıldığında sigara, alkol ve madde kullanımı ve riskli cinsel davranış oranlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir. (6,7)

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda güvensiz bağlanma, akranları tarafından daha az sevilme ve popüler görülme, akran reddi ve ergenlikte kişilerarası ilişkilerde problemlerle ilişkilidir. Fiziksel istismarla ilişkili olarak bilişsel alandaki becerilerde zayıflama ve dille ilgili problemler; yaşlarına göre daha fazla öfke sorunları, düşmanca tutum ve suça yönelmede artış; intihar ve riskli davranışlarda artış; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karışık gelme bozukluğu, madde kötüye kullanımı gözlenmektedir (3). Yetişkinlerde fiziksel istismar öyküsünün depresyon, dissosiyasyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (41). Çocukluk çağında

fiziksel istismara maruz kalan kişiler başkalarına karşı güvensiz olma eğilimindedir (3,41).

Cinsel istismarın yaşam üzerindeki etkilerine arasında düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları ve somatizasyon bulunur. Cinsel istismarın yeme bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı gibi fiziksel sağlığı etkileyen sonuçları da bulunmaktadır (41). Cinsel istismarın uzun vadeli etkilerinin incelendiği retrospektif bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü aile içi şiddet, cinsel sorunlar, psikolojik problemler, düşük özgüven ve yakın ilişki problemleri ile ilişkili bulunmuştur (56). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağında cinsel istismar bildirenlerde daha fazla majör depresyon, anksiyete, davranış bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve intihar yönelimi gözlenmiştir (57).

Duygusal istismarın uzun dönemde psikolojik işlevsellik açısından diğer istismar türlerine göre daha güçlü bir ilişkisi olabileceği düşünülmektedir (3). Duygusal istismarın bireylerde duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişim üzerinde kısa veya uzun vadeli zararları bulunmaktadır. Duygusal istismar ile ilgili olan psikolojik sonuçlar arasında depresyon, kaygı sorunları ve intihar düşünceleri bulunur. Madde kötüye kullanımı ve uyku bozuklukları da duygusal istismarın yetişkinlik dönemine yansıyan sonuçları arasında sayılmaktadır. (41)

İhmal, uzun vadede psikolojik sorunlara, işlevsel geriliğe, gençlikte ve yetişkinlikte suç işleme eğilimine yol açar (2). İhmal, çocuklarda bir kaçış aracı olarak alkol ve madde kötüye kullanması ile ilişkili olabilir veya çocuk dikkat çekmek amacıyla karmaşık cinsel davranışlara yönelebilir. İhmal edilmiş olan kişiler yetişkin olduklarında kendi çocuklarını ihmal edebilir ve bu kişilerde zayıf öz kontrol ve duygu düzenleme güçlüğü sorunları gözlenir (41).

2.2. Bağımlılık

2.2.1. Bağımlılığın Tarihçesi

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmaya başlanması çok eski dönemlere uzanmaktadır. Bu tür maddeler ilkel insanlar tarafından dini törenlerde ve büyücülük amacıyla kullanılmıştır. (58) Bunların yanı sıra psikoaktif maddeler keyif verici, ağrı kesici ve hastalıkları iyileştirici etkileri sebebiyle de tercih edilmiştir. Bu amaçla kullanılan ilk bitkiler And Dağları'nda yetişen Koka ağacı ve Himalaya eteklerinde yetişen Rauwolfia Serpentina'dır. (1)

Haşhaş ve haşhaştan afyon elde edilmesine MÖ 4000 yıllarında Sümerler 'de rastlanır. İlk defa Hipokrat tarafından afyonun akıl hastalıklarında kullanılması önerilmiştir. Antik Mısır belgelerinde de çok sayıda madde ve ilaç adı geçmektedir. (58)

Alkol kullanımı Antik Yunan'da içki tanrısı Dionysos adına düzenlenen şarabın bulunduğu etkinliklerde ilk olarak yer almaktadır. Alkol ile ilgili düzenlemeler ise Babil İmparatoru Hammurabi tarafından M.Ö. 2000'li yıllarda gerçekleştirilmiştir. (59)

Merkezi sinir sistemine çeşitli etkileri bulunan bu maddelerin kullanılması çoğunlukla yıkıcı sonuçlara neden olsa da bu maddelerin kullanılmasının sürdürülmesi kişilerde yarattığı öfori etkisi, acıyı azaltıma ve bilinç durumlarında değişiklik oluşturma gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır. (60)

2.2.2. Bağımlılığın Tanımlanması ve İlgili Kavramlar

Bağımlılığın birçok farklı formu bulunur ve tanımını yapmak kolay değildir. Bağımlılıkla ilgili farklı tanımlamalar ve yaklaşımlar mevcuttur; bağımlılık psikolojik, biyolojik ve sosyal süreçler ve bunların farklı etkileşimleri açısından yorumlanabilir. Bağımlılık kısaca olumsuz sonuçları olan ve üzerinde bireyin kontrolünün bozulduğu davranışlar olarak tanımlanabilmektedir. Tipik olarak bir uyarana ilk defa maruz kalmayı ve ardından bu deneyimi tekrarlama arayışı davranışlarıyla karakterizedir. (9)

Goodman’a göre (1990) bağımlılık, zevk alma ve içsel sıkıntıdan kurtulma işlevi olabilen bir davranış ve bu davranışı kontrol etmede tekrar eden başarısızlık ve ciddi olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi şeklinde gözlenmektedir (61).

Bağımlılık tolerans geliştirme, yoksunluk belirtileri, planlanandan daha fazla madde kullanma, bırakmak için başarısız girişimler, madde kullanımıyla psikolojik ve fiziksel halde kötüleşme, sosyal yaşamda sıkıntılar yaşama gibi çeşitli durumlarla karakterize bir bozukluktur. Tolerans, istenilen etkiye ulaşmak için daha fazla madde kullanımı ve aynı miktarda madde kullanımında etkinin giderek azalması durumudur. Yoksunluk ise maddenin daha az miktarda alınması ya da kesilmesi durumunda maddeye özgü gelişen fiziksel ve psikolojik etkilerdir. (60)

Bağımlılığa ilişkin tanımlamalar genel olarak alkol ve madde ile ilgili yapılmaktadır. DSM’nin ilk baskısında (1952) madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu başlığında ele alınmış ve DSM-2’de (1968) de buna benzer şekilde yer verilmiştir (31,32). DSM-3’te (1980) ilk defa bağımlılık tanısı için fizyolojik belirtilerin olması gerekliliği vurgulanmış ayrıca madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı yapılmıştır. (34). DSM-4 (1994) ve DSM-4 TR (2000) benzer şekilde yaklaşmıştır; madde kullanım bozukluklarını “Madde bağımlılığı” ve “Madde kötüye kullanımı” olarak iki alt kategoride ele almıştır (35,36,58).

DSM-5 ile birtakım değişiklikler olmuştur. DSM-4’te bulunan “Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar” başlığı “Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları” olarak değiştirilmiş ve madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı ortadan kalkarak “Madde Kullanım Bozuklukları” başlığında birleştirilmiştir. DSM-5 ile gelen önemli bir yenilik de davranışsal bağımlılık olarak kabul edilen kumar bağımlılığı da ilk kez “Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluklar” kategorisinde yer almıştır (36). Kumar oynama ve madde kullanım bozuklukları arasındaki klinik, fenomenolojik, genetik, nörobiyolojik ve diğer benzerlikleri gösteren araştırmalara dayanarak kumar oynama bozukluğu bu gruba dahil edilmiştir (62).

Bağımlılığı açıklayan birçok farklı teori bulunmaktadır. Psikanalitik teoriye göre birey, cinsellik ve saldırganlık dürtülerini bastırmak ve bunlara karşı bir savunma oluşturmak için madde kullanır. Başka psikanalistler ise alkol kullanım bozukluğunun psikoseksüel dönemlerden oral dönemde takılı kalma sebebiyle geliştiğini ileri

sürmektedir. Modern psikanalistler ise ego işlevindeki bozulmaların ya da kişinin yetersizlikleriyle başa çıkma şeklinin alkol ve madde kullanım bozukluklarına yol açabileceğini savunmuştur. (13)

Sosyal öğrenme teorisine göre alkol ve madde kullanım davranışı sosyal çevreden edinilen bilgiler aracılığıyla şekillenmektedir. Çevreden birinin ya da bir rol modelin madde kullanımına tanık olunması, madde kullanım biçimlerini ve amaçlarının çocuk tarafından gözlemlenmesi ile maddelere yönelik gelişen pozitif etkiler madde kullanımını ve bağımlılığı kolaylaştırıcı etkide olabilmektedir. Öğrenme teorisi alkol ve madde kullanım örüntülerini klasik ve edimsel koşullama açısından ele almaktadır. Bilişsel teori ise bireyin çarpık bilişlerinin alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığı geliştirmede etkili olduğunu savunmakta ve beklenti teorisi ile modeli güçlendirmektedir. (13)

2.2.3. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Davranışsal Bağımlılık

2.2.3.1. Madde Kullanım Bozuklukları

DSM-5'te "Madde ile İlişkili Bozukluklar" başlığı altında "Madde Kullanım Bozuklukları" ve "Maddenin Yol Açtığı Bozukluklar" başlıkları bulunmaktadır. "Madde Kullanım Bozuklukları" kategorisinde alkol; kafein; kenevir (kannabis); varsandıran (halüsinojen); uçucu (inhalan); opiyat; dindinleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici (sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik); uyarıcı; tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler ile ilgili bozukluklar yer almaktadır. "Maddenin Yol Açtığı Bozukluklar" kategorisinde ise madde esikliği, madde yoksunluğu ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar konu edilmiştir. (36)

2.2.3.1.1. Tanı Ölçütleri

DSM-5’te madde kullanım bozukluklarıyla ilgili çeşitli tanı ölçütleri bulunmaktadır. Bu tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

DSM-5 Tanı Ölçütleri;

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.

2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı.

6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.

7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürölmesine karşı belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması.

a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır. (13,36)

2.2.3.1.2. Riskli Alkol ve Madde Kullanımı

Riskli alkol ve madde kullanımı tanı kriterlerini karşılamasa da kişinin kullanım miktarı ve düzeninin, zararlı olabilecek düzeye gelmesi durumudur. Bir maddenin sorunsuz olarak kullanımı kişinin maddeyi kullanırken bir sorun yaşamaması ve kullanmaya devam etmesi durumunda da belirgin bir sorun yaşamayacak olması anlamına gelmektedir. Riskli kullanım, alkol veya maddeyi kullanma durumunda zararlı sonuçlar ortaya çıkabilecek seviyede ve yoğunlukta alkol veya madde kullanımıdır. Bu sorunlar fiziksel, psikolojik ya da sosyal alanlarda gözlenebilmektedir. (59)

Dünya Sağlık Örgütü ise madde kötüye kullanımını, alkol ve yasa dışı uyuşturucular dahil olmak üzere psikoaktif maddelerin zararlı veya tehlikeli kullanımını şeklinde tanımlamaktadır (63)

2.2.3.1.3. Alkol ve Madde Kullanımının Yaygınlığı

Madde kullanımının yaygınlığı ile ilgili çalışmaların gerçekleştirilmesi ve gerçekçi sonuçlara ulaşılması konusunda birtakım zorluklar yaşanmaktadır. Bu zorluklar kişilerin yasal olmayan maddeleri kullanması sonucu gizli kalma eğiliminde olması, anket esnasında madde etkisinde olan kişilerin cevaplarının doğruluğunun düşmesi, genel

toplum içindeki küçük bir gruba ulaşmanın zor olması, anketler ile sadece kullanıcılar tespit edilebilirken bu durumda bağımlılık tespitinin zor olması şeklinde sıralanmaktadır. (64)

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suçla Ofisi (UNODC), 2017 Dünya uyuşturucu raporunda yer alan verilere göre dünya çapında 15-64 yaş aralığındaki bireylerin %5'i hayatının bir döneminde en az bir defa madde kullanmıştır (13).

Türkiye'de genel nüfusta yapılmış çalışmalardan biri olan Türkiye Uyuşturucu Raporu (2019), Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından 42.754 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Bu rapora göre katılımcıların %47'si tütün ürünü, %22,1'i alkollü içecek, %5,8'i yatıştırıcı/sakinleştirici ilaç, %3,1'i ise diğer maddeleri hayatında en bir kez denemiştir (65)

Alkol ve madde kullanım yaygınlığı, riski alkol ve madde kullanımı ve madde kullanım bozukluklarıyla ilgili genel popülasyondaki çalışmaların yanı sıra üniversite örnekleminde de birçok çalışma yürütülmüştür.

Birleşik Krallık'ta 3075 öğrenci ile yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin %65'i kadın öğrencilerin ise %48'inin riskli sınırlarda alkol tükettiği tespit edilmiştir. Erkeklerin %60'ı ve kadınların %55'i bir veya iki kez; %20'sinin düzenli olarak haftada bir veya daha fazla esrar kullandığı gözlenmiştir. (66)

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada 121 öğrencinin %27,3'ü sigara, %47,9'u alkol kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin %6,6'sında riskli alkol kullanımı ve %11,7'si yasal olmayan madde kullanmayı düşünme, %6,7'si ise yasal olmayan bir maddeyi deneme durumu gözlenmiştir. (67)

Selçuk Üniversitesi'nde 323 öğrenciyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %17'si nikotin bağımlılığı, %1,2'si alkol bağımlılığı ve %2,2'si alkol kötüye kullanımı tanısı almıştır. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı tansını karşılayan öğrenci bulunmamaktadır. (68)

Bozok Üniversitesi Madde Bağımlılığı ile Mücadele İzleme Komisyonunun 1560 öğrenciden topladığı verilere göre öğrencilerin %33,9'unun sigara kullandığı ve %18,1'inin alkol aldığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin %39,5'inin madde kullanımına

eğilimli olduğu saptanmıştır. Madde kullanım eğilim riski erkek öğrencilerde, alkol ve sigara kullananlarda daha yüksek bulunmuştur. (69)

Üsküdar Üniversitesi'nde okuyan 144 öğrencinin katıldığı bir çalışmada öğrencilerin %45,8'i hiç, %25'i ayda bir defa, %19,4'ü haftada 2-4 defa, %9,7'si haftada 5'ten fazla alkol kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin alkol kullandıklarında kullandıkları miktarla ilgili olarak %27.8'i bir standart içki içerken %54.9'u 2, %8.3'ü 3-4 ve %2.1'i 5-6 standart içki içtiğini belirtmiştir. Riskli içicilerin oranı ise %6.3 olarak bulunmuştur. Riskli içicilerin %66.7'sini ise erkekler oluşturmaktadır. (70)

2.2.3.1.4. Risk Faktörleri ve İlişkili Bozukluklar

Bağımlılık, tek bir etiyolojik nedenle açıklamanın mümkün olmadığı heterojen bir bozukluktur. Biyogenetik, psikososyal, ailesel, sosyal ve kültürel nedenler bir bütün olarak ele alınmaktadır. (58)

Alkol ve madde bağımlılığı ile ilgili risk faktörlerinden birinin yaş olduğu görülmektedir. Geniş bir yaş aralığının bağımlılık için risk altında olduğu belirtilmektedir. Bağımlılık için risk grubu ile ilişkili olarak 15-24 ve hatta 12-24 yaş aralığına dikkat çekilmektedir (67). Madde ile ilk karşılaşma ve kullanıcı olmaya başlama yaşının 10 yaşına ve 10'lu yaşlara kadar indiği, 1983-1995 yılları arasında AMATEM (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi) verilerinin incelendiği bir araştırmada maddeye başlama yaş aralığı olarak 15-25 yaş aralığının en çok belirtilen yaş aralığı olduğu gözlenmektedir (14,71).

Sosyal ve kültürel faktörler kültür değerleri, toplumsal tutumlar, akran davranış ve tutumları, kanunlar, maliyet ve bulunabilirlik şeklinde sıralanmaktadır. Maddenin çevrede kolay bulunabilir olması, madde kullanımının çevresinde sık olması ve buna karşı olumlu tutumların bulunması, belli bir gruba uyum sağlamak veya grup tarafından kabul görmek için madde kullanımı gibi çeşitli sebepler madde kullanımını ve ilk kullanım yaşını etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır. (13)

Bağımlılık için risk faktörü oluşturabilecek sosyoekonomik faktörler arasında ailenin ve bireyin eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve bireyin mesleği ve işinin olup olmaması gibi durumlar gösterilmektedir. Kişilerin yaşadığı konutların da psikolojik sıkıntılara yol açabileceği ve bağımlılık için risk faktörü olarak katkı sağlayabileceği belirtilmektedir. Ailesel risk faktörleri ailede madde kullanımı, çatışmalı aile ortamı, ailenin tutum ve davranışları ve ebeveynlik stilleri olarak ele alınmaktadır. (13)

Alkol ve madde bağımlılığında risk altında olan cinsiyet faktörünün erkek olmak olduğu birçok araştırmada gözlenmektedir. Medeni durum faktörü ise bekar bireylerin daha fazla risk altında olduğu şeklindedir. Alkol ve madde bağımlılığı karşılaştırıldığında alkol bağımlılığında evli bireylerin oranının daha fazla olduğu gözlenmektedir. (71)

Ege Üniversitesi ve İzmir Üniversitesi'nde öğrenci olan 208 öğrenci ile yürütülen bir araştırmada riskli alkol kullanımını yordayan faktörler araştırılmıştır. Kontrol odağı türünün, anneye bağlanma düzeyinin ve ÇÇT'nin alkol kullanma davranışını yordadığı bulunmuştur. (19)

Alkol ve madde kullanım riskinin çeşitli sosyodemografik değişkenler açısından incelendiği bir araştırma 790 lisans öğrencisi ile yürütülmüştür. Alkol ve madde kullanım riski açısından cinsiyetin, barınma biçiminin, anne ve babanın medeni durumunun, baba tutumlarının, daha önce psikiyatrik yardım almış olmanın ve aileden birinin bağımlılık tedavisi almış olmasının etkili olan değişkenler olduğu gözlenmiştir. Erkek öğrencilerin ve daha önce psikiyatrik yardım alan öğrencilerin alkol ve madde kullanım riski puanları daha yüksek bulunmuştur. (72)

Kişilik bozuklukları ile (antisosyal, sınır, paranoid, kaçınan, pasif-agresif, narsistik, bağımlı, obsesif-kompulsif ve şizotipal) alkol ve madde kullanımı arasında anlamlı pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (71).

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yatan 155 hastayla yürütülen bir çalışmada sırasıyla nikotin bağımlılığı %57,4, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı %21,9 ve sedatif/trankilizanlar kötüye kullanımı ya da bağımlılığı %9 olarak saptanmıştır. Tüm maddeler göz önüne alındığında psikiyatrik hastalıklar sınıflarının neredeyse hepsinde yüksek oranda madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir. Bu oran

psikotik bozukluklarda %55, duygudurum bozukluklarında %61 ve anksiyete bozukluklarında %81 şeklindedir. (73)

Aile ile ilgili faktörler değerlendirildiğinde yapılan araştırmalar doğrultusunda aile içi şiddet, istismar, aile içi iletişim ve bazı aile tiplerinin alkol ve madde kullanım bozukluğu için risk faktörü oluşturabileceği gözlenmektedir. (13,14)

2.2.3.2. Davranışsal Bağımlılık

Bağımlılık ile ilgili genel tanımlamalar, bağımlılığı, madde kullanım bozukluğu yönüyle ele almış olsa da DSM-5 ile birlikte bu kategoriye bir davranışsal bağımlılık türü sayılabilecek ve DSM-4'te "Dürtü Kontrol Bozuklukları" kategorisinde olan "Kumar Oynama Bozukluğu" da, "Maddeyle İlişkili Olmayan Bozukluk" kategorisine eklenmiştir. Kumar oynama bozukluğunun bu kategoriye eklenmesinin gerekçesi olarak madde kullanım bozukluğunda etkili olan ödül mekanizmalarına benzer etkiler ortaya çıkarması ve benzer kimi davranışsal etkilerinin olması öne sürülmüştür (36)

Davranışsal bağımlılıklar ve madde kullanım bozuklukları ilişkisine dair fenomonolojik, genetik ve nörobiyolojik kanıtlar da bulunmaktadır (10,74). Geleneksel bakış açısıyla bağımlılık, beyin ve vücut üzerindeki etkilere aracı olan ödül mekanizmalarına farmakolojik etkisi olan maddelere yönelik tanımlanır (75). Beyin, maddelerin ve bağımlılık yapabilen davranışların güçlendirici etkilerine aracılık eden yolları ödüllendirir, bu açıdan davranışlar için de kolaylaştırıcı etkisi bulunmaktadır (76). Davranışsal bağımlılık, belirli bir davranışın ortaya çıkardığı sonuçlar ve etkiler sebebiyle pekiştirilme biçimini ifade etmektedir (74).

