

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**PSİKIYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI İSTİSMAR VE
İHMALİ İLE MİZAÇ, KARAKTER ÖZELLİKLERİ VE
ÖFKE ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ŞULE TÖNGE**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ASLI ÇEPİK KURUOĞLU**

**ANKARA
ARALIK 2011**

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**PSİKIYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI İSTİSMAR VE
İHMALİ İLE MİZAÇ, KARAKTER ÖZELLİKLERİ VE
ÖFKE ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ŞULE TÖNGE**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ASLI KURUOĞLU**

**ANKARA
ARALIK 2011**

TEŞEKKÜR

İhtisas eğitimim sonunda, sevgi ve saygılarımı iletmeyi istediğim kişilere teşekkür etme imkanı bulabildiğim için çok mutluyum. Bu çalışmanın planlanması ve yapılması sırasında her aşamasındaki destek ve katkılarından dolayı Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu' na, mesleğe duyduğu saygı ile takdir ettiğim Prof. Dr. Nevzat Yüksel' e, bilgi ve birikimlerini benle paylaşan Prof. Dr. Zehra Arıkan, Prof. Dr. Behçet Coşar ve Prof. Dr. Erdal Işık' a, araştırma ve bilim konusunda bana şevk veren Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, eğitimime ilk başladığım zamandan beri çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Aslıhan Sayın' a, birlikte çalışabilme fırsatı bulabildiğim için mutlu olduğum Doç. Dr. Selçuk Aslan, Doç. Dr. Ender Taner ve Doç. Dr. Burhanettin Kaya' ya; rotasyonlarım süresinde tanıyabilme imkanı bulduğum Prof. Dr. Şahnur Şener, Prof. Dr. Reha Kuruoğlu, Prof. Dr. Elvan İşeri, Prof. Dr. Ayşe Bora Tokçaeer, Prof. Dr. Bijen Nazlıel, Doç. Dr. Yasemen Taner ve diğer tüm saygı değer hocalarıma teşekkür ederim.

Bu süre zarfında biriktirdiğim güzel anıların baş rollerindeki G.Ü.T.F. psikiyatri kliniği çalışanları ve kader ortaklarım sevgili araştırma görevlisi arkadaşlarıma, bu mesleği yapma nedenim olan tanıdığım, takip ettiğim tüm psikiyatri hastalarına teşekkür ederim. Kliniğimizin biricik psikoloğu Çisem Utku' ya özellikle bu çalışmanın oluşması sırasındaki maddi, manevi tüm destekleri için minnetarım.

Ve son olarak, varlığımın tüm değerlerinin en önemli nedeni ve her daim güç kaynağım sevgili annem, babam ve küçük dostlarıma, ihtisas sürem bana

kazandırdığı en önemli varlık, sevgi ve sabırla beni hep destekleyen hayat arkadaşım Dr. Mehmet Tönce 'ye yanımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Dr. Şule Tönce

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
I.GİRİŞ	1
II.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Çocuk İstismarı ve İhmali Kavramları	4
2.1.1 Fiziksel İstismar	4
2.1.2 Cinsel İstismar	5
2.1.3 Duygusal İstismar	5
2.1.4 İhmal	6
2.2 Çocuk İstismar ve İhmali Tarihçesi.....	6
2.3 Çocuk İstismar ve İhmali Epidemiyolojisi	8
2.4 Çocuk İstismarı ve İhmali Nörobiyolojik Faktörler	10
2.5 Çocuk İstismar ve İhmali Ruhsal Etkileri	13
2.6 Mizaç ve Karakter	16

2.6.1 Genel Tanımlar	16
2.6.2 Cloninger'in Mizaç ve Karakter Üzerinde Psikobiyolojik Modeli	16
2.6.3 Psikobiyolojik Modelin Mizaç Boyutları	18
2.6.3.1 Yenilik arayışı:	18
2.6.3.2 Zarardan Kaçınma:	18
2.6.3.3 Ödül Bağımlılığı:	19
2.6.3.4 Sebat Etme:	20
2.6.4 Psikobiyolojik Modelin Karakter Boyutları	20
2.6.4.1 Kendi Kendini Yönetme:	21
2.6.4.2 İşbirliği Yapma:	22
2.6.4.3 Kendini Aşma:	22
2.7 Öfke	23
2.7.1 Tanım	23
2.7.2 Öfke İle İlişkili Kuramsal Yaklaşımlar	25
2.7.2.1 Psikanalitik Kuram:	25
2.7.2.2 Bilişsel Davranışçı Kuram:	26
2.7.2.3 Sosyokültürel Kuram:	26