Davranışsal bağımlılıkların temel özelliği kişiye veya başkalarına zarar verebilecek bir eylemi sürdürme veya gerçekleştirmeye yönelik dürtü ve cazibeye direnememektir. Davranışsal bağımlılıklarda genellikle eylemden önce "gerilme ve uyarılma" ve eylemden sonra "haz, doyum ve rahatlama" gözlenmektedir. Madde kullanım bozukluklarına benzer şekilde davranışsal bağımlılığı olan bir kişi davranıştan önce aşırma bildirir ve yine madde kullanımına benzer şekilde davranışın gerçekleşmesiyle süreç olumlu bir duygudurumla sonuçlanır. (10)

Madde kullanım bozukluklarına benzer şekilde, davranışsal bağımlılıklarda da negatif ve pozitif pekiştireç etkisi bulunur. Davranışsal bağımlılıklar için davranışın olumsuz pekiştireç haline gelmesi, o davranışın istenmeyen, nahoş durumları (stres, kaygı, sıkıntı gibi) ortadan kaldırması ile söz konusudur. Olumsuz durumları ortadan kaldıran davranışın yapılma sıklığı ve olasılığı artar. Davranışın olumlu pekiştirme yoluyla sıklığının artması ise davranışın ortaya çıkardığı olumlu sonuçlar yani kişi için ödül niteliğindeki durumlar (para kazanma, eğlenme, cinsel haz alma gibi) ile ilgilidir. (74)

Davranışsal bağımlılıklar arasında kumar oynama bozukluğu, internet bağımlılığı, oyun oynama bozukluğu, kompulsif satın alma, kompulsif cinsel davranış, egzersiz bağımlılığı ve iş bağımlılığı gibi problemli durumlar bulunmaktadır (75).

2.2.3.2.1 Cinsel Bağımlılık

Normalden sapma gösteren ve olumsuz sonuçlara yol açan cinsel davranış parafilik ve parafilik olmayan cinsel davranış olarak iki kategoride incelenmektedir. Parafilik cinsel davranış teşhircilik, pedofili, nekrofil gibi bozuklukları içermektedir ve DSM-5'te cinsel sapkınıklar bölümünde yer almaktadır. Parafilik bozukluklarında normal ve tipik olarak kabul edilen cinsel davranıştan tamamen farklı cinsel nesne ve davranış örüntüleri bulunmaktadır. Parafilik olmayan ancak normal kabul edilen cinsel davranıştan bir sapma gösteren cinsel davranış ise tipik cinsel davranışların aşırı ve kompulsif hale gelmesidir (77).

Carnes ve Wilson (2002), anormal cinsel davranışı tanımlarken, cinsel bağımlılık davranışlarının kompulsif mastürbasyon, ilişkiler, para ile cinsel ilişki, pornografi, siber seks, fahişelik, röntgencilik, teşhircilik, cinsel taciz ve cinsel suçları içerdiğini öne sürmektedir (75). Coleman'a göre (1992) cinsel kompulsiyonlar; birden çok partnerle kompulsif cinsel eylemleri, elde edilemez kabul edilen partnere bağlılığı, kompulsif mastürbasyon ve pornografinin kullanımı ve rızaya dayalı bir ilişki içerisindeki kompulsif cinsel eylemleri içermektedir (77).

Kompulsif cinsel davranış (KCD), yoğun ve yineleyen bir şekilde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlarla aşırı meşguliyeti içerir. Kuzma ve Black (2008) ise KCD'yi yaşamın bir veya daha fazla alanında öznel sıkıntıya ve işlevlerde bozulmaya yol açan, uygunsuz veya aşırı cinsel biliş ve davranışlar olarak tanımlamaktadır (78). Karim (2012) ise cinsel bağımlılığı bireyin fiziksel sağlık işlevi, biliş, dürtü kontrolü, bağlanma, yakınlık ve psikolojik halindeki bozulmayı içerebilen zayıflatıcı bir sorun olarak tanımlamaktadır (75). Holden'a göre cinsel bağımlılığı olan bireyler takıntılı, doyumsuz ve kontrolden çıkmış hissetmekte ve bu durum hayatlarında sıkıntıya neden olmaktadır (79). Schwartz'a göre (2008) cinsel bağımlılık, bağlanma ve yakınlık bozukluğu olarak da anlaşılabilmektedir ve yakınlık bozukluklarının üç ortak eksikliği olarak bozulmuş benlik duygusu, duygulanımı düzenlemede zorluk ve rahatlık ve güvenlik için başkalarına dönme yeteneğinde bozulma olarak açıklanmaktadır (8).

Kinsey ve arkadaşları (1948) aşırı cinsel davranış için, bir hafta boyunca herhangi bir yöntemle ulaşılan orgazm sayısını kıstas olarak belirledi. Elde ettikleri verilere göre, 30 yaşına kadar olan erkeklerin %7,6'sı, en az 5 yıllık bir süreç boyunca, haftada 7 defa veya daha fazla orgazm deneyimlemekte ve bunun için başvurdukları ilk yöntem mastürbasyondur. Bu araştırmaların sonucunda Kafka (1997), ardışık 6 ay boyunca, haftada 7 veya daha fazla orgazm gözlenmesini hiperseksüel davranışı tanımlamak için kullanabileceğini öne sürdü (78).

KCD'nin ergenlik döneminde başladığını ve bozukluğa sahip olanların çoğu için bozukluğunun seyrinin dönemsel ya da uzun dönemli olabileceği belirtilmiştir. KCD, tedavi edilmediği sürece daha yoğun ilerleyen ve çok aşamalı bir hastalık olarak karakterize edilmiştir. İlk aşamada, meşguliyet, kişi cinsel düşünceler ve dürtüler geliştirir. Bir sonraki aşama olan ritüelleştirme, cinsel davranışa neden olan kendine özgü bir rutinin geliştirilmesini içerir. Üçüncü aşama olan haz, cinsel davranışın kendisini içerir. Dördüncü aşama, umutsuzluk, tümü KCD'nin altında yatan gerilimi artıran ve kişiyi döngüyü tekrar etmeye yönlendiren suçluluk, güçsüzlük ve izolasyon duygularıyla karakterizedir (78).

2.2.3.2.1.1. Cinsel Bağımlılıkların Tarihçesi

Cinsel kompulsiyonlar ile ilgili ilk betimlemeler genellikle kadınların aşırı cinsel davranışları üzerine yoğunlaşmıştır. D.T. de Bienville 1775'te İngilizceye çevrilen kitabında (*Nymphomania or a Dissertation Concerning the Furor Uterinus*), çeşitli sebeplerle kadınların sinirlerinin fazla uyarılması nedeniyle aşırı cinselliğin ortaya çıktığını savunmuştur. Showalter'ın (1980) belirttiğine göre ise “evlilik öncesi ilişki, erotik fanteziler, baştan çıkarıcılık, müstehcen dil ve orgazm heyecanı” gözlenen kadınlara nemfomani tanısı konulmuştur ve hastalığı “iyileştirme” amacıyla cinsel isteklere ket vurmak için etkili bir çözüm olduğu iddia edilen klitoridektomi veya labiaların çıkarılması işlemi uygulanmıştır. P. Henry Chavasse (1871), kitabında (*Physical Life of Men and Women, or Advice to Both Sexes*) ise cinsel kısıtlamanın kadınlar için nemfomani, erkekler için de satriasis sebebiyet verebileceğini belirtmiştir. (77).

Batı tıbbında aşırı cinsel davranışlar, bir doktor ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Kurucu Babası olan Benjamin Rush ve 19. yüzyılın Batı Avrupalı öncü bilim insanlarından Richard von Krafft-Ebing gibi çeşitli klinisyenler tarafından belgelenmiştir (12). Alman psikiyatrist Dr. Richard von Krafft-Ebing, 1886'da patolojik cinselliğin bir psikiyatrik hastalık olduğunu belirtmiştir. İngiliz Psikolog Dr. Jim Orford ise 1978'de aşırı cinselliğin bağımlılık bozukluklarına dahil edilmesi gerektiğini savunmuştur. (11)

Bu araştırmacılar tarafından tanımlanan bu tür davranışların klinik örnekleri, 20. yüzyılda rastgele cinsel ilişkilerin erkeklerde Don Juanizm (Stoller, 1975) veya satriasis (Allen, 1969) ve kadınlarda nemfomani (Ellis&Sagarin, 1965) olarak nitelendirilmekteydi (12).

2.2.3.2.1.2. Cinsel Bağımlılığa İlişkin İsimlendirme ve Sınıflandırma

Cinsel bağımlılık ile aynı tanımı karşılayan birçok farklı isim kullanılmış ve önerilmiştir. Bunlar arasında kompulsif cinsel davranış, hiperfili, hiperaktif cinsel istek bozukluğu, parafili ilişkili bozukluklar, cinsel bağımlılık, hiperseksüel bozukluk ve cinsel dürtüsellik bulunmaktadır. (77,80)

KCD, DSM-5'te bulunmasa da hangi psikiyatrik bozukluk kategorisinde sınıflandırılacağı ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Orford (1978), aşırı cinselliği bağımlılık ile ilgili bozukluklar kategorisinde sınıflandırmaktadır (11). Goodman (1992), alternatiflerin içerisinde KCD için uygun olan isim ve sınıflandırmanın cinsel bağımlılık olduğunu savunmaktadır (81). Mick ve Hollander (2006) ise dürtüsel ve kompulsif bileşenleri olduğu gerekçesiyle dürtüsel-kompulsif cinsel davranış olarak ele almıştır ve çalışmalarında bağımlılık olarak değerlendirme üzerinde durmuştur (80). Kuzma ve Black (2008), KCD için başka türlü adlandırılmayan cinsel bozukluk kategorisini önermiştir (78). Kafka (2010) ise KCD tanısı ile ilgili DSM-5 için "Başka Türlü Adlandırılmayan Cinsel Bozukluk" kategorisini önermiştir ve hiperseksüel bozukluk olarak adlandırmıştır (12).

Kompulsif cinsel davranışın sınıflandırılması veya isimlendirmesi ile ilgili henüz net bir çerçeve bulunmamaktadır. KCD'nin tekrarlayan ve kişiye zarar verse bile kişinin eylemi yapmaktan kendini alıkoyamadığı bir örüntüsü bulunmaktadır. Bu yönüyle bağımlılık ile ilgili bozukluklara benzer bir ilerleyişi vardır. Ayrıca kompulsif cinsel davranışın bağımlılık olduğunu savunanlar, KCD ile eş tanı alma oranlarında madde bağımlılıklarının yüksek olduğunu öne sürmektedir. Birçok araştırma sonucuna göre KCD ile diğer davranışsal bağımlılıklar da bir arada sıklıkla görülmektedir. (80)

Hughes (2010), cinsel bağımlılık yapıcı davranışı anlamak için kendisini cinsel bağımlı olarak tanımlayan 30 kişi ve cinsel bağımlılık alanında tedavi sağlayıcı 30 kişi ile bir çalışma yürütmüştür. Araştırma sonucunda cinsel bağımlılık kavramı klinik açıdan yararlı bulunmuştur (82). Eroğlu ve Tamam'a göre (2016) KCD, olumsuz sonuçlar ve davranış üzerindeki kontrol kaybına rağmen davranışı sürdürmeye devam etme yönüyle de bağımlılık ile ilişkili bozukluklarla ortak yönleri bulunmaktadır (83).

Fuss ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı 539 kişi katılmıştır. Yaşam boyu KCD görülme oranı ise %5,6 olarak bulunmuştur.

Çalışma sonucunda ise KCD'yi dürtü kontrol bozukluklarıyla ilişkilendirmek gerektiği savunulmuştur (84).

2.2.3.2.1.3. Cinsel Bağımlılığa İlişkin Önerilen Tanı Kriterleri

Cinsellik, bireysel ve ilişkisel değişkenleri, toplumsal değerler, kültürel öğeler, etnik ve dini inançlar dahil olmak üzere birçok faktöre bağlı değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle patolojik ve anormal cinsel davranışı belirlemek zordur(75)

KCD tanısı, ya da tanı kriterleri üzerinde henüz bir uzlaşma bulmamaktadır. DSM-3-R'de Başka Türü Adlandırılamayan Cinsel Bozukluklar kategorisi, parafilik olmayan cinsel bağımlılık kavramını ilk kez şunu belirterek ekledi: tekrarlanan cinsel fetihler veya diğer parafilik olmayan cinsel bağımlılık biçimleri hakkında sıkıntı (34). DSM-4 ve DSM-4-TR'de cinsel bozuklukların yanı sıra "başka türlü adlandırılamayan cinsel bozukluklar" tanısı ile cinsel kompulsiyonlar için DSM-3-R'ye benzer şekilde tanıya olanak sağlanmıştır ancak bozukluğa özel tanı kriterleri bulunmamaktadır (85).

KCD tanısı DSM-5'te de yer almamaktadır ancak DSM-5'in revizyon sürecinde kompulsif cinsel davranış için tanı kriterleri sunulmuştur (77) ve KCD tanısının "cinsel bozukluklar" tanı kategorisinde yer alması önerilmiştir (76).

Psikiyatrist Ariel Goodman (1998), tolerans, yoksunluk ve sosyal ve mesleki işlevlere müdahale gibi madde kötüye kullanımı bozuklukları için geçerli olan tanı kriterleri temelinde seks bağımlılığı için kriterler önermiştir. Psikolog Patrick Carnes (1991) seks bağımlılığı için 10 tanı kriteri önerdi ve 1.600'den fazla vaka hakkında veri toplamıştır (11).

Kafka daha sonra (2010) hiperseksüel bozukluk için benzer tanı kriterleri önermiştir. Bu kriterler farklı olarak on iki aylık değil, altı aylık bir süreç içindi. Önerdiği beş tanı kriterinin dördünün en az altı ay boyunca gözlemlenmesi ve belirtilerin herhangi bir madde kaynaklı olmaması gerekmektedir, tanı koyulacak kişi en 18 yaşında olmalıdır. Carnes'in kriterlerinden farklı olarak disforik ruh hali durumlarına (örneğin, anksiyete, depresyon, can sıkıntısı, sinirlilik) yanıt olarak bu cinsel fantezilere, dürtülere ve davranışlara tekrar tekrar dahil olmak kriterini eklemiştir (12).

Hiperseksüel Bozukluk için Önerilen Tanı Kriterleri (Kafka, 2010) (12)

A. En az 6 aylık bir süre boyunca, aşağıdaki 5 kriterden 3 veya daha fazlasıyla ilişkili olarak tekrarlayan ve yoğun cinsel fanteziler, cinsel dürtüler veya cinsel davranışlar:

A1. Cinsel fanteziler, dürtüler veya davranışlarla tüketilen zaman, diğer önemli (cinsel olmayan) hedeflere, faaliyetlere ve yükümlülüklerle tekrar tekrar müdahale eder.

A2. Disforik duygudurum durumlarına (örneğin, kaygı, depresyon, can sıkıntısı, sinirlilik) yanıt olarak tekrarlayan cinsel fanteziler, dürtüler veya davranışlarda bulunma.

A3. Stresli yaşam olaylarına tepki olarak tekrarlayan cinsel fanteziler, dürtüler veya davranışlarda bulunma.

A4. Bu cinsel fantezileri, dürtüleri veya davranışları kontrol etmek veya önemli ölçüde azaltmak için tekrarlanan ancak başarısız çabalar.

A5. Kendine veya başkalarına fiziksel veya duygusal zarar verme riskini göz ardı ederek tekrar tekrar cinsel davranışlarda bulunmak.

B. Bu cinsel fantezilerin, dürtülerin ya da davranışların sıklığı ve yoğunluğuyla ilişkili olarak, klinik olarak belirgin bir kişisel sıkıntı ya da sosyal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulma vardır.

C. Bu cinsel fanteziler, dürtüler veya davranışlar, dışarıdan gelen bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç veya bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkisinden kaynaklanmamaktadır.

Varsa belirtin: Mastürbasyon, pornografi, yetişkinlerle rızaya dayalı cinsel davranış, siber seks, telefonda seks, striptiz kulüpleri ve diğer.

ICD-11 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11.Revizyon), “Dürtü Kontrol Bozuklukları” kategorisinde “Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu”na da yer vermektedir. ICD-11 bu bozukluğu şu şekilde tanımlamaktadır: “yoğun, tekrarlayan cinsel dürtü veya davranışlarla sonuçlanan dürtüleri kontrol edememenin kalıcı bir örüntüsü. Semptomlar sağlık, özbakım veya diğer ilgi alanlarını, faaliyetlerini ve sorumluluklarını ihmal etme noktasına kadar kişinin hayatının merkezindeki cinsel

aktiviteleri içerebilir. Bu aktiviteleri azalmak için çok sayıda başarısız çaba ve olumsuz sonuçlara veya davranıştan alınan tatminin az veya hiç olmasına rağmen devam eden tekrarlayıcı davranış.” (86)

2.2.3.2.1.4. Cinsel Bağımlılığın Yaygınlığı

Literatürde KCD'nin görülme oranları cinsiyet, cinsel yönelim, yaş gibi incelenen özelliklere ve çalışmada uygulanan tanı kriterlerine bağlı olarak değişmektedir.

ABD için kompulsif cinsel davranışın tahmini yaygınlığı %3-6 arasında değişmektedir. Bir hastaneye yatışı yapılan psikiyatrik bozukluğa 204 hastayla yapılan bir araştırmaya göre (2005) ise KCD'nin yaygınlığı %4,4, yaşam boyu yaygınlığını ise %4,9 olarak tespit edilmiştir (78). Grant ve Potenza (2006), yaptıkları bir araştırmada eşcinsel veya biseksüel deneklerin %59'unun heteroseksüel erkeklerin %14.5'inin yaşam boyu KCD prevalansına sahip olduğunu ve olduğunu bulmuştur (87).

Dürtü kontrol bozukları ile ilgili 791 kolej öğrencisi ile yapılan bir araştırmaya göre (Odlaug ve Grant 2010) kompulsif cinsel davranışın yaygınlığı %3,7 olarak, 240 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir araştırmaya göre %17,4 olarak tespit edilmiştir, ayrıca 1837 üniversite öğrencisi ile kompulsif cinsel davranış kriterlerinin özel olarak tarandığı bir araştırmada (Odlaug ve ark. 2013) yaygınlık %2 olarak elde edildi (77).

Karakuş ve arkadaşlarının 18-27 yaş aralığındaki 226 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmada (2011) dürtü kontrol bozuklukları yaygınlığı ve eksen 1 tanıların varlığı incelenmiştir. KCD katılımcıların %0,9'unda gözlenmiştir. (88)

Üsküdar Üniversitesi'nin 2019'da yayınlamış olduğu Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu'nda sigara, alkol, madde ve davranışsal bağımlılıkların 18 yaş üzeri genel popülasyondaki yaygınlığını ve demografik değişkenlere göre risk gruplarını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmada davranışsal bağımlılıkları ölçmek için “Bağımlılık Davranış Yüku Formu” kullanılmıştır. Araştırmaya 24.438 kişi katılmıştır. Katılımcıların cinsel bağımlılık puanı Türkiye

ortalamasının üzerinde olanların yani “yüksek risk” olarak tanımlanan grubun oranı %23 olarak bulunmuştur. Kadınlarda yüksek risk grubunda olma oranı %10, erkeklerde ise %35.8 olarak tespit edilmiştir. (89)

2.2.3.2.1.5. Cinsel Bağımlılığın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kişinin beyan ettiği davranışlarla nöropsikolojik testlerin kullanıldığı araştırmalarda, hiperseksüel davranış ile dürtüsellik, bilişsel katılık, kötü muhakeme ve duygusal düzenlemedeki eksiklikler dahil olmak üzere yürütücü işlev bozukluğunun küresel göstergeleri arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. (75)

Çocukluk döneminde yaşanan travmaların cinsel bağımlılık ile ilgisi olduğu savunulmaktadır (90). Kompulsif cinsel davranış gözlenen bireylerde ÇÇT tespit edilmiştir (15–17). Bir araştırmaya göre (Black ve ark., 1997) fiziksel istismar için bu oran %22, cinsel istismar için ise %31 olarak tespit edilmiştir (15). Perera ve arkadaşlarının çalışması göre (2009) erkeklerin cinsel kompulsiyon skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların 544 lisans öğrencisinden oluştuğu bu araştırmada cinsel kompulsiyonlar çocukluk dönemi cinsel istismar ve kötü aile ortamı ile ilişkili bulunmuştur (16).

Schneider ve Schneider (1996) iyileşmekte olan 75 seks bağımlısıyla bir araştırma yürütmüştür. Katılımcıların %40’ı en az bir ebeveyninin madde bağımlısı olduğunu, %36’sı da en az bir ebeveyninin seks bağımlısı olduğunu bildirmiştir. (78)

2.2.3.2.1.6. Cinsel Bağımlılığa Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Psikiyatrik bozukluklarda eş tanı durumuyla sık karşılaşılmaktadır. Cinsel bağımlılığı bulunan bireyler için de, başka birçok psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini

de göstermeleri olasıdır. Oldukça fazla sayıda araştırmaya göre kompulsif cinsel davranış ile Eksen 1 psikiyatrik bozuklukları bir arada sık karşılaşılmaktadır (80). En sık görülen eş tanı durumları ise duygudurum bozuklukları, anksiyete, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır (78)

Raymond ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2003) KCD olan bireylerdeki eşlik eden psikiyatrik tanılar araştırılmıştır. Katılımcılar 23 erkek ve 2 kadın olmak üzere 25 kişiden oluşmuştur. Katılımcılar %88'i araştırma esnasında, %100'ü ise yaşam boyu eksen 1 tanı kriterlerinden birini karşılamıştır. En yaygın tanılar ise duygudurum ve kaygı bozuklarıdır. (91)

Black ve arkadaşları ile Raymond ve arkadaşlarının çalışmalarında dürtü kontrol bozukluklarına daha yaygın rastlanırken; Kim ve Grant kendi çalışmalarına göre kumar oynama bozukluğu ile KCD arasında bir ilişki olabileceğini vurgulamıştır; Kafka ise KCD görülen bireylerde, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu prevalansının arttığını belirtmiştir. (78)

Kompulsif cinsel davranışa bağımlılık olarak bakan araştırmacılar da mevcuttur ve başka bağımlılıklarla olan ilişkisine odaklanmışlardır. KCD'nin yatılı tedavisi için kabul edilen yaklaşık 1000 kişiyle yapılan bir ankette, Carnes (1991), hastaların %42'sinin madde bağımlılığı öyküsü ve %38'inin yeme bozukluğu olduğunu belirtti (78).

Carnes ve Delmonico (1996), 290 iyileşen seks bağımlısıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %39'unda alkol veya uyuşturucu bağımlılığı, %57'sinde eş bağımlılık, %36'sında yeme bozukluğu, %26'sında tütün bağımlılığı, %21'inde kafein bağımlılığı, %28'inde kompulsif çalışma, %23'ünde kompulsif harcama, %4'ünde kompulsif kumar ve %12'sinde diğer kompulsif davranış biçimleri tespit edildi. (92)

Kompulsif cinsel davranış bozukluğu olan bireylerde özellikle yaşam boyu Eksen 1 bozuklukları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle kompulsif cinsel davranışa sahip hastalar için özellikle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları taranması önemli bir durumdur (80).

Ballester-Arnal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2019), KCD'ye eşlik eden psikiyatrik tanılar araştırılmıştır. Katılımcılar, 315'i KCD gözlenen, 68'i ise KCD gözlenmeyen toplam 383 kişiden oluşmaktadır. KCD gözlenen katılımcıların %91,2'si,

KCD gözlenmeyen katılımcıların ise %66'sı en az bir tane eksen 1 bozukluğu tanısını karşılamaktadır. KCD gözlenen katılımcıların %16,2'sinde alkol bağımlılığı, %44'ünde alkol kötüye kullanımı ve %22,1'inde ise diğer madde bağımlılıkları bulunmaktadır. (93)

2.3. Duygu

Duygu, fiziksel veya zihinsel bir olayın önemini, birey bu önemi yorumlarken kaydetme sürecidir ve duygu terimi genel olarak bir kişi ile bir olay arasındaki işlemin anlamını ifade etmek için kullanılır (94). Cichetti'ye göre (1995) duygular sisteminin temel işlevi davranışı motive etmek ve düzenlemektir. Duygular sistemi sinirsel süreçleri, davranışları ve öznel deneyim veya duygudurumlarını içeren bileşenlerden oluşur. (95)

Duygunun kişilerarası ve iletişimsel işlevleri bulunmaktadır. Bu işlevler başkalarına içsel durum hakkında bilgi gönderme ve davranışsal amaçları bildirme gibi durumlar kapsamaktadır. Ayrıca duyguların hayatta gerçekten önemli olan şeylerin farkına varma gibi içsel işlevleri de bulunmaktadır. Duygular kendilerini belirli bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkilerde gösterirler ve yeni durumlara uyum sağlamak için çok önemlidirler. Uyum sağlama işlevi ile duygular evrim sürecinde insanın hayatta kalmasında önemli bir rol oynamıştır. Modern çağda da duygu, psikolojik işlevsellik için kritik bir önemini korumaktadır. (96)

2.3.1. Duygu Düzenleme

İnsanlar yaşadığı dünyanın sosyal ve sosyal olmayan taleplerine uyum sürecinde sorunlarla, sorunlara çözüm bulma ya da sorunlardan kaçma süreçleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Duygu ve duygu düzenleme, geçmişe, şimdiye ve geleceğe uyum sağlama sorunlarıyla ilgilenmeye odaklanır. (94)

Duygu düzenleme, bireyin hedeflerine ulaşmak amacıyla duygusal tepkileri izlemek, değerlendirmek ve değiştirmekten sorumlu olan dışsal ve içsel süreçler olarak tanımlanabilmektedir. Duygu düzenleme, yalnızca edinilmiş duygu öz-yönetim stratejilerini değil, aynı zamanda duygunun düzenlendiği çeşitli dış etkileri de kapsar. (97)

Pek çok açıdan, duygunun işleyişi destekleme veya zayıflatma kapasitesi, duygusal uyarılmanın ne ölçüde izlendiğine, değerlendirildiğine ve birey tarafından gerektiğinde kontrol edilmesine bağlıdır (98). Duygu düzenleme, duygu sürecinin tüm seviyelerinde duygunun aktif olduğu her an ve duygu belirmeden önce bile mevcuttur (94).

Duygu düzenleme hem uygun davranışı başlatma, motive etme ve düzenlemede hem de stresli, olumsuz duygu düzeylerini ve uyumsuz davranışları önlemede kritik öneme sahiptir. Duygu düzenleme duygusal yoğunluğu etkileyebilecek ve duygu ile davranışı eşgüdümlü hale getirebilecek kontrol mekanizmaları, yapıları ve stratejileri gerektirir. (95)

Campos'a göre (2004), duygu düzenleme kavramı iki boyutu içerir. Bunlardan biri duygunun üretilmesiyle ilgili süreçleri içerir, diğeri ise ortaya çıkan duygudan sonra gelen ve bu duygunun yönetimi ve yanlış yönetimini içerir. (94)

2.3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme

Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001)' göre bilişler ya da bilişsel süreçler, duyguları düzenlememizde ve yönetmemizde önemli bir rol almaktadır. “Bilişsel Duygu Düzenleme” ve “Bilişsel Başa Çıkma” kavramlarını birbirlerinden ayırmamışlardır, başa çıkmanın bilişsel yönüne odaklanarak bunu duygu düzenlemede kullanılan bilişsel stratejiler olarak tanımlamışlardır. (99)

Duygu düzenlemede kullanılan bilişsel stratejiler, adaptif olan ve adaptif olmayan şeklinde ayrılmakta ve dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. Bu stratejiler şu

şekildedir: kendini suçlama (self-blame), kabul etme (acceptance), düşünceye odaklanma (rumination), pozitif tekrar odaklanma (positive refocusing), plana tekrar odaklanma (refocus on planning), pozitif yeniden gözden geçirme (Positive reappraisal), bakış açısına yerleştirmek (putting into perspective), yıkım (catastrophizing), diğerlerini suçlama (other-blame) (99).

“Kendini suçlama”, kişinin yaşadıkları için suçu kendisinde yükleme düşünceleri anlamına gelir. “Kabul etme”, kişinin yaşadıklarını kabul etmesi ve olanlara boyun eğme düşüncelerini ifade eder. “Ruminasyon veya düşünceye odaklanma”, olumsuz olayla ilişkili duygu ve düşünceler hakkında düşünmeyi ifade eder. “Pozitif tekrar odaklanma”, gerçek olay hakkında düşünmek yerine eğlenceli ve keyifli konular hakkında düşünmeyi ifade eder. “Planlamaya tekrar odaklanma”, olumsuz olayla başa çıkma biçimini düşünmeyi ifade eder. “Pozitif yeniden gözden geçirme”, kişisel gelişim açısından olaya olumlu bir anlam yaratma düşüncelerini ifade eder. “Bakış açısı içine yerleştirmek”, diğer olaylarla karşılaştırırken olayın ciddiyetini hafifletmeye yardımcı düşüncelerini ifade eder. “Felaketleştirme/Yıkım”, deneyimlenen olayın dehşetini açıkça vurgulama düşüncelerini ifade eder. “Diğerlerini suçlama”, olayların suçunu başka bir kişiye yükleme düşüncelerini ifade eder. (100)

Bir duygu tepkisi tam olarak ortaya çıkmadan önce yapılanlar, fizyolojik ve davranışsal tepkileri belirler. Bilişsel yeniden değerlendirme veya potansiyel olarak duygu uyandıran bir olayı algılama şeklini değiştirmek, bir durumun duygusal etkisini değiştirmenin bir yoludur. (96)

2.4. İlgili Araştırmalar

2.4.1.Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağımlılık

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ve bağımlılıklar arasındaki ilişki çok fazla çalışılmış ve pek çok araştırmaya konu olmuştur. Çalışmalar genellikle bağımlılık tanısı

alan ya da tanı kriterlerini karşılayan katılımcılarla yürütülmüştür. Bunların dışında riskli alkol ve madde kullanımı, riskli davranışlar ile ilgili çalışmalar da mevcuttur.

2.4.1.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Alkol/Madde Kullanımı ile Alkol/Madde Bağımlılığı

Cohen ve Densen-Gerber (1982) tarafından alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören 178 hastada, istismar ve ihmalin %84 oranında bulunduğunu ortaya koyulmuştur (101).

İntravenöz madde kullanımı olan kadınlarda ÇÇT prevalansı üzerinde bir çalışma Medrano ve arkadaşları (1999) tarafından yürütülmüştür, 181 katılımcıyla yürütülen araştırmada, ÇÇT tüm alt boyutları için (cinsel istismar %60,2; fiziksel istismar %55,2; duygusal istismar %45,9; duygusal ihmal %83,3; fiziksel ihmal %59,7) genel popülasyondan daha yüksek oranlarda gözlenmiştir (102).

Çocukluk çağı istismarı ve opiyat kullanımı ilişkisinin incelendiği bir araştırma, psikiyatrik bozukluğu olan 763 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcılardan 126 kişi opiyat kullanım öyküsü bildirirken 618 kişi bildirmemiştir. Opiyat kullanıcılarının opiyat kullanmayanlara göre çocuklukta cinsel ve/veya fiziksel istismar öyküsünün olma olasılığının 2,7 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. Fiziksel istismar bildirenlerde opiyat kullanımı %24,1 ve hem fiziksel hem cinsel istismar bildirenlerde ise %27 oranında tespit edilmiştir (103). Başka bir araştırmada çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin, kişilerde alkol bağımlılığı geliştirme riskini 7 kat artırdığı savunulmuştur (18)

Ağır içici ve madde kullanımı olan 594 kadınla bir çalışma yürütülmüştür. Kadınlar seks ticareti yapan ve yapmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. ÇÇT'nin hem seks ticareti hem de kokain bağımlılığı ile önemli ve doğrudan ilişkisi olduğu saptanmıştır. Seks ticareti yapan kadınlarda çocukluk çağı olumsuz yaşantısı %46 iken, seks ticareti yapmayan kadınlarda %36 oranında gözlenmiştir. Zorla birine dokunma ya da öpme, biri tarafından zorla öpülme/dokunulma/okşanma, çocukken zorla cinsel ilişki

gibi alt boyutların hepsinde seks ticareti yapan kadınlar daha fazla bildirim yapmıştır. (104)

Farklı bir araştırma da mahkumlar ile yürütülmüştür. Madde kullanıcısı olan 312 mahkum ve madde kullanmayan 591 mahkum araştırmaya dahil edilmiştir. ÇÇT için madde kullanan ve kullanmayan grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak madde kullanıcılarında duygusal istismar ve fiziksel ihmal puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (105)

Wu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma (2010) madde kullanım bozukluğu ve psikolojik problemleri olan 402 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların %65,9'u duygusal istismar ve ihmal, %16,5'i fiziksel ihmal, %49,3'ü fiziksel istismar, %48'i cinsel istismar bildirmiştir. ÇÇT'ye daha fazla maruziyet alkol bağımlılığı, tütün kullanımı ve enjeksiyon ile uyuşturucu kullanımı gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. (106)

Alkol ve madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışı incelenirken çocukluk dönemi ihmal ve istismarı ile duygu düzenleme güçlüğü faktörleri ele alınmıştır. Çalışma Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) yatarak tedavi gören 79 kişi ile yürütülmüştür. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre kişilerin olumsuz duygulanımdayken duygu düzenleme stratejilerine erişim gücü azalmakta ve bu güçlükler de çocuklukta yaşanan ihmal ve istismar yaşantıları tarafından yordanmaktadır. Ayrıca kendini yaralayan bağımlı kişilerin, yaralamayanlara göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir. (107)

Alkol bağımlıları (n=280) ve sağlıklı kontrol grubu (n=137) ile yürütülen bir çalışmada, alkol bağımlılarında ÇÇT'nin daha fazla ve ağır şiddete görüldüğü tespit edilmiştir. Fiziksel istismarın ise alkol bağımlılığında orta derecede direkt etkili olduğu savunulmuştur. (108)

Opiyat kullanıcıları ile yapılan bir çalışmada tüm ÇÇT türlerinde artmış şiddet ailede alkol ve madde kullanımı ve enjeksiyon ile madde kullanma yaşının düşmesi ile ilişkili bulunmuştur. Babanın alkol ve madde kullanımı fiziksel istismar ile

ilişkilendirilirken; annenin alkol ve madde kullanımı cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile ilişkili bulunmuştur. (109)

Erel ve Gölge'nin üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada (2015) çocukluk çağındaki örselenme yaşantıları ile dürtüsellik arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki gözlenmiştir. Riskli davranışlarda bulunan ve bulunmayan katılımcıların çocukluk çağı örselenme yaşantıları ve dürtüsellik puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Erkek katılımcılar “tek gecelik ilişkide prezervatif kullanma” maddesi hariç diğer riskli davranışlarda kadınlardan daha yüksek puan almıştır. (110)

Tok ve Özyurt (2015) tarafından üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayıcı faktörler araştırılmıştır. Araştırma 208 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Yordayıcı olduğu düşünülen değişkenler arasından kontrol odağı türü, ÇÇT düzeyi ve anneyle bağlanma düzeyi değişkenlerinin alkol kullanma düzeyi ile pozitif yönde anlamlı olduğu ve varyansın %45'ini açıkladığı bulunmuştur. (19)

Risk alma davranışının çalışıldığı bir araştırmada, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar risk alma davranışı ile ilişkili bulunmuştur. ÇÇT ile risk alma davranışı arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlıdır. (20)

Kişilerarası travma ve bağımlılık davranışlarının incelendiği sistematik derleme çalışmasına dahil edilen 3054 çalışmadan travmaya maruz kalma ile bağımlılık davranışları arasındaki ilişkilerin %35,1'i pozitif, %1,3'ü negatif ve %63,6'sı anlamlı değildi. (111)

Erişkinlerde ÇÇT'nin alkol ve madde kullanımı riski üzerine etkisinin incelendiği araştırma, Ankara'da bir aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Çalışmaya 272 kişi katılmıştır. Veri toplama araçları olarak Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve BAPİRT alkol ve madde bağımlılık riski ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmanın bulgularına göre erkekler kadınlara göre daha fazla fiziksel istismar ve ihmal bildirmiştir. Alkol bağımlılık riski olan bireylerde yine fiziksel istismar ve ihmal puanları yüksek tespit edilmiştir. Cinsel istismar ve ölçek toplam puanı da bağımlılık riski taşıyan grupta anlamlı olarak daha yüksektir. Duygusal, cinsel ve fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve ölçek toplam puanı madde bağımlılığı riski yüksek olanlarda daha yüksektir. (112)

2.4.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Cinsel Bağımlılık

Anderson ve Coleman (1991), 3 farklı klinik grupta çocukluk çağı istismarının ilişkisini incelediler. Madde bağımlılığı, cinsel bağımlılık ve cinsel işlev bozukluğu olan kişilerden oluşan 3 farklı gruptan cinsel bağımlılık bildiren kişilerin olduğu grup cinsel istismarı da daha fazla oranda bildirdi. Fiziksel ve duygusal istismar için ise gruplar arası anlamlı bir fark gözlenmedi. (113)

Frederick ve Luecke 882 kişiden oluşan cinsel istismara uğramayan çocukların anneleri ve 276 kişiden oluşan cinsel istismara uğrayan çocukların anneleri ile çocuklarda gözlenen cinsel davranışlara yönelik bir araştırma yaptı. Araştırmanın sonuçlarına 25 farklı cinsel davranış cinsel istismara uğrayan çocuklarda daha sık gözlendi. (8)

Türkiye’de ise cinsel istismar sonrasında zedelenmiş cinsellik temelli KCD vakasına ait bir olgu sunumu çalışmasına rastlamak mümkündür (114).

Kompulsif cinsel davranış bildiren gey ve biseksüel erkeklerde çocukluk çağı cinsel istismarı ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının rolü bir çalışmada araştırılmıştır. Araştırma bulgularına göre cinsel kompulsiyonlar, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. (115)

Başka bir çalışmada, araştırmaya katılan katılımcılardan (n=686), kadınların %20’si ve erkeklerin %19’u çocukluk çağı cinsel istismarı bildirmiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarının daha fazla KCD ve cinsel kaçınma ile ilişkili olduğu ve daha düşük çift uyumu ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. (116)

Adsız Cinsel Bağımlılar ve sağlıklı katılımcıların ÇÇT açısından incelendiği bir çalışmada, ÇÇT’nin KCD üzerinde anlamlı etkisi olduğu ve daha yoğun ve yaygın travmanın daha fazla KCD ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. (117)

Cinsel istismar ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir derleme çalışmasında 21 farklı araştırmanın bulguları yorumlanmıştır ve cinsel istismar ve cinsel kompulsiyonlar arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu vurgulamışlardır. (118)

2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları, Bağımlılık ve Duygu Düzenleme

Duygu düzenlemenin çocuk istismarı biçimleri ve travma sonrası stres ile ilişkisini inceleyen bir araştırma 912 kadın üniversite öğrencisi ile yürütüldü. Araştırma bulgularına göre cinsel, fiziksel ve duygusal istismar öyküsü bulunan katılımcılar bulunmayanlara göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığını belirtti. (24)

Başka bir araştırmada travmadan hayatta kalanlarda duygu düzenleme güçlüğü incelenmiştir. Araştırma travma öyküsü olan 616 katılımcı ile yürütülmüştür. Erken başlangıçlı kişilerarası travma öyküsü olanlar tek bir olay ya da geç başlangıçlı travmaya maruz kalanlara göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü bildirmiştir. (25)

Hughes'a göre (2010) çocuk cinsel istismarı sıklıkla yetişkin yaşamında aşırı cinsel davranış olarak kendini gösterebilmektedir ayrıca araştırmalarda katılımcılar cinsel bağımlılık yapıcı davranışların bir duygu düzenleme aracı olarak kullanıldığını bildirmektedir. (82)

Alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan hastalarda ÇÇT ve duygu düzenleme güçlüğü araştırmak üzere kesitsel kontrollü bir çalışma yürütülmüştür 4. Araştırma 37 hasta, 37 sağlıklı katılımcı ile yürütülmüştür. Alkol bağımlılığı şiddeti ölçeği, ÇÇTÖ ve DDGÖ ölçekleri ile veri toplanmıştır. AKB olan hastalarda çocukluk çağı travma puanları ve duygu düzenleme güçlüğü, kontrol grubundan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. (26)

ÇÇT, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve alkol ve madde kullanımının da yer aldığı riskli davranışlar arasındaki ilişkilerin incelendiği bir araştırma yapılmıştır. Araştırmaya 470 üniversite öğrencisi dahil olmuştur. ÇÇTÖ, Riskli Davranışlar Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre ÇÇT ile riskli davranışlar arasında anlamlı ve pozitif yönde; adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile anlamlı negatif yönde ilişki gözlenmiştir. Riskli davranışlar ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında ilişkide, adaptif stratejiler ile anlamlı ve negatif; adaptif olmayan stratejiler ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. (27)

Meyer ve arkadaşlarının araştırmasında (2016) klinik olmayan bir örneklemde romantik bağlanma stili, kompulsif cinsel davranış ve duygu düzenleme farklılıklarını ocuk cinsel istismarına göre incelemişlerdir. ocuk cinsel istismarı daha fazla cinsel kompulsiyonla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca erkeklerde daha yüksek oranda KCD bulunmuştur. Cinsel istismar açısından duygu düzenleme ile ilgili anlamlı bir fark bulunmamıştır.(119)



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal) cinsel kompulsiyonların ve riskli alkol-madde kullanımı ilişkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracını rolünü araştırmaktır.

Literatürde ÇÇT ve alkol ve madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin saptandığı araştırmalar gözlenmiştir. Bu araştırmalar genellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan klinik grup ile gerçekleştirilmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile alkol ve madde kullanım riskini klinik dışı örnekleme çalışan araştırmaların daha az olduğu görülmüştür.