2.7.3 Öfke İle İlişkili Duygular	27
2.7.4 Çocukluk Çağı Travmalarının Öfke ve Saldırganlık ile İlişkisi...	28
III. GEREÇ VE YÖNTEMLER	30
3.1 Örneklemin Oluşturulması:	30
3.2 Veri Toplama Araçları:	30
3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu	30
3.2.2 SCID-I	31
3.2.3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	32
3.2.4 Çok Boyutlu Öfke Ölçeği.....	32
3.2.5 Mizaç ve Karakter Envanteri.....	33
3.3 İstatistiksel Değerlendirme.....	34
IV. BULGULAR.....	35
V. TARTIŞMA.....	55
VI. SONUÇ ve ÖNERİLER	74
VII. KAYNAKLAR.....	75
VIII. ÖZET	95
IX. SUMMARY	98

EKLER	100
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	100
EK-2 Çok Boyutlu Öfke Envanteri	101
EK-3 Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği	106
EK-4 Mizaç ve Karakter Envanteri	109

TABLÖLAR

Tablo 1: Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	37
Tablo 2: Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travması Ölçek Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapmalar.....	38
Tablo 3 Örneklemde Yer Alan Psikiyatrik Hasta Grupları Arasındaki Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Bulgularına Ait Kruskal-Wallis Analiz Sonuçları.....	41
Tablo 4: Örneklemde Yer Alan Psikiyatrik Hasta Grupları Arasındaki Mizaç Karakter Envanteri Bulgularına Ait Kruskal-Wallis Analiz Sonuçları	44
Tablo 5: Depresyon Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları.....	46
Tablo 6: BAB ve Şizofreni Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları	48
Tablo 7: Anksiyete Bozukluğu Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları	50

Tablo 8:	Alkol/Madde Bağımlılığı Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları.....	52
Tablo 9:	Diğer Psikiyatrik Bozuklukları Olan Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları.....	54

KISALTMALAR

Çİ	: Çocuk İstismarı
Fİ	: Fiziksel İstismar
Cİ	: Cinsel İstismar
Dİ	: Duygusal İstismar
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
BAB	: BipolarAffektif Bozukluk
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇBÖÖ	: Çok Boyutlu Öfke Ölçeği
TPQ	: TridimensionalPersonalityQuestionnaire
SCID-I	: TheStructuredClinicalInterviewfor DSM-III-R
CRH	: Kortikotropin salıverici hormon (Cortikotropinreleasinghormone)

I.GİRİŞ

Çocuk, doğduğu andan itibaren büyüme süreci içinde ailesi ve çevresi ile kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçları özümseyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturur (1). Çocuk, anne ve babaya sadece bakım ve beslenme açısından değil aynı zamanda sevgi ve ilgi açısından da gereksinim duyar. Bu nedenle, ebeveynlerin çocuklarına karşı gösterdikleri davranış biçimleri, çocuğun yetiştiği ortam, çevresindeki diğer yetişkinlerin davranışları çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesi açısından önemlidir (2).

Mevcut benlik savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek düzeydeki ağır sarsıcı yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerinde özgül etkiler yaratır. Bu tür yaşantılar ruhsal travmalar olarak tanımlanır. Son yıllarda insan psikolojisi alanında yapılan birçok çalışmada, ruhsal bozuklukların temelinde yatan nedenler içinde çocukluk çağındaki örselenme yaşantılarına odaklanılmıştır(3, 4).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları; bir sorumluluk, güven yada güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı yada zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/ veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal yada ihmalkar davranışları içermektedir(5). 1999 WHO Çocuk İstismarını Önleme İstişare Toplantısı, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının 4 türünü tanımlamaktadır:

1-Fiziksel İstismar

2-Cinsel İstismar

3-Duygusal İstismar

4-İhmal

Genel anlamda; çocuk istismarı ve ihmali ebeveyn yada bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz yada hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen yada kısıtlayan eylem yada eylemsizliklerin tümüdür(6). Çocuğa yönelik kötü muamele yada çocuk istismarı insanlık tarihi kadar eski bir olgu olmakla birlikte günümüzde istismar olgularının halen büyük çoğunluğu bilinmemekte, bildirilmemektedir. Çocuk istismarı yinelenebilirliği, çocuğa genellikle en yakını olan kişiler tarafından yapılıyor olması ve çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını dahi etkileyecek uzun süreli etkilerinin tanımlanması ve tedavi edilmesi güç bir travma türüdür.