ÇÇT ve cinsel kompulsiyonlar arasında özellikle cinsel istismar kapsamında ilişkiden bahseden yayınlar az da olsa bulunmaktadır. Ancak literatürdeki çalışmalar incelendiğinde cinsel kompulsiyonların, özellikle ülkemizde, nispeten yakın zamanda araştırılmaya başlandığı görülmüştür. Cinsel kompulsiyonlar ve alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu nedenle ÇÇT'nin hem riskli alkol ve madde kullanımı ile ilişkisini hem de cinsel kompulsiyonlarla ilişkisini incelemek önemlidir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılar sonucunda duygu düzenleme ile ilgili sorunların sık olduğu bildirilmektedir. Gerek alkol ve madde kullanım bozuklukları gerekse cinsel kompulsiyonlar için duygu düzenleyebilme becerisi oldukça önemlidir. Duygu düzenlemedeki problemler daha sıklıkla alkol ve maddeye yönelme ve/veya keyif veren bağımlılık yapıcı davranışlara yönelmeye yol açabilir.

Literatür incelendiğinde, çalışmanın konusu olan ÇÇT'nin cinsel kompulsiyonlar ve alkol-madde kullanım riski ile ilişkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünün araştırıldığı herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Araştırmanın bahsedilen açılardan literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Çocukluk çağı travmaları ile cinsel kompulsiyonlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.
2. Çocukluk çağı travmaları ile riskli alkol ve madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
3. Çocukluk çağı travmaları ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
4. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile cinsel kompulsiyonlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.
5. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile riskli alkol ve madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
6. Çocukluk çağı travmaları ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü vardır.
7. Çocukluk çağı travmaları ile riskli alkol ve madde kullanımı riski arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü vardır.

3.3. Veri Toplama Süreci

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (EK-1) onayı ve Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Akademik Kurul Kararı (EK-2) onayı alınmıştır. Araştırmada veriler çevrim içi yöntemler ile toplanmıştır. Veri toplamak için çevrim içi yöntemlerin tercih edilmesinin sebebi, veri toplanacak konulardan bazılarının (çocukluk çağı travmaları, cinsel kompulsiyonlar) katılımcılar için hassas konular olması veya katılımcılar tarafından daha kişisel ve mahrem konular olarak görülmesidir.

Çevrim içi veri toplanırken İnternet E-Anketlerinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi (KİRAZ) dikkate alınarak veri toplanmıştır (120). Çalışmada kullanılacak veri toplama araçları ile Google Formlar üzerinden çevrim içi anket olarak

hazırlanmıştır. Google Formlar, sıklıkla çevrim içi araştırmalarda kullanılmaktadır; bu çevrim içi veri toplama aracı, ücretsiz kullanılabilirliği ve kullanıcı yanıtının elektronik tablosuna otomatik olarak kaydedilmesi, veri toplama ve analiz açısından sağladığı kolaylıklar nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir (121).

Anketler katılımcılara ulaştırılmadan önce, kontrol ve uygulama kolaylığı açısından araştırmacı ve başka iki kişi tarafından anket cevaplandırılmıştır. Bunun üzerine geribildirimler ile anket formunda son düzenlemeler yapılmıştır. Bu cevaplar daha sonra silinmiş ve anket katılımcılara ulaştırılmaya hazır hale gelmiştir.

Katılımcıların cevaplama rahatlığı ve devamı açısından araştırmada kullanılan her bir veri toplama aracı için Google Formlardan bir sayfa oluşturularak veri toplama anketi hazırlanmıştır. Kullanılan veri toplama araçlarından demografik bilgiler hariç, diğer ölçeklerdeki maddelerin cevaplanması zorunlu tutulmuş ve kayıp veri önlenmiştir.

Ankete erişim, elinde çevrim içi form bağlantısı olan herkese açık halde hazırlanmıştır. Katılımcılara ilk temas çeşitli çevrim içi platformlardan Ankara'daki üniversitelerin öğrenci topluluk sayfaları, öğrenciler, öğrencilerin çevreleri ve bazı internet siteleri aracılığıyla olmuştur. Bu internet siteleri, Psikoloji Ağı ve Evrim Ağacı adlı popüler bilim ve medya içerikleri üreten sitelerden oluşmaktadır. Araştırmaya çağrı afişinde araştırmaya kimlerin katılabileceği ve araştırmanın başlığı yer almaktadır.

Araştırma kapsamında veriler Ekim 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri toplanırken katılımcılara yönelik herhangi bir teşvik (not, para, hediye çeki vb.) bulunmamaktadır. Araştırmayla ilgili bilgiler katılımcılara "Bilgilendirilmiş Onam Formu"nda (EK-3) ayrıntılı olarak yansıtılmıştır. Katılımcıların formu onaylaması ve cevapları göndermesi halinde araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

3.4. Örneklem

Araştırmanın hedef kitlesi Ankara'da üniversite öğrenimine devam eden lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil olmak için

katılımcıların katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi, 18-35 yaşları arasında olmaları, Ankara’da üniversite öğrencisi olmaları; herhangi bir yaygın gelişim bozukluğu, mental retardasyon ve psikotik bozukluk öykülerinin bulunmaması gerekmektedir.

Bu bağlamda araştırma kapsamında 350 katılımcıdan veri elde edilmiştir ancak analize 303 katılımcı ile devam edilmiştir. Veriler incelendikten örneklem kapsamına çeşitli sebeplerle uymayan katılımcılar elenmiştir. Katılımcılardan 1 tanesi onam vermemesi, 3 tanesi yaş, 1 tanesi hem yaş hem Ankara ili dışındaki üniversitede öğrenci olması ve 42 tanesi Ankara ili dışındaki üniversitede öğrenci olması sebebiyle toplam 47 kişi analize başlamadan önce elenmiştir.

Örnekleme yöntemi olarak evrendeki elemanların hepsini belirlemenin ve örneklem tasarlamının zor olduğu durumlar ile katılımcılara ulaşma açısından daha pratik ve ekonomik yolların seçilmesi gerektiğinde kullanılan bir örnekleme yöntemi olan elverişli/uygun örnekleme tercih edilmiştir (122).

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Ankara ilindeki üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarından biridir ve bu durum araştırma bulgularının genellenmesini zorlaştırmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların araştırma sorularını gereken önemi göstererek ve içtenlikle cevapladıkları varsayılmaktadır. Veriler belli bir zaman diliminde toplanmıştır bu nedenle araştırmadan boylamsal bulgular elde edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Katılımcıları araştırma hakkında bilgilendirmek ve araştırmaya katılım için onaylarını almak amacıyla “Bilgilendirilmiş Onam Formu”; katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek amacıyla “Demografik Bilgi Formu”; katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantıları hakkında bilgi edinmek için “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği”; katılımcıların cinsel kompulsiyon düzeylerini tespit etmek için “Cinsel Kompulsiyon

Ölçeği”; katılımcıların riskli alkol ve madde kullanımlarını tespit etmek amacıyla “Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği” ve katılımcıların duygu düzenleme becerilerini ölçmek için “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının her biri için ölçeği geliştiren ya da uyarlama çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır.

3.6.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş onam formu (EK-3) İnternet E-Anketlerinin (KİRAZ) Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi maddeleri dikkate alınarak hazırlanmıştır (120). Araştırmanın amacı ve kapsamı, çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, katılımcıların yanıtlarının tamamen gizli tutulacağı ve araştırmacının iletişim bilgilerini ve etik kurul onayı bilgisini içeren “Bilgilendirilmiş Onam Formu” kullanılmıştır. Formda ayrıca araştırmanın süresi ve katılım esnasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeleri durumunda istedikleri zaman araştırmayı sona erdirebilecekleri hakkında bilgi de bulunmaktadır. Formun kullanım amacı katılımcıları araştırma hakkında bilgilendirmek ve katılım onaylarını almaktır.

3.6.2. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu (EK-4), katılımcıların demografik bilgilerini toplamak amacıyla kullanılmıştır. Katılımcılardan bu doğrultuda doğum yılı, cinsiyet (kadın, erkek, diğer), cinsel yönelim, romantik ilişki durumu (ilişkim var, ilişkim yok, diğer), medeni durumu (hiç evlenmemiş, evli, boşanmış, eşi vefat etmiş, diğer), eğitim durumu (lise, lisans, yüksek lisans, doktora), yaşadığı şehir, şu an eğitim gördüğü üniversite, daha önce psikiyatrik tanı alıp almama durumu ve eğer aldılarsa psikiyatrik tanının ne olduğu şeklinde genel demografik bilgiler alınmıştır.

Katılımcıların sigara kullanım durumu ve miktarı, anne-baba alkol ve sigara kullanımı ile ilgili bilgiler ve pornografik materyal tüketimi ve miktarı ile ilgili bilgi edinilmiştir. Yaş, üniversite adı, psikiyatrik tanı alma durumu katılımcıların örnekleme dahil edilme açısından uygunluğunu değerlendirmek için sorulmuştur. Diğer demografik bilgiler katılımcılar hakkında araştırmayla ilgili olabilecek genel bilgileri edinmek amacıyla edinilmiştir.

3.6.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK-5) (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ), Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen çocuklukta yaşanan ihmal ve istismar deneyimlerini geriye dönük değerlendiren ve öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin ergen ve yetişkin gruplarda kullanılması amaçlanmıştır (123).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin özgün yazarlarca kısaltılmış 28 maddeden oluşan hali kullanılmıştır. Ölçekteki maddeler beş alt boyutta duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarı ölçmektedir. Maddeler, deneyimlerin yaşanma sıklığına göre 5’li likert tipi derecelendirme ile ölçülmektedir (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) (123,124).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması dissosiyatif bozukluk hastaları, bu hastaların birince derece akrabaları ve kontrol grubu ile 123 katılımcı ile yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı bütün katılımcılardan oluşan grup için .93, iki hafta arayla yapılan test-tekrar test kat sayısı .90 olarak bulunmuştur. (124)

Ölçek puanlanırken olumlu ifadelerin bulunduğu maddelerdeki puanlar ters çevrilir (madde 2,5,7,13,19,26,28). Alt boyutlardan alınan puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Alt boyutlardan alınan puanların toplanması ile ÇÇTÖ toplam puan elde edilir ve bu puan 25-125 arasında değişir. Olumlu ifade olmasına rağmen travmanın inkarını ölçmeyi amaçlayan minimizasyon ile ilgili maddeler (madde 10, 16, ve 22) ters çevrilmemektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için, ilgili maddelerin her birine

verilen puanlardan sadece 5 puan dikkate alınır ve bu maddelere verilen puanlar ters çevrilerek 1 puan olarak sayılır. Bunların toplamı ile de 0-3 arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Ölçekteki alt boyutların maddeleri duygusal istismar için 3,8,14,18,25, fiziksel istismar için 9,11,12,15,17, fiziksel ihmal için 1,4,6,2,26, duygusal ihmal 5,7,13,19,28, cinsel istismar 20,21,23,24,27 şeklinde numaralandırılmıştır. (124)

3.6.4. Cinsel Kompulsiyon Ölçeği (CKÖ)

Cinsel Kompulsiyon Ölçeği (CKÖ) (EK-6), cinsel kompulsiyonları; cinsel davranışlara yoğunlaşma ve cinsel dürtüleri kontrolde başarısızlık olmak üzere iki boyutta ölçen öz bildirime dayalı bir ölçektir.

Cinsel kompulsiyonlar ile ilgili ilk ölçek çalışması Kalichman, Johnson, Adair, Rompa, Multhauf & Kelly (1994) tarafından hazırlandı. İlk ölçekteki maddeler kendini cinsel bağımlı olarak tanımlayan bireyler için kendi kendine yardım programı rehberindeki maddelerden (Comp Care, 1987) uyarlanarak geliştirildi. (125)

Kalichman ve Rompa'nın Cinsel Kompulsiyon Ölçeği ve Heyecan Arayışı Ölçeği'ni değerlendirdikleri 296 eşcinsel erkek ve 158 kadın ve heteroseksüel erkek katılımcının katıldığı araştırmada Cinsel Kompulsiyon Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.87$ ve test-tekrar test katsayısı ise .80 olarak tespit edildi (126).

Ölçek daha sonra Ballester-Arnal ve arkadaşları (2013) tarafından 18-26 yaşları arasındaki İspanyol üniversite öğrencilerine (n=1196) uygulandı. Araştırmacılar ölçeğin iki alt boyutunu cinsel davranışlara yoğunlaşma ve cinsel dürtüleri kontrol etmede başarısızlık olarak belirledi. Araştırmanın sonuçlarına göre, ölçeğin iç tutarlılık kat sayısının .84, test-tekrar test güvenirlik kat sayısının .72 olduğu bulundu. (127)

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Akın ve Çelik (2015) tarafından, yaşları 18-25 arasında değişen 283 üniversite öğrencisi üzerinde yapıldı. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları ölçeğin tamamı için .89, cinsel davranışlara yoğunlaşma

alt ölçeği için .72, cinsel dürtüleri kontrolde başarısızlık alt ölçeği için .90 olarak bulundu. (128)

Ölçek, cinsel kompulsiyonu cinsel davranışlara yoğunlaşma ve cinsel dürtüleri kontrolde başarısızlık olmak üzere iki alt boyutta ele almaktadır. 10 maddeden oluşmakta ve 4'lü (bana hiç uygun değil= 1, bana çok uygun= 4) likert tipi yanıtlama sağlamaktadır. Ölçeğin her bir maddesine verilen puanlar toplanarak cinsel kompulsiyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek cinsel kompulsiyon puanı 10 ile 40 arasında değişmektedir. Cinsel kompulsiyon puanının artması bireyin cinsel kompulsiyonlarının yüksek olduğunu göstermektedir. (128)

3.6.5. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği (BAPİRT)

Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği (BAPİRT) (EK-7), alkol ve madde kullanım riskini taramak için Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) kullanılarak Ögel, Koç ve Görücü (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek alkol ve madde ile ilgili sorulardan oluşan altışar soruluk iki bölümden oluşmaktadır ve yetişkinlere yönelik hazırlanmıştır. BAPİRT-Alkol Ölçeği (BAPİRT-AÖ) ve BAPİRT-Madde Ölçeği (BAPİRT-MÖ) değerlendirilirken altı soru için verilen yanıtların puanları toplanır; BAPİRT-AÖ için toplam sonucun 3 puan ve üstü, BAPİRT-MÖ için ise toplam sonucun 4 puan ve üstü olması yüksek riskli olarak değerlendirilir. Yüksek risk kişinin bağımlı olduğu göstermez, bağımlı olma olasılığının yüksek olduğunu gösterir. BAPİRT-AÖ ve BAPİRT-MÖ için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.70 ve 0.88'dir. (129)

3.6.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ) (EK-8), Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) tarafından

geliştirilip tehdit edici ve stresli yaşam olayları karşısında duygu düzenlemenin bilişsel bileşenlerini ölçmeyi amaçlamaktadır (99).

Ölçek toplam 36 maddeden oluşur ve beşli Likert tipi (1 = bana hiç uygun değil, 2= bana birazcık uygun, 3= bana kısmen uygun, 4= bana çok uygun, 5= bana tamamıyla uygun) şeklinde derecelendirilir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .67 ile .81 arasında değer almaktadır. (130)

Ölçek dokuz alt boyutu içermektedir. Bu alt boyutlar şunlardır: kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma/aşırı düşünme, pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirmek, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama. (99)

Alt boyutlar adaptif ve adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerine işaret etmektedir. Stratejiler arasından adaptif olanlar kabul etme, pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme; adaptif olmayanlar ise düşünceye odaklanma/aşırı düşünme (ruminasyon), felaketleştirme, kendini suçlama ve diğerlerini suçlamadır. (99)

Her alt boyuttan alınabilecek puan 4 ile 20 arasında değişebilmekte ve bu puanlarla değerlendirme yapılmaktadır. Bir alt boyuttan alınan yüksek puan, o alt boyuttaki stratejinin daha çok kullanıldığına işaret etmektedir. Her alt boyuta denk gelen maddeler bulunmaktadır. Ölçek maddeleri alt boyutlara göre şu şekildedir: kendini suçlama boyutu 1, 10, 19, 28; kabul etme 2, 11, 20, 29; düşünceye odaklanma 3, 12, 21, 30; pozitif tekrar odaklanma 4, 13, 22, 31; plana tekrar odaklanma 5, 14, 23, 32; pozitif yeniden gözden geçirme 6, 15, 24, 33; bakış açısına yerleştirmek 7, 16, 25, 34; yıkım 8, 17, 26, 35; diğerlerini suçlama 9, 18, 27, 36. (100)

Onat ve Otrar'ın (2010) yaptığı ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması, yaşları 18-33 arasında değişen 466 üniversite öğrencisi (156 kadın, 310 erkek) ile yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda ölçeğin tamamı için Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı .78, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=1.00$ olarak bulunmuştur. (130)

3.7. Veri Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir (131). Örneklem dışında kalan katılımcıların verilerini çıkararak 303 katılımcının verisi paket programına aktarılmıştır.

Ölçeklerdeki ters madde puanları yeniden kodlanmış ve alt boyutların toplam puanları hesaplanmıştır. Verilerin genel özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Uç değerlerin tespiti ve verilerin dağılımlarını görmek amacıyla frekans, standart sapma, ortalama, histogram, Q-Q plot gibi tanımlayıcı istatistik değerlerinden faydalanılmıştır.

Demografik değişkenlere (cinsiyet, cinsel yönelim, psikiyatrik tanı, pornografi tüketimi durumu) göre ölçek ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t test uygulanmıştır. Cinsiyete değişkenine göre ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT-T, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanları için bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır. Cinsel yönelim değişkenine göre ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT-T, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanları için bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır. Psikiyatrik tanı değişkenine göre ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT-T, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanları için bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır. Pornografi tüketme durumuna göre ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT-T, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanları için bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır.

Ölçekler arasındaki ilişkileri ve yönünü tespit etmek için korelasyon testlerinden faydalanılmıştır. Bunun için ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT, AÖ, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonlarına bakılmıştır. ÇÇTÖ'nün ve BDDÖ'nün alt boyutları ile diğer ölçekler arasındaki korelasyonel ilişkiler incelenmiştir.

Aracılık analizi yapmadan önce birtakım basit doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizleri sonucunda hipotezler doğrultusunda, Baron ve Kenny (1986)'nin aracı değişken analizi için gerekli gördüğü anlamlı ilişkileri sağlayan değişkenler ile modele devam edilmiştir (132). Aracı rolü tespit etmek için, Hayes'in (2022) bu doğrultuda geliştirmiş olduğu SPSS Process Sürüm 4.2 kullanılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda anlamlılık değerlerinin gücünü ve etki büyüklüklerini tespit etmek için post-hoc güç analizi uygulanmıştır. Bağımsız gruplar için t testi ve basit doğrusal regresyon analizlerinin gücünü ve etki büyüklüklerini tespit etmek amacıyla G*Power 3.1 (133) ve aracılık etkisinin gücünü tespit etmek için Monte Carlo G Analizi (134) yazılımından faydalanılmıştır.

Bağımsız gruplar t test ve basit doğrusal regresyon analizinin sonuçları için G*Power (133) uygulaması kullanılmıştır. Bütün analizler $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde uygulanmıştır. Etki büyüklükleri hesaplanırken Cohen's d dikkate alınmıştır. Buna göre $d=0,2$ küçük etki, $d=0,5$ orta etki ve $d=0,8$ büyük etki olarak kabul edilmiştir (135)



4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerini incelemek amacıyla tanımlayıcı analizler uygulanmıştır. Katılımcıların yaş özellikleri incelendiğinde yaş aralığının 19-35 olduğu ve yaş ortalamasının 23,03 olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %73,3'ü (n=222) kadın, %25,4'ü (n=77) erkek ve %1,3'ü (n=4) diğer cinsiyet kategorisinde yer almaktadır. Cinsel yönelimler incelendiğinde katılımcıların %77,6'sı (n=235) heteroseksüel, %4'ü (n=12) homoseksüel, %11,9'u (n=36) biseksüel ve %6,7'si (n=20) aoseksüel ve diğer olarak kendini sınıflandırmıştır.

Katılımcıların %43,9'u (n=133) romantik ilişkisi olduğunu, %55,8'i (n=169) romantik ilişkisi olmadığını ve %0,3'ü (n=1) de karmaşık bir ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların medeni durumu %96,7'si (n=293) hiç evlenmemiş, %3,3'ü (n=10) ise evli şeklindedir. Üniversite öğrencilerinden oluşan katılımcılardan lisans öğrencisi olanlar %84,5 (n=256), yüksek lisans öğrencisi olanlar %11,9 (n=36) ve doktora öğrencisi olanlar %3,6 (n=11) oranındadır. Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumlarına bakıldığında %29'unun (n=88) daha önce bir psikiyatrik tanı aldığını belirttiği gözlenmiştir.

Katılımcıların pornografik materyal tüketim davranışı incelenmiştir. Bu bağlamda katılımcıların %38,9'u (n=118) hiç pornografik materyal tüketmezken; haftalık ortalama pornografik materyal tüketim miktarı 1 saatten az olanlar %41,6 (n=126), 1-3 saat %16,5 (n=50), 3-6 saat %2 (n=6) ve 6 saatten fazla %1 (n=3) oranlarındadır.

Katılımcıların %54,8'i (n=166) hiç sigara kullanmadığını belirtirken; %14,2'si nadiren, %4,6'sı günde 1-2 tane, %13,9'u günde 5-10 tane, %8,6'sı günde 10-20 tane, %4'ü ise günde 1 veya daha fazla paket sigara tükettiğini belirtmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	222	73,3
	Erkek	77	25,4
	Diğer	4	1,3
Cinsel yönelim	Heteroseksüel	235	77,6
	Homoseksüel	12	4,0
	Biseksüel	36	11,9
	Aseksüel	5	1,7
	Diğer	15	5,0
Romantik ilişki	Var	133	43,9
	Yok	169	55,8
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	293	96,7
	Evli	10	3,3
Psikiyatrik tanı alma	Evet	88	29,0
	Hayır	215	71,0
Pornografik materyal tüketme miktarı	0	118	38,9
	1 saatten az	126	41,6
	1-3 saat	50	16,5
	3-6 saat	6	2,0
	6 saatten fazla	3	1,0
Sigara kullanma miktarı	Hiç sigara kullanmıyorum.	166	54,8
	Nadiren sigara kullanıyorum.	43	14,2
	Günde 1-2 tane kullanıyorum.	14	4,6
	Günde 5-10 tane kullanıyorum.	42	13,9
	Günde 10-20 tane kullanıyorum.	26	8,6
	Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyorum.	12	4,0

Katılımcıların ebeveynlerinin sigara ve alkol tüketimleri araştırılmıştır. Annesi hiç sigara kullanmayan katılımcıların oranı %61,4, nadiren kullananlar %5,3, günde 1-2 tane kullananlar %5,3, günde 5-10 tane kullananlar %14,2, günde 10-20 tane kullananlar %5,3 ve günde 1 veya daha fazla paket kullananlar %6,3 oranındadır. Annesi hiç alkol kullanmayan katılımcıların oranı %67,7, sadece özel davetlerde kullananların oranı %21,8, ayda 1-2 defa %5,6, haftada en az bir kez %2,3, haftada birden fazla kez %0,3 oranındadır.

Babası hiç sigara kullanmayan katılımcıların oranı %42,6, nadiren kullananlar %6,9, günde 1-2 tane kullananlar %3,3, günde 5-10 tane kullananlar %14,2, günde 10-20 tane kullananlar %15,5 ve günde 1 veya daha fazla paket kullananlar %12,2 oranındadır. Babası hiç alkol kullanmayan katılımcıların oranı %49,8, sadece özel davetlerde kullananların oranı %17,8, ayda 1-2 defa %10,9, haftada en az bir kez %8,6, haftada birden fazla kez %7,9 oranındadır.

Tablo 4.2. Ebeveyn sigara ve alkol kullanımına yönelik özellikler

Anne sigara kullanımı ve miktarı	N	%
Hiç sigara kullanmıyor.	186	61,4
Nadiren sigara kullanıyor.	16	5,3
Günde 1-2 tane kullanıyor.	16	5,3
Günde 5-10 tane kullanıyor.	43	14,2
Günde 10-20 tane kullanıyor.	16	5,3
Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyor.	19	6,3
Bilmiyorum veya hayatta değil.	7	2,3
Anne alkol kullanımı ve miktarı	N	%
Hiç alkol kullanmaz.	205	67,7
Sadece özel davetlerde alkol kullanır.	66	21,8
Ayda 1-2 defa alkol kullanır.	17	5,6
Haftada en az 1 kez alkol kullanır.	7	2,3
Haftada birden fazla kez alkol kullanır.	1	,3
Bilmiyorum veya hayatta değil.	7	2,3

Baba sigara kullanımı ve miktarı	N	%
Hiç sigara kullanmıyor.	129	42,6
Nadiren sigara kullanıyor.	21	6,9
Günde 1-2 tane kullanıyor.	10	3,3
Günde 5-10 tane kullanıyor.	43	14,2
Günde 10-20 tane kullanıyor.	47	15,5
Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyor.	37	12,2
Bilmiyorum veya hayatta değil.	16	5,3
Baba alkol kullanımı ve miktarı	N	%
Hiç alkol kullanmaz.	151	49,8
Sadece özel davetlerde alkol kullanır.	54	17,8
Ayda 1-2 defa alkol kullanır.	33	10,9
Haftada en az 1 kez alkol kullanır.	26	8,6
Haftada birden fazla kez alkol kullanır.	24	7,9
Bilmiyorum veya hayatta değil.	15	5,0

4.2. Normallik ve Güvenirlik Analizleri

Normallik testlerinden olan Shapiro-Wilk testi ve Kolmogorov-Smirnov testi küçük ve orta boy örneklerde (örn. $N < 300$) kullanılabilir, ancak büyük örnekler için güvenilir olabilir (136). Bu nedenle verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerlerine bakılmıştır.

Veri dağılımının normalliğini değerlendirmek için çarpıklık ve basıklık değerlerinin kullanımı hem küçük hem de büyük örnekler doğru bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Kim (2013)'e göre örneklem büyüklüğünün 300'den fazla olması durumunda z değerlerini dikkate almadan histogram ve basıklık-çarpıklık değerlerine bakılır. Çarpıklık değerinin $-/+2$ ve basıklık değerinin $-/+7$ aralığında olması durumunda verilerin normal dağıldığı kararına varılır (136).

Bunun sonucunda ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT Toplam, BAPİRT-AÖ ve BDDÖ ve BDDÖ'nün bütün alt boyutlarının normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir. BAPİRT-MÖ

ve ÇÇTÖ'nün cinsel istismar ve fiziksel istismar boyutları ise normal dağılım göstermemiştir. BAPİRT toplam puanı için uç değer gösteren 2 katılımcının puanı ilgili analizlere dahil edilmemiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı değerlendirilmiştir. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısına göre güvenilirlik hesaplarken çıkan değer 0,61-0,80 aralığında olması ölçeğin orta güvenilirlikte olduğuna, 0,81-1 aralığında olması ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğuna işaret etmektedir (137). Analiz sonuçlarına göre bütün ölçeklerin ve alt boyutlarının (ÇÇTÖ'nün fiziksel ihmal alt boyutu hariç) yüksek güvenilirlikte olduğu görülmüştür. ÇÇTÖ'nün fiziksel ihmal alt boyutunun ise orta güvenilirlikte olduğu gözlenmiştir.

Normallik ölçümleri sonucunda verilerin analizinde uygun parametrik testlerin kullanılmasına ve Cronbach's Alpha değerlerine göre ölçüm araçlarının güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 4.3. Ortalama, standart sapma, basıklık-çarpıklık değerleri ve güvenilirlik

		Ortalama	SS	Skewness	Kurtosis	Cronbach's Alpha
Toplam	ÇÇTÖ	40,94	14,379	1,109	,779	,915
	CKÖ	15,52	5,48	1,621	2,794	,863
	BAPİRT-T	1,70	2,472	1,938	3,918	,810
	BDDÖ	117,34	15,588	-0,082	1,134	,830
ÇÇTÖ	Cinsel istismar	7,57	4,581	2,232	4,420	,914
	Fiziksel istismar	6,08	2,479	3,354	12,779	,840
	Duygusal istismar	9,35	4,810	1,183	,601	,851
	Fiziksel ihmal	6,70	2,353	1,756	2,969	,606
	Duygusal İhmal	11,24	5,109	,632	-,434	,903
BAPİRT	Alkol ölçeği	1,41	1,918	1,688	2,818	,769
	Madde ölçeği	,38	1,296	4,234	18,880	,830

BDDÖ	Kendini suçlama	13,21	3,429	,015	-,387	,771
	Kabul	13,35	3,474	-,142	-,609	,720
	Ruminasyon	16,33	3,320	-1,046	1,096	,838
	Poz. tekrar odaklanma	11,34	3,883	,075	-,525	,806
	Plana tekrar odaklanma	15,55	3,366	-,582	-,056	,824
	Poz. yeniden gözden geçirme	13,84	3,920	-,282	-,568	,853
	Bakış açısına yerleştirme	12,44	3,529	,028	-,412	,771
	Yıkım	10,50	4,133	,410	-,562	,823
	Diğerlerini suçlama	10,78	3,470	,318	-,079	,812
ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği BAPİRT- Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği BDDÖ-Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği						

Tablo 4.4. AÖ ve MÖ risk gruplaması ve güvenirlik değeri

		n	%	Cronbach's Alpha
Alkol Ölçeği	Düşük risk	237	78,2	,769
	Yüksek Risk	66	21,8	
Madde Ölçeği	Düşük risk	292	96,4	,830
	Yüksek risk	11	3,6	

4.3. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Demografik özellikler açısından verilerin ortalamalarının ne derece farklılaştığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar için t testi testi yapılmıştır.

Cinsiyet değişkeni açısından normalliği sağlamak adına diğer kategorisindeki 4 katılımcı ortalamaların karşılaştırıldığı analizlerde veri dışında tutulmuştur. Cinsiyet değişkenine göre ÇÇTÖ, CKÖ, BAPİRT-T, AÖ, BDDÖ-A ve BDDÖ-AO ölçek puanları analize sokulmuştur.

Analiz sonucunda, kadın ve erkek katılımcılar arasında çocukluk çağı travmaları düzeyi ($t(194,954) = 2,553$, $p = ,011$), cinsel kompulsiyon düzeyi ($t(297) = -3,339$, $p = ,001$), riskli alkol ve madde kullanım düzeyi ($t(110,091) = -2,794$, $p = ,006$), ve riskli alkol kullanım düzeyi ($t(297) = -3,661$, $p = ,000$), puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Buna göre kadın ($M = 41,80$, $SS = 15,363$) katılımcıların ÇÇTÖ puanları erkek ($M = 37,78$, $SS = 10,451$) katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir. Erkek katılımcıların CKÖ puanları ($M = 17,18$, $SS = 5,909$), BAPİRT-T ($M = 2,41$, $SS = 2,825$) ve AÖ ($M = 2,06$, $SS = 2,273$) puanları ise kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir. BDDÖ-A ($t(297) = -,763$, $p = ,446$) ve BDDÖ-AO ($t(297) = 1,967$, $p = ,050$) puanları açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizlerde ÇÇTÖ için etki boyutu küçük ($d = 0,27$) ve gücü %52, CKÖ etki boyutu orta ($d = 0,60$) ve gücü %99, BAPİRT-T etki boyutu orta ($d = 0,50$) ve gücü %96, AÖ etki boyutu büyük ($d = 1$) ve gücü %96 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.5. Cinsiyete göre ortalamaların karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	<i>t testi</i>		
					t	sd	p
ÇÇTÖ	Kadın	222	41,80	15,363	2,553	194,954	,011*
	Erkek	77	37,78	10,451			
CKÖ	Kadın	222	14,82	5,128	-3,339	297	,001*
	Erkek	77	17,18	5,909			
BAPİRT-T	Kadın	221	1,41	2,268	-2,794	110,091	,006*

	Erkek	76	2,41	2,825			
AÖ	Kadın	222	1,15	1,729	-3,661	297	,000*
	Erkek	77	2,06	2,273			
BDDÖ-A	Kadın	222	66,35	11,483	-,763	297	,446
	Erkek	77	67,53	12,353			
BDDÖ-AO	Kadın	222	51,33	9,167	1,967	297	,050
	Erkek	77	48,88	10,120			
ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği							
CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği							
BAPİRT-T- Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği							
AÖ-Alkol Ölçeği							
BDDÖ-A/AO-Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Adaptif/Adaptif Olmayan							

Bağımsız gruplar için t testi, heteroseksüel ve diğer (biseksüel, aoseksüel ve diğer) cinsel yönelime sahip katılımcıların ÇÇT, cinsel kompulsiyon düzeyi riskli alkol ve madde kullanım düzeyi açısından farklılıklarını ortaya koymak için kullanılmıştır.

Analiz sonucunda, heteroseksüel (M=39,03, SS=13,18) ve diğer (M=47,54 SS=16,39) cinsel yönelime sahip bireyler arasında ÇÇT açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(93,46)=-3,93$, $p=,000$). Buna göre, diğer cinsel yönelime sahip katılımcıların ÇÇTÖ puanları, heteroseksüel yönelime sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Heteroseksüel (M=15,15, SS=5,300) ve diğer (M=16,78, SS=55,970) cinsel yönelime sahip bireyler arasında cinsel kompulsiyon düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(301)=-2,17$, $p=,031$). Buna göre, diğer cinsel yönelime sahip katılımcıların CKÖ puanları, heteroseksüel yönelime sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Heteroseksüel (M=1,29, SS=1,840) ve diğer (M=1,82, SS=2,130) cinsel yönelime sahip bireyler arasında riskli alkol kullanım düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(301)=-2,05$, $p=,041$). Buna göre, diğer cinsel yönelime sahip katılımcıların AÖ puanları, heteroseksüel yönelime sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Heteroseksüel (M=1,53, SS=2,388) ve diğer (M=2,33, SS=2,671) cinsel yönelime sahip bireyler arasında riskli alkol ve madde kullanım toplam puan düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(299) = -2,362$, $p = ,019$). Buna göre, diğer cinsel yönelime sahip katılımcıların riskli alkol ve madde kullanım toplam puanları, heteroseksüel yönelime sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Cinsel yönelim değişkenine göre yapılan analizlerde CKÖ için küçük etki boyutu ($d=0,20$) ve gücü %30, AÖ için küçük etki boyutu ($d=0,20$) ve gücü %30, BAPİRT-T için orta etki boyutu ($d=0,50$) ve gücü %95 ve ÇÇTÖ için orta etki boyutu ($d=0,61$) ve gücü %99 bulunmuştur.

Heteroseksüel ve diğer cinsel yönelime sahip bireyler arasında BDDÖ-A ($t(301) = 1,325$, $p = ,186$) ve BDDÖ-AO ($t(301) = -1,496$, $p = ,136$) puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.6. Cinsel yönelime göre ortalamaların karşılaştırılması

	Cinsel yönelim	N	Ortalama	SS	<i>t testi</i>		
					t	sd	p
ÇÇTÖ	Heteroseksüel	235	39,03	13,175	-3,93	93,46	,000*
	Diğer	68	47,54	16,390			
CKÖ	Heteroseksüel	235	15,15	5,300	-2,17	301	,031*
	Diğer	68	16,78	5,970			
AÖ	Heteroseksüel	235	1,29	1,840	-2,05	301	,041*
	Diğer	68	1,82	2,130			
BAPİRT-T	Heteroseksüel	234	1,53	2,388	-2,362	299	,019*
	Diğer	67	2,33	2,671			
BDDÖ-A	Heteroseksüel	235	67,00	11,782	1,325	301	,186
	Diğer	68	64,87	11,458			
BDDÖ-AO	Heteroseksüel	235	50,38	9,426	-1,496	301	,136
	Diğer	68	52,32	9,497			

ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği
BAPİRT-T Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği

Psikiyatrik tanı geçmişİ olan ($M=46,67$, $SS=15,515$) ve olmayan ($M=38,60$, $SS=13,224$) bireyler arasında ÇÇT düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(141,353)=4,287$; $p=,000$). Buna göre, psikiyatrik tanı geçmişİ olan katılımcıların ÇÇT düzeyi, tanı geçmişİ olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan güç analizi sonucu, ÇÇTÖ için orta düzeyde etki boyutu ($d=0,53$) ve gücü %98 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik tanı geçmişİ olan ($M=16,40$, $SS=6,309$) ve olmayan ($M=15,16$, $SS=5,088$) bireyler arasında cinsel kompulsiyon düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t(135,582)= 1,638$; $p=,104$).

Psikiyatrik tanı geçmişİ olan ($M=2,02$, $SS=2,181$) ve olmayan ($M=1,15$, $SS=1,743$) bireyler arasında riskli alkol kullanım düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(301)=- 3,654$; $p=,000$). Buna göre, psikiyatrik tanı geçmişİ olan katılımcıların riskli alkol kullanımı, tanı geçmişİ olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan güç analizi sonucu, riskli alkol kullanımı için orta düzeyde etki boyutu ($d=0,50$) ve gücü %97 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik tanı geçmişİ olan ($M=2,252$, $SS=2,921$) ve olmayan ($M=1,38$, $SS=2,190$) bireyler arasında riskli alkol ve madde kullanım düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(125,003)=3,289$; $p=,001$) Buna göre, psikiyatrik tanı geçmişİ olan katılımcıların riskli alkol ve madde kullanımı, tanı geçmişİ olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yapılan güç analizi sonucu, riskli alkol ve madde kullanımı için orta düzeyde etki boyutu ($d=0,50$) ve gücü %97 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik tanı geçmişİ olan ($M=63,15$, $SS=11,536$) ve olmayan ($M=67,91$, $SS=11,546$) bireyler arasında adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(301)=- 3,258$; $p=,001$) Buna göre, psikiyatrik tanı geçmişİ olan katılımcıların adaptif bilişsel duygu düzenleme

stratejilerinin kullanımı, tanı geçmiş olma katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Güç analizi sonucunda, BDDÖ-A için küçük etki boyutu ($d=0,36$) ve gücü %82 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik tanı geçmiş olan ($M=52,61$, $SS=9,575$) ve olmayan ($M=50,08$, $SS=9,336$) bireyler arasında adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t(301)=2,129$; $p=,034$) Buna göre, psikiyatrik tanı geçmiş olan katılımcıların adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı, tanı geçmiş olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Güç analizi sonucunda, BDDÖ-AO için küçük etki boyutu ($d=0,22$) ve gücü %41 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7. Psikiyatrik tanıya göre ortalamaların karşılaştırılması

	Psikiyatrik tanı geçmişi	N	Ortalama	SS	<i>t testi</i>		
					t	sd	p
ÇÇTÖ	Var	88	46,67	15,515	4,287	141,353	,000*
	Yok	215	38,60	13,224			
CKÖ	Var	88	16,40	6,309	1,638	135,582	,104
	Yok	215	15,16	5,088			
AÖ	Var	88	2,02	2,181	3,654	301	,000*
	Yok	215	1,15	1,743			
BAPİRT-T	Var	86	2,52	2,921	3,289	125,003	,001*
	Yok	215	1,38	2,190			
BDDÖ-A	Var	88	63,15	11,536	-3,258	301	,001*
	Yok	215	67,91	11,546			
BDDÖ-AO	Var	88	52,61	9,575	2,129	301	,034*
	Yok	215	50,08	9,336			

ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği

BAPİRT-T-Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği Toplam

AÖ-Alkol Ölçeği

BDDÖ-A/AO-Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Adaptif/Adaptif Olmayan

Katılımcıların ÇÇT, cinsel kompulsiyon ve riskli alkol ve madde kullanım düzeyi açısından farklılıklarını, pornografik materyal tüketme durumuna göre ortaya koymak için bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Buna göre pornografik materyal tüketen ve tüketmeyen kişiler arasında çocukluk çağı travma puanları ($t(301)=2,774$; $p=,006$), cinsel kompulsiyon puanları ($t(293,242)=7,479$; $p=,000$), riskli alkol ve madde kullanım ($t(291,717)=4,512$; $p=,000$) ve riskli alkol kullanım puanları ($t(299,829)=5,014$; $p=,000$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Pornografik materyal tüketen kişilerin ÇÇTÖ, CKÖ, AÖ ve BAPİRT-T puanları anlamlı olarak tüketmeyen kişilerden daha yüksektir.

Pornografik tüketim durumu için etki büyüklüğüne bakıldığında ÇÇTÖ için küçük etki boyutu ($d=0,28$) ve gücü %68, AÖ için orta etki boyutu ($d=0,50$) ve gücü %98, BAPİRT-T için büyük etki boyutu ($d=1$) ve gücü %100 ve CKÖ için büyük etki boyutu ($d=0,80$) ve gücü %99 bulunmuştur.

Tablo 4.8. Pornografik materyal tüketme durumuna göre ortalamaların karşılaştırılması

	Porno tüketimi	N	Ortalama	SS	<i>t testi</i>		
					t	sd	p
ÇÇTÖ	Evet	179	42,83	14,380	2,774	301	,006*
	Hayır	124	38,22	13,990			
CKÖ	Evet	179	17,19	5,988	7,479	293,242	,000*
	Hayır	124	13,10	3,487			
AÖ	Evet	179	1,83	2,055	5,014	299,829	,000*
	Hayır	124	,80	1,514			
BAPİRT-T	Evet	177	2,21	2,582	4,512	291,717	,000*
	Hayır	124	,98	2,115			

ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği
BAPİRT-T- Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği Toplam
AÖ-Alkol Ölçeği

4.4. Değişkenler Arasındaki İlişki Bulguları

4.4.1. Korelasyonel İlişkiler

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon ve Spearman Sıra Farkları Korelasyon analizleri uygulanmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre çocukluk çağı travmaları ile cinsel kompulsiyonlar ($r=,235$; $p<0,01$) ve riskli alkol madde kullanımı ($r=,199$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇÇT ile adaptif olmayan bilişsel stratejiler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=,354$; $p<0,01$); adaptif bilişsel stratejiler ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,158$; $p<0,01$).

Cinsel kompulsiyonlar ile riskli alkol ve madde kullanımı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,230$; $p<0,01$). Cinsel kompulsiyonlar ve adaptif olmayan bilişsel stratejiler arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=,198$; $p<0,01$).