Çocukluk yaşantılarında ihmal ve istismar öyküsü bulunan yetişkinler ruhsal sorunlar açısından daha çok risk altındadırlar. Yapılan pekçok çalışmada, çocukluk çağında yaşanan travmaların ileriki yıllarda kişilik bozuklukları, depresyon, madde kullanımı, antisosyal davranış bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, somatizasyon bozukluğu, anksiyete bozuklukları, kendine zarar verme davranışları gibi pekçok ruhsal sorunla ilişkisi ortaya konmuştur(3, 7-10). Ayrıca bu kişiler başkaları ile kurdukları sosyal ilişkilerde de çekingen, korkak, antisosyal davranışlar sergilemektedirler. Daha önce yapılan çalışmalarda

çocukların travmatik yaşantı durumlarında travmaya özgül davranış kalıpları (çabuk tepki verme, kaçınma, çaresizlik, yıkıcı davranışlar) geliştirdikleri ve bunların oluşan bilişsel şemalarla yetişkin yaşama taşındığı ileri sürülmüştür. Bu çocukların erişkin dönemdeki ilişkilerinde çocukluktaki kötüye kullanma, saldırıya uğrama, şiddet ve örselenme sahnelerini yineleyici bir şekilde yaşadıkları düşünülmektedir(11).

Çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantılarının erişkin dönemde ruhsal sağlık üzerindeki muhtemel etkilerinden yola çıkarak, çalışmamızda bu yaşantıların polikliniğimize başvuran hastalardaki sıklığını belirlemeyi, mizaç/ karakter gelişimi ve öfke üzerine etkilerinin araştırılmasını ve bunun travmatik yaşantısı olmayan hastalarla karşılaştırılmasını amaçladık. Ülkemizde çocukluk çağı travmaları sıklığı ve etkileri ilgili verilerin kısıtlı olması nedeni ile çalışmamızın sonuçlarının önem taşımasını ummaktayız.

II. GENEL BİLGİLER

2.1 Çocuk İstismarı ve İhmali Kavramları

Çocuk istismarı ve ihmali; bir sorumluluk, güven ve güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, gelişmesi ve saygınlığı açısından fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari amaçlı yada başka tür sömürülerin tamamıdır. Bu eylem yada eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel yada sosyal açıdan zarar görmesi söz konusudur (6, 12)

Dünya şiddet ve sağlık raporu ile, 1999 WHO Çocuk İstismarı Önleme İstişare Toplantısı, çocuklara kötü muamelenin dört türünü tanımlamaktadır.

2.1.1 Fiziksel İstismar

Bir çocuğun fiziksel istismarı (Fİ); çocuğa karşı kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması şeklinde tanımlanır (13). Bu tanım çerçevesinde değerlendirilebilecek hareketler; vurma, tekmeleme, sarsma, ısırma, boğazını sıkma, yaralama, yakma, zehirleme, boğma vb. olabilir. Evlerde çocuklara karşı fiziksel şiddete çoğu kez otoriteyi sağlama, öfke boşaltma veya cezalandırma amacı ile başvurulur (14).

2.1.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar (Cİ), çocuğun kendisini tam olarak kavrayamadığı, tam onay vermesi mümkün olamayacak veya gelişme düzeyi açısından hazır olmadığı yada toplum yasaları ve tabularını ihlal eden herhangi bir cinsel etkinliğe dahil edilmesidir. Çocuğun rızası olsun olmasın ırzına geçilmesi, cinsel organlarının ellenmesi, müstehcen sözlere maruz kalması, yetişkinin cinsel organını okşamaya yöneltilmesi yada zorlanması, pornografide yada fuhuşta kullanılması, pornografik materyal izlettirilmesi, teşhircilik vb. çocuğa yönelik cinsel istismar davranışlarıdır (15). Çocukların cinsel istismarında failler; yaşları gereği mağdur üzerinde belirli bir yetki, otorite, sorumluluk taşıyan yetişkinler olabileceği gibi, başka çocuklar da olabilir.