Tablo 4.9. Ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon değerleri

	ÇÇTÖ	CKÖ	BAPİRT-T	BDDÖ-A	BDDÖ-AO
ÇÇTÖ	1				
CKÖ	,235**	1			
BAPİRT-T	,199**	,230**	1		
BDDÖ-A	-,158**	,053	-,065	1	
BDDÖ-AO	,354**	,198**	,031	,072	1

*: $p<0,05$; **: $p<0,01$

ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği
BAPİRT-T-Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği Toplam

Çocukluk çağı travmaları ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bütün alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Alt boyutlardan kendini suçlama ($r=,260$; $p<0,01$), kabul ($r=,266$; $p<0,01$), düşünceye odaklanma (ruminasyon) ($r=,133$; $p<0,01$), yıkım (felaketleştirme) ($r=,328$; $p<0,01$) ve diğerlerini suçlama ($r=,190$; $p<0,01$) alt boyutları ile pozitif yönde; pozitif tekrar odaklanma ($r=-,150$; $p<0,01$), plana tekrar odaklanma ($r=-,166$; $p<0,01$), pozitif yeniden gözden geçirme ($r=-,293$; $p<0,01$) ve bakış açısına yerleştirme ($r=-,138$; $p<0,01$) alt boyutları ile negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır.

Cinsel kompulsiyonlar ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama ($r=,113$; $p<0,05$), kabul ($r=,158$; $p<0,05$), yıkım ($r=,134$; $p<0,05$) ve diğerlerini suçlama ($r=,193$; $p<0,05$) boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Duygu düzenleme stratejileri alt boyutları ile ilgili korelasyon değerleri

	Ken.suç.	Kabul	Ruminasyon	P. tekrar odak	Plana tekrar odak	P. gözden geçirme	Bakış	Yıkım	Diğer suç.
ÇÇTÖ	,260**	,266**	,133*	-,150**	-,166**	-,293**	-,138*	,328**	,190**
CKÖ	,113*	,158**	,080	,023	,028	,015	-,048	,134*	,193**
*: $p<0,05$; **: $p<0,01$									
ÇÇTÖ-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği CKÖ-Cinsel Kompulsiyon Ölçeği									

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile ilgili ilişkili belirlemek amacıyla Spearman Sıra Farkları Korelasyon analizi uygulanmıştır. Buna göre cinsel istismar alt

boyutuyla adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=,182$; $p<0,01$), riskli alkol ve madde kullanımı ($r=,140$; $p<0,01$) ve cinsel kompulsyonlar ($r=,117$; $p<0,01$), arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Fiziksel istismar alt boyutu ile riskli alkol ve madde kullanımı ($r=,147$; $p<0,05$) ve cinsel kompulsyonlar ($r=,136$; $p<0,05$), arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Duygusal istismar alt boyutu ile adaptif bilişsel stratejiler arasında ($r=-,120$; $p<0,05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki; adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=,367$; $r<0,01$), riskli alkol ve madde kullanımı ($r=,131$; $p<0,05$) ve cinsel kompulsyonlar ($r=,241$; $p<0,01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Fiziksel ihmal alt boyutu ile adaptif olmayan bilişsel stratejiler arasında ($r=,286$; $p<0,91$) ve cinsel kompulsyonlar arasında ($r=,172$; $p<0,01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Duygusal ihmal alt boyutuyla adaptif bilişsel stratejiler arasında ($r=-,202$; $p<0,01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki; adaptif olmayan bilişsel stratejiler ($r=,265$; $r<0,01$), riskli alkol ve madde kullanımı ($r=,144$; $p<0,05$) ve cinsel kompulsyonlar ($r=,172$; $p<0,01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.11. ÇÇTÖ alt boyutları ile ilgili korelasyon değerleri

	BDDÖ-A	BDDÖ-AO	BAPİRT-T	CKÖ
Cinsel istismar	-,084	,182**	,140*	,117*
Fiziksel istismar	-,094	,147*	,042	,136*
Duygusal istismar	-,120*	,367**	,131*	,241**
Fiziksel ihmal	-,106	,286**	,107	,249**
Duygusal ihmal	-,202**	,265**	,144*	,172**

*: $p<0,05$; **: $p<0,01$

CKÖ-Cinsel Kompulsyon Ölçeği

BAPİRT-T- Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeği Toplam

BDDÖ-A/AO-Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Adaptif/Adaptif Olmayan

4.4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyon üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucuna göre model anlamlı bulunmuştur ve çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar üzerinde anlamlı pozitif yönde bir etkisinin bulunduğu görülmüştür ($F=17,54$, $p=,000$). Uygulanan güç analizi sonucunda güç %95 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,05$) bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile analize devam edilmiştir. Her bir alt boyut için ayrı ayrı basit doğrusal regresyon uygulanmıştır. Buna göre, duygusal istismarın ($F=16,07$, $p=,0,000$), fiziksel ihmalin ($F=16,07$, $p=,0,000$) ve duygusal ihmalin ($F=9,475$, $p=,0,002$) cinsel kompulsiyonlar üzerinde pozitif yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür. Uygulanan güç analizi sonucunda duygusal istismar için güç %92 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,05$); duygusal ihmal için güç %68 ve etki büyüklüğü önemsiz ($d=0,03$); fiziksel ihmal için güç %92 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,05$) olarak bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucuna göre model anlamlı bulunmuştur ve çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımı üzerinde anlamlı pozitif yönde bir etkisinin bulunduğu görülmüştür ($F=12,32$, $p=,001$). Uygulanan güç analizi sonucunda güç %93 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,04$) bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile analize devam edilmiştir. Her bir alt boyut için ayrı ayrı basit doğrusal regresyon uygulanmıştır. Buna göre cinsel istismarın ($F=7,05$, $p=0,008$), duygusal istismarın ($F=7,46$, $p=,0,007$), fiziksel ihmalin ($F=7,61$, $p=,0,006$) ve duygusal ihmalin ($F=10,08$, $p=,0,002$) riskli alkol ve madde kullanımı üzerinde pozitif yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür. Güç analizi sonucunda cinsel istismar için güç %75 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,04$); duygusal istismar için güç %77 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,02$); duygusal ihmal için güç %88 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,33$); fiziksel ihmal için güç %78 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,03$) bulunmuştur.

Tablo 4.12. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Cinsel Kompulsiyon Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R²
ÇÇTÖ	0,090	0,021	0,235	4,188**	0,06
Cinsel istismar	0,172	0,068	0,143	2,513	0,02
Duygusal istismar	0,257	0,064	0,225	4,009**	0,05
Fiziksel ihmal	0,188	0,061	0,175	3,078**	0,05
Duygusal ihmal	0,525	0,131	0,225	4,009**	0,03
Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R²
ÇÇTÖ	0,034	0,010	0,199	3,510**	0,04
Cinsel istismar	0,082	0,031	0,152	2,656*	0,01
Duygusal istismar	0,080	0,029	0,156	2,731*	0,02
Fiziksel ihmal	0,165	0,060	0,158	2,759*	0,03
Duygusal ihmal	0,087	0,027	0,181	0,181**	0,03

4.4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi

Çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucuna göre model anlamlı bulunmuştur ve çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde anlamlı negatif yönde bir etkisinin

bulunduğu görülmüştür ($F=7,711$, $p=,006$). Bu analizin gücü %79 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeydedir ($d=0,03$).

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile analize devam edilmiştir. Her bir alt boyut için ayrı ayrı basit doğrusal regresyon uygulanmıştır. Buna göre duygusal istismarın ($F=6,029$, $p=0,015$) ve duygusal ihmalin ($F=13,137$, $p=0,000$) adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisinin bulunduğu gözlenmiştir. Duygusal istismar için yapılan analizin gücü %68 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,02$) ve duygusal ihmal için güç %95 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeydedir ($d=0,04$). Cinsel istismarın ($F=0,529$, $p=0,468$) ve fiziksel ihmalin ($F=3,809$, $p=0,052$) ise adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmalarının adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucuna göre model anlamlı bulunmuştur ve çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde anlamlı pozitif yönde bir etkisinin bulunduğu görülmüştür ($F=43,19$, $p=,000$). Analizin gücü %99 ve etki büyüklüğü önemsiz ($d=0,14$) bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları ile analize devam edilmiştir. Her bir alt boyut için ayrı ayrı basit doğrusal regresyon uygulanmıştır. Buna göre cinsel istismarın ($F=14,42$, $p=,000$), duygusal istismarın ($F=40,82$, $p=0,000$), duygusal ihmalin ($F=23,98$, $p=0,000$) ve fiziksel ihmalin ($F=23,90$, $p=0,000$) adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur. Cinsel istismar için güç %88 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,05$); duygusal istismar için güç %88 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,16$); duygusal ihmal için güç %98 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,08$); fiziksel ihmal için güç %98 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde ($d=0,08$) bulunmuştur.

Tablo 4.13. Çocukluk Çağı Travmalarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi

Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi

Değişken	β	SH	Beta	t	R²
ÇÇTÖ	-0,129	0,046	-0,158	35,660**	0,03
Cinsel istismar	-0,107	0,147	-0,042	-0,727	0,002
Duygusal istismar	-0,342	0,139	-0,140	-2,455*	0,02
Fiziksel ihmal	-0,557	0,285	-0,112	-1,952	0,01
Duygusal ihmal	-0,469	0,129	-0,205	-3,625**	0,04

Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Üzerindeki Etkisi

Değişken	β	SH	Beta	t	R²
ÇÇTÖ	0,233	0,035	0,354	6,572**	0,13
Cinsel istismar	0,442	0,116	0,214	3,797**	0,05
Duygusal istismar	0,680	0,106	0,346	6,390**	0,12
Fiziksel ihmal	1,091	0,223	0,271	4,889**	0,07
Duygusal ihmal	0,503	0,103	0,272	4,897**	0,07

4.4.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyon üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucunda adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin model anlamsız bulunmuştur ($F=0,845$, $p=0,359$). Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyon üzerindeki etkisine ilişkin model anlamlı bulunmuştur ($F=12,320$, $p=0,001$). Yapılan güç analizi sonucunda güç %82 ve etki büyüklüğü önemsiz düzeyde bulunmuştur ($d=0,04$).

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin riskli alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucunda adaptif ($F=1,265$, $p=0,262$) ve adaptif olmayan ($F=0,296$, $p=0,587$) bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin model anlamsız bulunmuştur.

Tablo 4.14. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsel Kompulsiyon ve Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Cinsel Kompulsiyon Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R²
Adaptif stratejiler	0,025	0,027	0,053	0,919	0,003
Adaptif olmayan stratejiler	0,115	0,033	0,198	3,510**	0,039
Riskli Alkol ve Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi					
Değişken	β	SH	Beta	t	R²
Adaptif stratejiler	-0,014	0,012	-0,065	-1,125	0,004
Adaptif olmayan stratejiler	0,008	0,015	0,031	0,544	0,001

4.5. Aracı Role İlişkin Bulgular

Aracılık rolü analizleri için, Hayes'in (2022) geliştirmiş olduğu SPSS Process Sürüm 4.2 kullanılmıştır. 5000 Bootstrap modellemesi ve %95 güven aralığı esas alınmıştır. Baron ve Kenny (1986) aracı etkisini değerlendirirken sıfırın güven aralığı içerisinde yer almasını anlamsız olma olarak ifade etmiştir (132). Bu çalışmada da sıfırın yer aldığı durumlar anlamsız olarak kabul edilmiştir.

Baron ve Kenny (1986)'e göre, aracı değişken etkisinden söz edebilmek için bazı koşulların sağlanması gerekmektedir: Birincisi, bağımsız değişkenin aracı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi vardır; ikincisi, bağımsız değişkenin bağımlı değişken

üzerinde anlamlı bir etkisi vardır ve üçüncüsü, aracı değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Bu koşulların tümü tahmin edilen yöndeysse, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi ilk baştakinden daha az olmalıdır. Aracı değişken araştırma modeline dahil edildiği durumda bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmaktan çıkıyorsa “tam” aracılık; bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyinde azalma oluyorsa “kısmi” aracılık söz konusu olmaktadır (132)

4.5.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ve cinsel kompulsiyon ilişkisinde adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü belirlemek amacıyla SPSS PROCESS (Model 4) makrosundan faydalanılmıştır.

Analize göre çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi negatif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=-,129$, $t=-2,777$, $p=,006$ %95 CI=-0,220, -0,038). Adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($b=0,043$, $t=1,631$, $p=0,104$ %95 CI=-0,009, 0,095).

Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyon üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur ($b=0,095$, $t=4,405$, $p=0,000$ %95 CI=0,053, 0,138). Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyon üzerindeki toplam etkisi anlamlı bulunmuştur ($b=0,090$, $t=4,188$, $p=0,000$ %95 CI=0,047, 0,132). Çocukluk çağı travmaları ile cinsel kompulsiyon arasındaki ilişkide adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anlamlı bir dolaylı etkisinin olmadığı bulunmuştur ($b=-0,006$, %95 CI=-0,017, 0,001).

4.5.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ve cinsel kompulsiyon ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü belirlemek amacıyla SPSS PROCESS (Model 4) makrosundan faydalanılmıştır.

Analize göre çocukluk çağı travmalarının adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,233$, $t=6,572$, $p=0,000$ %95 CI=0,163, 0,303). Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,076$, $t=2,212$, $p=0,03$ %95 CI=0,008, 0,144).

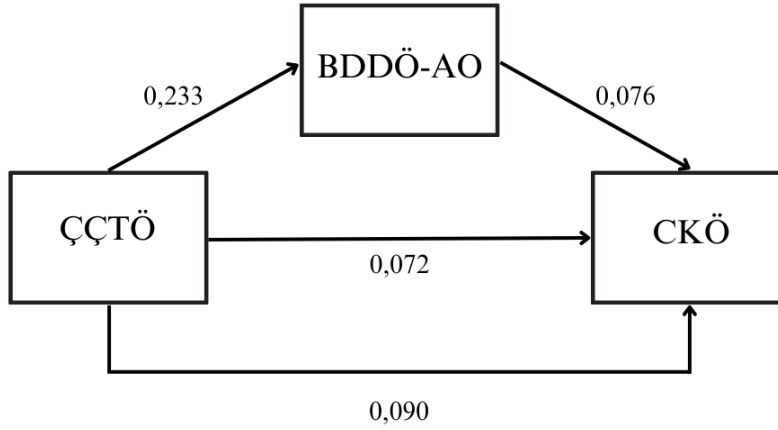
Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyon üzerindeki doğrudan etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,072$, $t=3,158$, $p=0,002$ %95 CI=0,027, 0,117). Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyon üzerindeki toplam etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,090$, $t=4,188$, $p=0,000$ %95 CI=0,048, 0,132). Çocukluk çağı travmaları ile cinsel kompulsiyon arasındaki ilişkide adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kısmi aracılık etkisinin pozitif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur ($b=0,018$, %95 CI=0,003, 0,033).

Yapılan aracılık analizleri sonuçlarında elde edilen dolaylı etkinin gücünü tespit etmek amacıyla Dolaylı Etkiler için Monte Carlo Güç Analizi uygulanmıştır (138). Çocukluk çağı travmalarının cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolüne ilişkin güç %60 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.15. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Güven Aralığı	
				Alt	Üst
ÇÇTÖ>BDDÖ AO>CKÖ	0,090	0,072	0,018	0,003	0,033

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü



4.5.2.1. Duygusal İstismarın Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Analize göre duygusal istismarın adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,6798$, $t=6,390$, $p=0,000$ %95 CI=0,470, 0,889). Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,080$, $t=2,303$, $p=0,022$ %95 CI=0,012, 0,147).

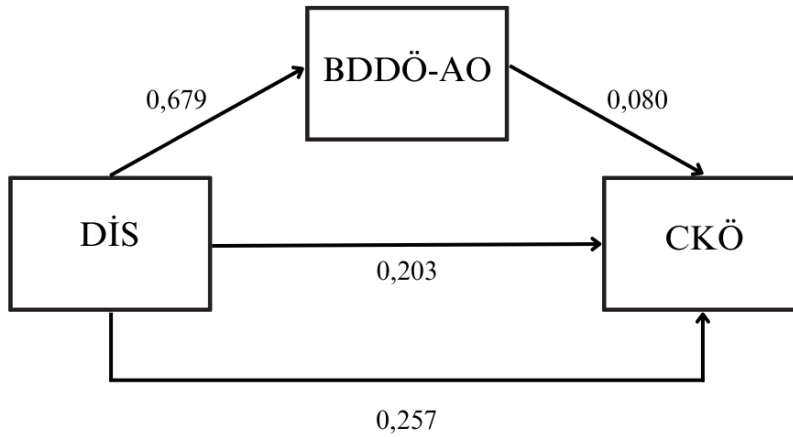
Duygusal istismarın cinsel kompulsiyon üzerindeki doğrudan etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,203$, $t=2,303$, $p=0,003$ %95 CI=0,070, 0,336). Duygusal istismarın cinsel kompulsiyon üzerindeki toplam etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,257$, $t=4,009$, $p=0,001$ %95 CI=0,131, 0,383). Duygusal istismar ile cinsel kompulsiyon arasındaki ilişkide adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kısmi aracılık etkisinin pozitif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur ($b=0,054$, %95 CI=0,014, 0,101).

Yapılan aracılık analizleri sonuçlarında elde edilen dolaylı etkinin gücünü tespit etmek amacıyla Dolaylı Etkiler için Monte Carlo Güç Analizi uygulanmıştır (138). Duygusal istismarın cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolüne ilişkin güç %60 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.16. Duygusal İstismarın Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Güven Aralığı	
				Alt	Üst
DİS->BDDÖ AO>CKÖ	0,257	0,203	0,054	0,014	0,101

Şekil 2. Duygusal İstismarın Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü



4.5.2.2. Duygusal İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Analize göre duygusal ihmalin adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,503$, $t=4,897$, $p=0,000$ %95 CI=0,301, 0,705). Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,094$, $t=2,793$, $p=0,006$ %95 CI=0,028, 0,161).

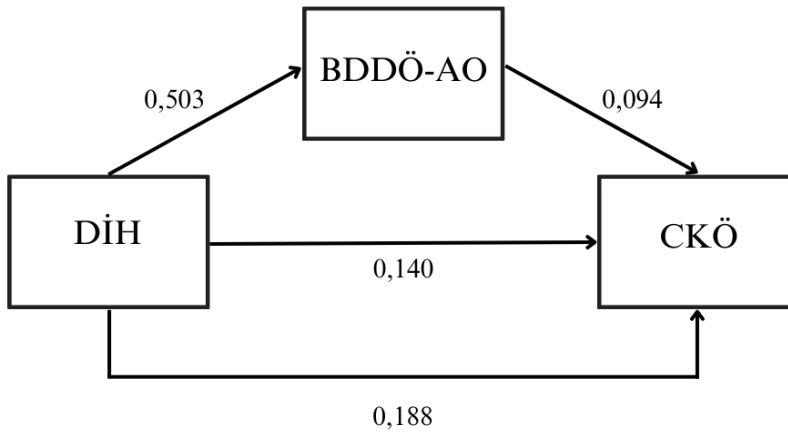
Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyon üzerindeki doğrudan etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,140$, $t=2,237$, $p=0,026$ %95 CI=0,070, 0,263). Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyon üzerindeki toplam etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,188$, $t=3,078$, $p=0,002$ %95 CI=0,068, 0,308). Duygusal ihmal ile cinsel kompulsiyon arasındaki ilişkide adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kısmi aracılık etkisinin pozitif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur ($b=0,048$, %95 CI=0,015, 0,890).

Yapılan aracılık analizleri sonuçlarında elde edilen dolaylı etkinin gücünü tespit etmek amacıyla Dolaylı Etkiler için Monte Carlo Güç Analizi uygulanmıştır (138). Duygusal ihmalin cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolüne ilişkin güç %76 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.17. Duygusal İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Güven Aralığı	
				Alt	Üst
DİH->BDDÖ AO>CKÖ	0,188	0,140	0,048	0,015	0,089

Şekil 3. Duygusal İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü



4.5.2.3 Fiziksel İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Analize göre fiziksel ihmalin adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=1,091$, $t=4,889$, $p=0,000$ %95 CI=0,652, 1,530). Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur (b yolu) ($b=0,086$, $t=2,562$, $p=0,011$ %95 CI=0,166, 0,697).

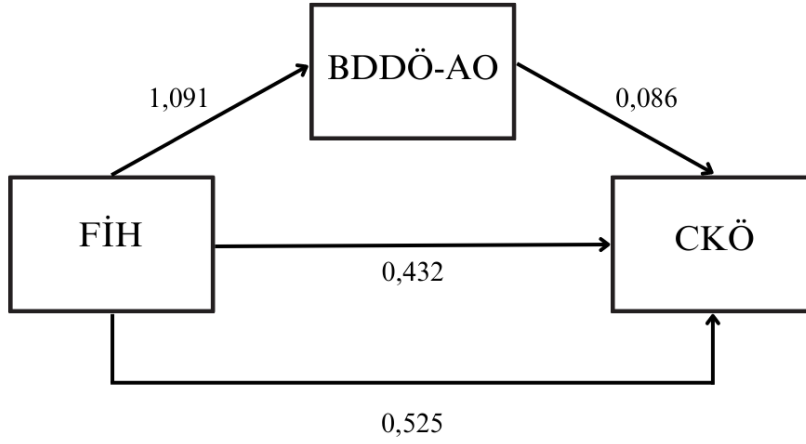
Fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyon üzerindeki doğrudan etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,432$, $t=3,200$, $p=0,002$ %95 CI=0,166, 0,697). Fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyon üzerindeki toplam etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,525$, $t=4,009$, $p=0,0001$ %95 CI=0,268, 0,783). Duygusal ihmal ile cinsel kompulsiyon arasındaki ilişkide adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kısmi aracılık etkisinin pozitif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur ($b=0,094$, %95 CI=0,025, 0,186).

Yapılan aracılık analizleri sonuçlarında elde edilen dolaylı etkinin gücünü tespit etmek amacıyla Dolaylı Etkiler için Monte Carlo Güç Analizi uygulanmıştır (138). Fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolüne ilişkin güç %62 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.18. Fiziksel İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Güven Aralığı	
				Alt	Üst
FİH->BDDÖ AO>CKÖ	0,525	0,431	0,094	0,025	0,186

Şekil 4. Fiziksel İhmalin Cinsel Kompulsiyonlar ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü



4.5.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Riskli Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkisinde Adaptif Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ve riskli alkol ve madde kullanımı ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü belirlemek amacıyla SPSS PROCESS (Model 4) makrosundan faydalanılmıştır.

Analize göre çocukluk çağı travmalarının adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi negatif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=-0,129$, $t=-2,780$, $p=0,006$ %95 CI=-0,221, -0,038). Adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin riskli

alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($b=-0,007$, $t=-0,595$, $p=0,552$ %95 CI= $-0,031$, $0,017$).

Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanım üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur (c yolu) ($b=0,033$, $t=3,368$, $p=0,001$ %95 CI= $0,014$, $0,053$). Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanım üzerindeki toplam etkisi anlamlı bulunmuştur ($b=0,034$, $t=3,510$, $p=0,001$ %95 CI= $0,015$, $0,053$). Çocukluk çağı travmaları ile riskli alkol ve madde kullanım arasındaki ilişkide adaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anlamlı bir dolaylı etkisinin olmadığı bulunmuştur. ($b=0,001$, %95 CI= $-0,002$, $0,005$).

4.5.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Riskli Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkisinde Adaptif Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Çocukluk çağı travmaları ve riskli alkol ve madde kullanımı ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü belirlemek amacıyla SPSS PROCESS (Model 4) makrosundan faydalanılmıştır.

Analize göre çocukluk çağı travmalarının adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ($b=0,231$, $t=6,511$, $p=0,000$ %95 CI= $0,161$, $0,301$). Adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin riskli alkol ve madde kullanımı üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($b=-0,012$, $t=-0,728$, $p=0,467$ %95 CI= $-0,043$, $0,020$).

Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanım üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur ($b=-0,037$, $t=3,539$, $p=0,001$ %95 CI= $0,016$, $0,058$). Çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanım üzerindeki toplam etkisi anlamlı bulunmuştur ($b=0,034$, $t=3,510$, $p=0,001$ %95 CI= $0,015$, $0,053$). Çocukluk çağı travmaları ile riskli alkol ve madde kullanım arasındaki ilişkide adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anlamlı bir dolaylı etkisinin olmadığı bulunmuştur. ($b=-0,003$, %95 CI= $-0,012$, $0,006$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının riskli alkol ve madde kullanımı ve cinsel kompulsiyon düzeyi ile ilişkisi incelenmiş ve duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü araştırılmıştır.

Çalışmanın katılımcıları 19-35 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 23,03'tür. Cinsiyet, cinsel yönelim, psikiyatrik tanı geçmişi ve porno tüketme durumuna göre incelendiğinde ise birtakım anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Erkeklerin cinsel kompulsiyon düzeyi, riskli alkol ve madde kullanımı ve riskli alkol kullanım oranları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Hem alkol ve madde kullanımı ve riskli kullanım açısından (70, 71) hem de cinsel kompulsiyon düzeyleri açısından (89) erkeklerde daha yüksek oranlarda görülmesi başka çalışmalarla da uyumludur.

Heteroseksüel cinsel yönelimde olmayan (homoseksüel, biseksüel, aoseksüel, diğer) kişilerin cinsel kompulsiyon düzeyi, çocukluk çağı travma düzeyi, riskli alkol ve madde kullanımı ve riskli alkol kullanım düzeyleri heteroseksüel cinsel yönelimde olan kişilere göre daha yüksektir. Literatürde de buna uygun şekilde kompulsif cinsel davranış açısından homoseksüel ve biseksüel cinsel yönelimdeki erkeklerin daha fazla cinsel kompulsiyon prevalansına sahip olduğunu gösteren çalışma ile uyumludur (87).

Psikiyatrik tanı geçmişi olan kişilerin çocukluk çağı travma düzeyleri, riskli alkol ve madde kullanımı ve riskli alkol kullanım düzeyleri tanı geçmişi olmayan kişilere göre daha yüksektir. Cinsel kompulsiyon açısından bir farklılaşma yoktur. Literatürde de ÇÇT artmış psikopatoloji ile sıkça ilişkilendirilmiştir ve psikiyatrik tanı alan kişilerde de yüksek düzeyde madde kullanım bozukluğu sıkça görülmektedir (73, 4). Erkek olmak ve psikiyatrik yardım almak başka bir çalışmada da alkol ve madde kullanım riski açısından daha yüksek puanlar ile ilişkilendirilmiştir (72).

ÇÇT arasında yer alan ihmal ve istismar pek çok alanda çeşitli sorunlar ve psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir. Bunların içerisinde riskli davranışlara yönelme, alkol ve maddenin riskli düzeylerde kullanımı, alkol ve madde kullanım bozuklukları,

cinsellikle ilgili riskli davranışlar, cinsel problemler bulunmaktadır (4,6,7). Cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmalin de riskli davranışlarda bulunma, madde kötüye kullanımı ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. (3,41,20).

Literatürle uyumlu olarak çocukluk dönemi travma düzeyi yükseldikçe riskli alkol ve madde kullanımının arttığı ve ÇÇT'nin riskli alkol ve madde kullanımını yordayan faktörlerden biri olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da ÇÇT'nin alkol kullanma davranışını yordadığı bulunmuştur (19).

Bu çalışmada çocukluk çağı travma düzeyi arttıkça cinsel kompulsiyon, riskli alkol ve madde kullanım düzeyi ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımı artmakta; adaptif bilişsel stratejilerin kullanımı ise azalmaktadır.

ÇÇT'nin adaptif olmayan stratejilerin bir yordayıcısı olduğu görülmüştür. Buna göre çocukluk çağı travmalarının varlığı daha fazla adaptif olmayan strateji kullanımı ile ilişkilidir. Adaptif strateji kullanımı ise duygusal ihmal ve duygusal istismarın düzeyinin artması ile azalmaktadır. Duygusal ihmal ve duygusal istismarın hem adaptif hem adaptif olmayan stratejiler için önemli bir etmen olduğu vurgulanabilir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin duygu düzenleme ile ilişkili olduğunu ve duygu düzenleme güçlüklerine yol açtığını belirten araştırmalar bulunmaktadır (24,25).

Madde kullanımı olan ve olmayan mahkumlar ile yapılan bir çalışmada da madde kullanımı olan grupta ÇÇT için fark gözlenmemiş ancak duygusal istismar ve fiziksel ihmal daha yüksek düzeyde bulunmuştur (105). İntravenöz madde kullanımı olan katılımcılarla yürütülen bir çalışmada da duygusal ihmal düzeyi diğer istismar türlerine göre daha yüksek oranda saptanmıştır (102)

Kişilerin sigara, alkol ve madde kullanımları değerlendirilmiştir. Buna göre yüksek riskli alkol kullanımı olan kişilerin oranı %21,8 (n=66) ve yüksek riskli madde kullanımı olan kişilerin oranı %3,6 (n=11) şeklindedir. Sigara kullanımı açısından incelendiğinde katılımcıların %45,2'si sigara kullandığını ve %26,5 'i de günde 5-10 tane ve daha çok miktarda sigara kullandığı belirtmiştir. Bu bulgular Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2019) yer alan tütün ürünü kullanımı %47, alkol kullanımı %22,1 ve diğer maddeler %3,1 oranları ile benzerlik göstermektedir (65).

Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalara göre bir üniversitenin tıp fakültesinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise sigara kullanımı (%27,3) ve riskli alkol kullanımının (%6,6) bu çalışmaya göre daha düşük oranlarda olduğu görülmüştür (67). Bu durum tıp fakültesi öğrencilerinin daha yüksek farkındalığa sahip olmasından kaynaklanabilir. Başka bir üniversitedeki oranlara göre öğrencilerin %33,9'u sigara ve %18,1'i alkol kullanmaktadır (69). Bir diğer araştırmaya göre riskli içicilerin oranı %6,3 olarak saptanmıştır (70). Literatüre bakıldığında bu çalışmada, Türkiye'de üniversite öğrencileriyle yapılmış daha önceki çalışmalardan daha yüksek oranlarda sigara kullanımı ve riskli alkol kullanımının gözlemlendiğini belirtmek mümkündür.

Cinsel kompulsiyon düzeyi arttıkça riskli alkol ve madde kullanımı ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımı da artmaktadır. Cinsel kompulsiyon diğer bağımlılık türleri ile ilişkili olduğunu savunan başka araştırmalar da mevcuttur (92,93). Cinsel kompulsiyon düzeyi arttıkça cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyleri de artmaktadır. Literatürde çok sayıda araştırmada cinsel kompulsiyon gözlenen kişilerde çocukluk çağı travma hikayesi gözlenmiştir (15,17,16). Bu çalışmada da bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur. Bunun yanında literatürle uyumlu şekilde ÇÇT ve duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutları; cinsel kompulsiyon düzeyinin bir yordayıcısıdır (117). Cinsel istismar için böyle bir yordama etkisi bu çalışmada tespit edilmemiştir. Cinsel istismar araştırmacılar tarafından daha fazla dikkat çekse de diğer istismar ve ihmal türlerinin önemini de değerlendirmek gerekmektedir.

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yordayıcı etkilerine bakıldığında sadece adaptif olmayan bilişsel stratejilerin cinsel kompulsiyon üzerinde yordayıcı etkisi bulunmuştur. Riskli alkol ve madde kullanımı üzerinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bir etkisi bulunmamıştır. Literatürde klinik örnekleme gerçekleştirilen çalışmalarda bu etki bulursa da klinik olmayan örnekleme riskli alkol ve madde kullanımı için bu etki ortaya çıkmamış olabilir.

Bu araştırmada sonuç olarak aracı role ilişkin birtakım bulgular elde edilmiştir. ÇÇT'nin, duygusal istismarın, duygusal ihmalin ve fiziksel ihmalin cinsel kompulsiyonlar ile ilişkisinde adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımının kısmi aracılık etkisinin olduğu bulunmuştur.

Duygusal istismarın uzun dönemde psikolojik işlevsellik açısından diğer istismar türlerine göre daha güçlü bir ilişkisinin olabileceği düşünülmektedir (3). Bu çalışmada da diğer istismar türlerinde bu ilişki gözlenmezken duygusal istismar için gözlemlenmesi duygusal istismarın uzun dönemdeki etkilerine ve duygu düzenleme süreçlerindeki etkisi ile ilgili olabilir. Duygusal ihmal ve fiziksel ihmalin de bu modelde anlamlı olması çocukluk çağı travmalarından ihmalin yetişkinlik hayatına yansımaları konusunda bilgi vermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçlarına göre, çocukluk çağı travma geçmişi olan kişilerde daha yüksek düzeyde riskli alkol ve madde kullanımı ve kompulsif cinsel davranışlar gözlenmektedir. Çocuk çağı travmaları, cinsel kompulsiyon ve riskli alkol ve madde kullanımının bir yordayıcısıdır. Riskli alkol ve madde kullanımı arttıkça cinsel kompulsiyon düzeyi artmaktadır. Çocukluk çağı travması düzeyinin artmasıyla adaptif bilişsel stratejilerin kullanımı azaltmakta ve adaptif olmayan bilişsel stratejilerin kullanımını arttırmaktadır. Adaptif olmayan stratejilerin kullanımının artmasıyla cinsel kompulsiyon düzeyi de artmaktadır.

Çocukluk çağı travması, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ile cinsel kompulsiyonlar arasındaki ilişkide de adaptif olmayan stratejilerin kısmi aracılık rolü bulunmaktadır. ÇÇT'nin cinsel kompulsiyonlar üzerindeki etkisinde adaptif olmayan stratejilerin kullanımının etkisinden söz etmek mümkündür.

Çalışmanın sonuçlarına göre klinik ortamda cinsel kompulsiyon ya da yüksek riskli alkol ve madde kullanımı olan kişilerle çalışırken çocukluk çağı travmaları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca çocukluk çağında ihmal ve istismara uğrayan çocuk ve ergenlere de bağımlılığa yönelik önleyici yaklaşımlar uygulanması önemli olabilir.

ÇÇT'nin adaptif duygu düzenleme stratejilerinin daha az kullanımıyla ve adaptif olmayan stratejilerin daha fazla kullanımıyla ilişkisinden kaynaklı, bu tür travmaları yaşayan çocuk ve ergenlerde duygu düzenleme becerilerine daha çok önem verilmelidir. Cinsel kompulsiyon düzeyi yüksek olan kişilerle çalışırken de duygu düzenleme stratejilerini öğrenmek ve bununla ilgili çalışmak önemlidir. Bunlara ek olarak üniversite öğrencileri arasında önceki çalışmalara göre daha yüksek oranlarda sigara kullanımı ve alkolün riskli kullanımı tespit edilmesi de dikkat çekmektedir.

Bu alanda çalışmalar yapılırken tespit edilmesi daha zor kabul edilen duygusal istismar ve ihmale önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları daha fazla çalışılırken ve araştırmalar genelde klinik örneklemelerde gerçekleştirilirken alkol ve maddenin riskli düzeyde kullanımı daha az çalışılmaktadır. Bu

nedenle alkol ve maddenin riskli kullanımı ve bununla ilişkili etmenler üzerine çalışmalar faydalı olacaktır.

Cinsel bağımlılık yani cinsel kompulsiyonlar ise ülkemizde çok fazla çalışılmayan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu alanda çalışmaların artması ve çeşitlenmesi oldukça gereklidir.

Üniversite örnekleminde elde edilen araştırma bulgularını genellemek zor olduğundan farklı yaş grupları ve örneklemlemlerle benzer çalışmaların yürütülmesi önemli olabilir. Boylamsal çalışmalar duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolünün daha iyi anlaşılmasına olanak sağlaması açısından literatüre katkı sağlayabilir. Çalışmanın riskli alkol ve madde kullanımının yanı sıra farklı diğer bağımlılık türleriyle de yürütülmesi literatür açısından faydalı olabilir.

KAYNAKLAR

1. **Pekcanlar Akay A, Ercan ES**, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2.Baskı. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; **2021**. 325-533 s.
2. **Polat O**. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1. 3.Baskı. Seçkin Yayıncılık; **2019**. 21-369 s.
3. **Kaplan S, Pelcowitz D, Labruna V**. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the oast 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **1999**;38(10):1-13.
4. **Kendall-Tackett K**. The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl*. **2002**;26(6-7):715-29.
5. **Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP**. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl*. **1996**;20(1):7-21.
6. **Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M**. The long-term health outcomes of childhood abuse: an overview and a call to action. *J Gen Intern Med*. **2003**;18(10):864-70.
7. **Felliti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, vd**. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med*. **1998**;14(4):245-58.
8. **Schwartz MF**. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. **2008**;31(4):567-86. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.07.002>
9. **West R**. Theories of addiction. *Addiction*. **2001**;96(1):3-13.
10. **Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA**. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. **2010**;36(5):233-41.
11. **Rosenberg KP, Carnes P, O'connor S**. Evaluation and treatment of sex addiction. *J Sex Marital Ther*. **2014**;40(2):77-91.
12. **Kafka MP**. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav*. **2010**;39(2):377-400.
13. **Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R**, editörler. Bağımlılık Tanı, Tedavi Önleme. Yeşilay Yayınları; **2019**.
14. **Türkcan A**. Türkiye'de madde kullananların profili: hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*. **1998**;3(11):56-64.
15. **Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS**. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*. **1997**;154(2):243-9.
16. **Perera B, Reece M, Monahan P, Billingham R, Finn P**. Childhood characteristics and personal dispositions to sexually compulsive behavior among young adults. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*. **2009**;16(2):131-45.

17. **Gerber J.** Treatment of sexually compulsive adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2008;31(4):657-69. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.006>
18. **Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, vd.** The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. **2006**;256(3):174-86.
19. **Tok ESS, Özyurt BE.** Üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayan faktörler. *Yeni Symposium Dergisi*. **2015**;53(1):1-10.
20. **Eker İ, Yılmaz B.** Risk alma davranışı: çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı temelinde bir değerlendirme. *Klinik Psikiyatri*. **2016**;19(1):27-36.
21. **Enoch MA.** The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl)*. **2011**;214(1):17-31.
22. **Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S.** Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. **2010**;30(2):217-37. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
23. **Wéry A, Schimmenti A, Karila L, Billieux J.** Where the mind cannot dare: a case of addictive use of online pornography and its relationship with childhood trauma. *J Sex Marital Ther* [Internet]. **2019**;45(2):114-27. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2018.1488324>
24. **Burns EE, Jackson JL, Harding HG.** Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: the impact of emotional abuse. *J Aggress Maltreat Trauma*. **2010**;19(8):801-19.
25. **Ehring T, Quack D.** Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behav Ther* [Internet]. **2010**;41(4):587-98. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
26. **Gürgeç A.** Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü'nün araştırılması: kesitsel kontrollü çalışma [Internet] [Uzmanlık Tezi]. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; **2017**.
27. **Bedirhanbeyoğlu H.** Çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiler [Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi; **2018**.
28. **Jones E, Wessely S.** A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord*. **2007**;21(2):164-75.
29. **Jones E, Wessely S.** Psychological trauma: a historical perspective. *Psychiatry*. **2006**;5(7):217-20.
30. **Kokurcan A, Özsan HH.** Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*. **2012**;20(1-2-3):19-24.
31. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. First. Washington, DC; **1952**. 1-129 s.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second. Washington, DC; **1968**. 371-394 s.
33. **Çolak B, Kokurcan A, Özsan HH.** DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*. **2010**;18(3):19-25.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third. American Psychiatric Association. Washington, DC; **1980**. 1-483 s.

35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth. C. 29, American Psychiatric Association. Washington, DC; **1994**. 1-875 s.
36. American Psychiatric Association. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci Ba. Koroğlu E, editör. Ankara: HYB Yayıncılık; **2014**. 3-387 s.
37. **Koenen KC, Roberts AL, Stone DM, Dunn EC.** The epidemiology of early childhood trauma. The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic. **2010**;13-24.
38. **Helvacı Çelik FG, Hocaoglu Ç.** Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*. **2018**;8(4):695-711.
39. **Pelendecioğlu B, Bulut S.** Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*. **2009**;9(1):49-62.
40. **Polat O.** Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-2. 2.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; **2019**. 263-357 s.
41. **Ulaş S.** Yaşam boyu ihmal ve istismar: önleme-müdahale yaklaşımları. İçinde: Seçer İ, editör. Yaşam Boyu Gelişim ve Uyum Sorunları Psikopatolojiyi Anlamak. Nobel Kitap; **2020**. s. 217-71.
42. Child maltreatment [Internet]. World Health Organization. **2020**. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
43. **Turan A, Traş Z.** Çocuk ihmali ve istismarı. İçinde: Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A, editörler. Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları; **2016**. s. 37-59.
44. **Aktepe E.** Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*. **2009**;1:95-119.
45. **Kütük MÖ, Bilaç Ö.** Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. *Türkiye Klinikleri*. **2017**;3(3):181-7.
46. **Alpaslan AH.** Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*. **2014**;15(2):194-201.
47. **Éthier LS, Lemelin JP, Lacharité C.** A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse Negl*. **2004**;28(12):1265-78.
48. **Taşçı M.** Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Başbakanlık Basımevi. Ankara; **1998**.
49. **Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B.** Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg*. **2001**;2(2):69-78.
50. **Oral ÜK, Engin P, Büyükyazıcı Z.** Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması [Internet]. **2010**. Erişim adresi: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>
51. **Yolga Tahiroğlu A, Avco A, Çekin N.** Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Derg*. **2008**;9:1-7.
52. **Putnam FW.** Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. **2003**;42(3):269-78. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
53. **Gorey KM, Leslie DR.** The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl*. **1997**;21(4):391-8.

54. **Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S.** Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihtimal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **2002**;24(3):128-34.
55. **Clemmons JC, Walsh K, DiLillo D, Messman-Moore TL.** Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreat*. **2007**;12(2):172-81.
56. **Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G.** The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl*. **1999**;23(2):145-59.
57. **Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT.** Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]*. **1996**;34(10):1365-74. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199610000-00024>
58. **Yüksel N,** editör. Ruhsal Hastalıklar. 4.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; **2014**.
59. **Derin G, Okudan M, Aşıcıoğlu F.** Alkol ve madde kullanım bozukluklarında ailevi risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri*. **2021**;1(May):118-26.
60. **Kring AM, Johnson SL, Davison G, Neale J.** Anormal Psikoloji. 12.Baskı. Şahin M, editör. Ankara: Nobel Kitap; **2017**.
61. **Goodman A.** Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. **1990**;85(11):1403-8.
62. **Marc N. Potenza.** Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive Behaviors*. **2014**;39(1):2013-6.
63. Substance Abuse [Internet]. World Health Organization. **2021**. Erişim adresi: <https://www.afro.who.int/health-topics/substance-abuse>
64. **Ögel K.** Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. **2005**;1(47):61-4.
65. İç İşleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü NSMDB. Türkiye Uyuşturucu Raporu [Internet]. 2019. Erişim adresi: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
66. **Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamali F.** Alcohol and drug use in UK university students. *The Lancet*. **1996**;348:922-5.
67. **Akvardar Y, Aslan B, Ekici B, Ögün E, Şimşek T.** Dokuz eylül üniversitesi tıp fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*. **2001**;2(2):49-52.
68. **Kaya N, Çilli AS.** Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*. **2002**;3(2):91-7.
69. **Kılıç M, Uzunçakmak T.** Üniversite öğrencilerinde madde kullanım eğilim düzeyi ve risk faktörleri. *Bozok Tıp Dergisi*. **2020**;10(3):1-8.
70. **Eryılmaz D, Göğceğöz I, Eryılmaz G.** Üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayıcı bazı etkenlerin değerlendirilmesi. *Güncel Bağımlılık Araştırmaları*. **2020**;4(1):16-20.
71. **Öztürk YE, Kırhoğlu M, Kırac R.** Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. **2015**;18(2):97-118.
72. **Kızıltaş A, Tuncay T.** Üniversite öğrencilerinin alkol ve madde kullanma risklerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. **2021**;32(3):867-82.

73. **Karakuş G, Evlice YE, Tamam L.** Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **2012**;37(1):37-48.
74. **Robbins TW, Clark L.** Behavioral addictions. *Curr Opin Neurobiol [Internet]*. **2015**;30:66-72. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.conb.2014.09.005>
75. **Karim R, Chaudhri P.** Behavioral addictions: an overview. *J Psychoactive Drugs*. **2012**;44(1):5-17.
76. **Benbir G, Aksoy Poyraz C, Apaydın H.** Davranışsal ya da “madde-dışı” bağımlılıklara tanısall yaklaşım. *Nobel Medicus*. **2014**;10(1):5-11.
77. **Derbyshire KL, Grant JE.** Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *J Behav Addict*. **2015**;4(2):37-43.
78. **Kuzma JM, Black DW.** Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America [Internet]*. **2008**;31(4):603-11. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
79. **Holden C.** Behavioral addictions: do they exist? *Science (1979) [Internet]*. **2001**;294:980-2. Erişim adresi: <http://science.sciencemag.org/content/294/5544/980.abstract>
80. **Mick TM, Hollander E.** Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*. **2006**;11(12):944-55.
81. **Goodman A.** Sexual addiction: designation and treatment. *J Sex Marital Ther*. **1992**;18(4):303-14.
82. **Hughes B.** Understanding “sexual addiction” in clinical practice. *Procedia Soc Behav Sci*. **2010**;5:915-9.
83. **Zengin Eroğlu M, Tamam L.** Geç başlangıçlı bir kompulsif seks bağımlılığı olgusu. *Journal of Mood Disorders*. **2016**;6(4):234.
84. **Fuss J, Briken P, Stein DJ, Lochner C.** Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity. *J Behav Addict*. **2019**;8(2):242-8.
85. **Krueger RB.** Diagnosis of hypersexual or compulsive sexual behavior can be made using ICD-10 and DSM-5 despite rejection of this diagnosis by the American Psychiatric Association. *Addiction*. **2016**;111:2110-1.
86. Compulsive sexual behaviour disorder [Internet]. World Health Organization. **2022**. Erişim adresi: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%253A%252F%252Fid.who.int%252Ficd%252Fentity%252F1630268048>
87. **Grant JE, Potenza MN.** Sexual orientation of men with pathological gambling: prevalence and psychiatric comorbidity in a treatment-seeking sample. *Compr Psychiatry*. **2006**;47(6):515-8.
88. **Karakuş G, Tamam L, Öztürk Z, Zengin Eroğlu M, Bahalı K, Nebioğlu M, vd.** Bir grup üniversiteye hazırlık öğrencisinde dürtü kontrol bozukluğu. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. **2011**;48(4):238-42.
89. **Ünlübol H, Hızlı Sayar G.** TURBAHAR Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası. **2019**.
90. **Kızıllok GE.** Cinsel bağımlılık: tanımı, etiolojisi ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. **2021**;13(3):394-411.

91. **Raymond NC, Coleman E, Miner MH.** Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry*. **2003**;44(5):370-80.
92. **Carnes P, Delmonico DL.** Childhood abuse and multiple addictions: research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sex Addict Compulsivity*. **1996**;3(3):258-68.
93. **Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J, Giménez-García C, Gil-Juliá B, Gil-Llario MD.** Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors [Internet]*. **2020**;107:1-26. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384>
94. **Campos JJ, Frankel CB, Camras L.** On the nature of emotion regulation. *Child Dev*. **2004**;75(2):377-94.
95. **Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE.** Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*. **1995**;7(1):1-10.
96. **Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barret L,** editörler. Handbook of Emotions. İçinde: Third Edit. New York: The Guildford Press; **2019**. s. 53-68.
97. **Thompson RA.** Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. **1994**;59(2-3):25-52.
98. **Thompson RA.** Emotional regulation and emotional development. C. 3, *Educational Psychology Review*. **1991**. 269-307 s.
99. **Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P.** Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. **2001**;30:1311-27.
100. **Garnefski N, Kraaij V.** The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*. **2007**;23(3):141-9.
101. **Cohen FS, Densen-Gerber J.** A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: Preliminary results. *Child Abuse Negl*. **1982**;6(4):383-7.
102. **Medrano MA, Zule WA, Hatch J, Desmond DP.** Prevalence of childhood trauma in a community sample of substance- abusing women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. **1999**;25(3):449-62.
103. **Heffernan K, Cloitre M, Tardiff K, Marzuk PM, Portera L, Leon AC.** Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive Behaviors*. **2000**;25(5):797-803.
104. **Vaddiparti K, Bogetto J, Callahan C, B. Abdallah A, Spitznagel EL, Cottler LB.** The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Arch Sex Behav*. **2006**;35(4):451-9.
105. **Cuomo C, Sarchiapone M, Giannantonio M Di, Mancini M, Roy A.** Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. **2008**;34(3):339-45.
106. **Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C.** Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors [Internet]*. **2010**;35(1):68-71. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.003>
107. **Karagöz B.** Alkol veya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi: çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü faktörleri [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi; **2010**.

108. **Schwandt ML, Heilig M, Hommer DW, George DT, Ramchandani VA.** Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood: mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcohol Clin Exp Res.* **2013**;37(6):984-92.
109. **Taplin C, Saddichha S, Li K, Krausz MR.** Family history of alcohol and drug abuse, childhood trauma, and age of first drug injection. *Subst Use Misuse.* **2014**;49(10):1311-6.
110. **Erel O, Golge ZB.** Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar ile çocukluk çağı istismar, dürtüsellik ve riskli davranışlar arasındaki ilişki Özge. *Anadolu Psikiyatri Derg.* **2015**;16(3):189-97.
111. **Konkolý Thege B, Horwood L, Slater L, Tan MC, Hodgins DC, Wild TC.** Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. *BMC Psychiatry.* **2017**;17(1):1-17.
112. **Ünal M.** Erişkinlerde Çocukluk Çağı Travmasının Alkol ve Madde Bağımlılığı Riski Üzerine Etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; **2020**.
113. **Anderson NB, Coleman E.** Childhood abuse and family attitudes in sexually-compulsive males: a comparison of three clinical groups. *American Journal of Preventive Psychiatry & Neurology.* **1991**;3(1):8-15.
114. **Selvi Y, Özdemir PG, Atli A, Kıran SG.** Aile içi cinsel istismar sonrası zedelenmiş cinsellik: kompulsif cinsel davranışları olan bir olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* **2011**;24(1):85-8.
115. **Blain LM, Muench F, Morgenstern J, Parsons JT.** Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse Negl [Internet].* **2012**;36(5):413-22. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>
116. **Vaillancourt-Morel MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S.** Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl [Internet].* **2015**;40:48-59. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.024>
117. **Efrati Y, Gola M.** The effect of early life trauma on compulsive sexual behavior among members of a 12-step group. *J Sex Med [Internet].* **2019**;16(6):803-11. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.272>
118. **Slavin MN, Scoglio AAJ, Blycker GR, Potenza MN, Kraus SW.** Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: a systematic literature review. *Curr Addict Rep.* **2020**;7(1):76-88.
119. **Meyer D, Cohn A, Robinson B, Muse F, Hughes R.** Persistent complications of child sexual abuse: sexually compulsive behaviors, attachment, and emotions. *J Child Sex Abus [Internet].* **2017**;26(2):140-57. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2016.1269144>
120. **Eysenbach G.** Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research [Internet].* **2004**;6(3):e34. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550605/>
121. **Vasanth RN, Harinarayana NS.** Online survey tools : A case study of Google Forms Online. Scientific, *Computational & Information Research Trends in Engineering [Internet].* **2016**;1(1):1-12. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/326831738>
122. **Koç Başaran Y.** Sosyal bilimlerde örnekleme kuramı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi.* **2017**;5(47):480-95.

123. **Bernstein P, Fink L, Foote J, Lovejoy M, Ruggiero J.** Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. **1994**;151(8):1132-6.
124. **Şar V, Öztürk E, İkikardeş E.** Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. **2012**;32(4):1054-63.
125. **Kalichman SC, Johnson JR, Adair V, Rompa D, Mulhauf K, Kelly JA.** Sexual sensation seeking: scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment* ISSN: **1994**;62(3):385-97.
126. **Kalichman SC, Rompa D.** Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess*. **1995**;65(3):586-601.
127. **Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Llarío MDG, Salmerón-Sánchez P.** Sexual compulsivity scale: Adaptation and validation in the spanish population. *J Sex Marital Ther*. **2013**;39(6):526-40.
128. **Akın A, Çelik E.** Cinsel kompülsiyon ölçeği'nin uyarlanması. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. **2015**;14(3):617-29.
129. **Ögel K, Koç C, Görücü S.** Study on development, validity and reliability of a risk-screening questionnaire for alcohol and drug use. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. **2017**;27(2):164-72.
130. **Onat O, Otrar M.** Adaptation of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire to Turkish: Validity and Reliability Studies. *Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi*. **2010**;31:123-43.
131. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY.: IBM Corp.; **2013**.
132. **Baron RM, Kenny DA.** The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research. Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *J Pers Soc Psychol*. **1986**;51(6):1173-82.
133. **Erdfelder E, FAul F, Buchner A, Lang AG.** Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. **2009**;41(4):1149-60.
134. **Schoemann, Alexander M. Boulton AJ, Stephen D. S.** Monte Carlo Power Analysis for Indirect Effects [Internet]. Erişim adresi: https://schoemanna.shinyapps.io/mc_power_med/
135. **Cohen J.** Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Revised Ed. New York: Academic Press; **1977**. 25-27 s.
136. **Kim HY.** Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*. **2013**;38(1):52.
137. **Kılıç S.** Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders*. **2016**;6(1):47.
138. **Schoemann, Alexander M. Boulton AJ, Stephen D. S.** Monte Carlo Power Analysis for Indirect Effects [Internet]. Erişim adresi: https://schoemanna.shinyapps.io/mc_power_med/

EK-2

Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Akademik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/09/2021-6332

Ç.Ü. BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	TOPLANTI TARİHİ
18	11	24.09.2021

24.09.2021 tarihinde saat 11.30'da toplanan Enstitü Yönetim Kurulunca aşağıdaki kararlar oy birliği ile kabul edildi.

KARAR 2- Bağımlılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi 2020941006 No'lu Şevval KINAY 'ın Tez Önerisine ait 06.09.2021 tarihli ve 11/2 sayılı Akademik Kurul Kararı görüşüldü.

Bağımlılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi 2020941006 No'lu Şevval KINAY'ın "**Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarının, Riskli Alkol-Madde Kullanımı ve Cinsel Kopülsiyonlarla İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü**" başlıklı Tez Önerisine ait Akademik Kurul Kararının kabulüne ve kararın Anabilim Dalı ile öğrencinin Danışmanına bildirilmesine oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Necmi ÇEKİN (Enstitü Müdürü)
Başkan

e-imzalıdır

Prof. Dr. M.Ata SEÇİLMİŞ (Enstitü Müdür Yrd.)
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayşe SERİN (Enstitü Müdür Yrd.)
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Fulya CENKSEVEN ÖNDER
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Naim Zülal ELEKCİOĞLU
Üye

EK-4

Demografik Bilgi Formu

Doğum yılınız:....

Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)

Cinsel yöneliminiz:

Romantik ilişki durumunuz:

- ☐ İlişkim var
- ☐ İlişkim yok
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)

Medeni durumunuz:

- ☐ Hiç evlenmemiş
- ☐ Evli
- ☐ Boşanmış
- ☐ Eşi vefat etmiş
- ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)

Yaşadığınız şehir:....

Eğitim Durumunuz:

- ☐ Lise
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek Lisans
- ☐ Doktora

Eğitim gördüğünüz üniversitenin adı:.....

Daha önce hiç psikolojik/psikiyatrik bozukluk tanısı aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Aldığınız psikolojik/psikiyatrik bozukluk tanısı nedir?....

Pornografik materyal tüketiyor musunuz? (Örneğin, porno film izlemek, fotoğraflara bakmak, video izlemek, dergi okumak, oyun oynamak vb.)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Pornografik materyale haftada ortalama ne kadar vakit ayırıyorsunuz?

- ☐ 1 saatten az
- ☐ 1-3 saat
- ☐ 3-6 saat
- ☐ 6 saatten fazla

Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Hiç sigara kullanmıyorum.
- ☐ Nadiren sigara kullanıyorum.
- ☐ Günde 1-2 tane kullanıyorum.
- ☐ Günde 5-10 tane kullanıyorum.
- ☐ Günde 10-20 tane kullanıyorum.
- ☐ Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyorum.

Anneniz:

- ☐ Hiç sigara kullanmıyor.
- ☐ Nadiren sigara kullanıyor.
- ☐ Günde 1-2 tane kullanıyor.
- ☐ Günde 5-10 tane kullanıyor.
- ☐ Günde 10-20 tane kullanıyor.
- ☐ Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyor.

Babanız:

- ☐ Hiç sigara kullanmıyor.
- ☐ Nadiren sigara kullanıyor.
- ☐ Günde 1-2 tane kullanıyor.
- ☐ Günde 5-10 tane kullanıyor.
- ☐ Günde 10-20 tane kullanıyor.
- ☐ Günde 1 veya daha fazla paket sigara kullanıyor.

Anneniz:

- ☐ Hiç alkol kullanmaz.
- ☐ Sadece özel davetlerde alkol kullanır.
- ☐ Ayda 1-2 defa alkol kullanır.
- ☐ Haftada en az 1 kez alkol kullanır.
- ☐ Haftada birden fazla kez alkol kullanır.

Babanız:

- ☐ Hiç alkol kullanmaz.
- ☐ Sadece özel davetlerde alkol kullanır.
- ☐ Ayda 1-2 defa alkol kullanır.
- ☐ Haftada en az 1 kez alkol kullanır.
- ☐ Haftada birden fazla kez alkol kullanır.

EK-5

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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 ve işaretleyiniz.

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1. Hiçbir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

	Hiçbir zaman	Nadir en	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					

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

EK-6

Cinsel Kompulsiyon Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. Her sorunun karşısında bulunan;

(1) Bana hiç uygun değil (2) Bana kısmen uygun değil (3) Bana kısmen uygun (4) Bana tamamen uygun anlamına gelmektedir.

1.Cinsel arzularım kişiler arası ilişkilerimde önemli oranda belirleyicidir.

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

2.Cinsel düşünce ve davranışlarım yaşamımda problemlere yol açar.

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

3.Cinsel ilişki isteğimin fazlalığı günlük yaşam dengemi bozar.

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

4.Cinsel davranışlarımdan dolayı söz ve sorumluluklarımı yerine getiremiyorum.

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

5.Bazı zamanlar kontrolümü kaybedecek kadar cinsel isteğim artar.

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

6.Çalışırken kendimi cinsel ilişki hayal ederken bulurum.

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

7.Cinsel düşünce ve hislerim, kontrolümü ele geçirir.

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

8.Cinsel düşünce ve davranışlarımı kontrol etmeye çalışmak zorundayım.

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

9.Cinsel ilişki düşünceleri zihnimi fazlasıyla meşgul eder.

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

10.Benim kadar cinsel ilişki isteyen bir partner bulmak benim için çok zor.

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

EK-7

Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama (BAPİRT)

BAPİRT-AÖ

A1 Son altı ay içinde ne sıklıkta alkol kullandınız?

- ☐ Hiç kullanmadım veya ayda 1-3 kereden fazla değil
- ☐ Haftada 1-5 kez
- ☐ Hemen hemen her gün

A2 Son altı ay içinde, alkol içtiğinizde bir günde ne kadar içerdiniz?

Ortalama olarak söyleyebilir misiniz?*

- ☐ Hiç veya 1-2 standart içkiye kadar
- ☐ 3-4 standart içki
- ☐ 5 standart içkiden fazla

*Aşağıdakine göre günlük standart içki miktarını hesaplayıp, yanıtı öyle yazınız

Bir kadeh şarap = Bir standart içki

Yarım duble rakı veya votka veya cin veya viski vb= Bir standart içki

Bir büyük kutu bira= 1,5 standart içki

A3 Son altı ay içinde, bir seferde (6 kadeh şarap veya 3 duble rakı veya dört kutu büyük bira) veya daha fazla içme sıklığınız ne kadardır?*

- ☐ Hiç veya ayda birden az
- ☐ Ayda 1-3 kez

☐ Haftada bir veya daha fazla

*Parantez içindeki standart içki cinsini daha önceki soruda verdiği yanıtı göre belirleyiniz.

A4 Gündüz saatlerinde de alkol kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

A5 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

A6 Alkol kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

BAPİRT-MÖ

M1 Son bir yıl içinde ne sıklıkta [madde] kullandınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ En az bir kez ☐ Üçten fazla kez

M2 [Maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

M3 [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

M4 [Madde] kullanmak beden veya ruh sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

M5 [Madde] kullanmanız, az sonra sayacağım yaşam alanlarından birisi üstünde olumsuz etkileri oldu mu? Aile ilişkilerinizde? Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizde? Eğitim hayatınızda? İş hayatınızda?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık

M6 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çok sık



EK-8

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Olaylarla Nasıl Başa Çıkarsınız?

Herkes zaman zaman olumsuz ya da tatsız olaylarla karşılaşır ve herkes bu olaylara kendi yöntemiyle tepki verir. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayarak olumsuz ya da tatsız olaylar yaşadığınızda genel olarak ne düşündüğünüzü belirtiniz.

1. (Neredeyse) Hiçbir Zaman 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. (Neredeyse) Her Zaman

Suçlanacak kişinin ben olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Sık sık, yaşadığım olayla ilgili ne hissettiğim hakkında düşünürüm	1	2	3	4	5
Yaşadığım şeyden daha güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4	5
Yapabileceğimin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5
Bu durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
''Herşey çok daha kötü olabilirdi'' diye düşünürüm	1	2	3	4	5
Sık sık, yaşadığım olayın diğer insanların başına gelen olaylardan çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Suçlanacak kişinin başkaları olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Olanlardan sorumlu olan kişinin kendim olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumu kabul etmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
Zihnim yaşadığım olayla ilgili ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olur.	1	2	3	4	5
Yaşadığım olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
Olanların sonucunda daha güçlü bir insan olabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
Diğer insanların başından çok daha kötü şeyler geçtiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5

Yaşadığım şeyin ne kadar korkunç bir şey olduğunu düşünür dururum.	1	2	3	4	5
Olanlardan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumla ilgili yaptığım hatalar hakkında düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumla ilgi hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm	1	2	3	4	5
Yaşadığım olayla ilgili neden bu şekilde hissettiğimi anlamak isterim.					
Olanları düşünmek yerine güzel bir şey düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumun olumlu yanları da olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Diğer şeylerle karşılaştırıldığında yaşadığım şeyin o kadar da kötü olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5
Sık sık, yaşadığım durumun bir insanın başına gelebilecek en kötü durum olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumla ilgili başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
Temelde durum bizzat benden kaynaklanmış olmalı diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
Bu durumla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
Durumun bende uyandırdığı duygular üzerine kafa yorırım.	1	2	3	4	5
Yaşadığım güzel şeyler hakkında düşünürüm.	1	2	3	4	5
Duruma dair yapabileceğim en iyi şeyi planlarım.	1	2	3	4	5
Durumun olumlu yönlerini bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
Kendime hayatta bundan daha kötü şeylerin olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
Sürekli bu durumun ne kadar berbat olduğunu düşünür dururum.	1	2	3	4	5
Sorunun temelinde diğer insanların yattığını düşünürüm.	1	2	3	4	5