2.1.3 Duygusal İstismar

Duygusal ve psikolojik istismarda; hem tekil olaylar, hem de bir ebeveyn yada bakıcının, bir süreç içinde, çocuğun gelişimi açısından uygun ve destekleyici bir ortam sağlamadaki başarısızlığı söz konusudur(16). Bu kategoriye giren fiillerin, çocuğun fiziksel veya zihinsel sağlığını; fiziksel, zihinsel, manevi veya toplumsal gelişimini olumsuz etkileme olasılığı yüksektir. Bu tür istismar örnekleri olarak hareket serbestliğinin kısıtlanması, küçük düşürme, suçlama, tehdit, korkutma, ayrımcılık yapma, alay etme, dışlama, düşmanca yaklaşımlar, aşırı koruma yada aşırı hoşgörü, sevgiden ve uyarandan yoksun bırakma, suça yöneltme, yok sayma, çocuğun yaşına ve özelliklerine uygun olmayan beklentiler

içinde olma, çocuğu aile içi uyuşmazlıklarda taraf tutmaya zorlama, aile içi şiddete tanıklık etme sayılabilir (17).

2.1.4 İhmal

İhmalde hem tekil olaylar, hem de bir ebeveynin yada başka bir aile üyesinin aslında yapabilecek durumdayken çocuğun gelişimi ve esenliği için yapması gerekenleri yapmaması söz konusudur (18). Bu tanımıyla ihmal şu alanlarda görülebilir:

.Sağlık

.Eğitim

.Duygusal gelişim

.Beslenme

.Barınma ve güvenli yaşam koşulları

2.2 Çocuk İstismar ve İhmali Tarihçesi

Çocuk istismarı (Çİ) ve ihmaline yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın insanlığın bu konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir (19, 20).1860' da Tardieu tarafından tıp literatüründe ilk tanımlama yapılmadan önce, Hugo ve Dickens gibi yazarların konuya değindikleri görülmektedir (21). Uzun bir süre sonra Caffey' in 1946 yılında uzun kemik yada kosta kırıkları ve subduralhematomla çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir. Kempe 1962 yılında ilk

kez ‘‘hırpalanmış çocuk’’ (batteredchild) terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini çocuk istismarı (child abuse) terimine bırakmıştır (22). Günümüze gelinen süreçte konuyla ilgili en önemli gelişme, 1989 yılında Birleşmiş Milletler’ ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’dir. Sözleşmenin 19. maddesi, çocuğun bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşın korunmasının sözleşmeyi kabul eden devletlerin yükümlülüğünde olması sorumluluğunu getirmiştir (23).

Yirminci yüzyıl, örseleyici yaşantıların çocukları en fazla etkilediği bir zaman dilimi olarak geride kalırken, bilim dünyasına ruhsal travmaların etkilerini gözlemleyebilme olanağı vermiştir. Örneğin 2. Dünya Savaşı, çok sayıda yer değiştirmiş, şiddete uğramış yada şahit olmuş, ebeveyn ve arkadaş ortamını yitirmiş, beslenme ve eğitim yetersizliği yaşamak zorunda kalmış çocuklar ortaya çıkarmıştır. Bu çocuklarla ilgili gözlemler sonucunda Rene Spitz, çocuk ruh sağlığını derinden etkileyen ve özelde de çocukluk dönemi ruhsal travmaların sonuçlarının anlaşılmasına yol açan psişik hospitalizm ve anaklitik depresyon tablolarını tanımlamıştır (22). Bundan on yıl sonra John Bowlby ayrılma ve kayıp yaşantıları üzerine durmuş, yaşamın biyolojik ve ruhsal olarak devam edebilmesi için gerekli olan bağlanma cevabını kavramlaştırmıştır. Bu kavramdan gelişen ‘‘bağlanma teorisi’’ günümüzde istismar kurbanı çocukların gelişimsel psikopatolojik özelliklerini anlamamızda en uygun yollardan biridir (22).

Türkiye’ de Çİ ile ilgili çalışmaların başlangıcı henüz yeni olup, daha çok adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlığı öncülüğünde yürütülmektedir. 1991’ de konuyla ilgili olarak kurulan ilk dernek olan Çocuk

İstismarından Korunma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) ve Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneğinin çalışmaları önemlidir (23, 24).

2.3 Çocuk İstismar ve İhmalı Epidemiyolojisi

Günümüzde kayıtlara yeterince geçmemiş olmakla birlikte çocuk istismar ve ihmalı pek çok ülkede sıklıkla karşılaşılmaktadır. Çocukluk çağı istismarına ait bilgilere ancak hastane kayıtları, adli kayıtlar ve toplum tarama çalışmaları ile ulaşılmaktadır. Bu kayıtlar sadece bildirilen ve varlığı kanıtlanan olguları içerdiği için gerçek sıklığı ile ilgili bilgileri yeterince yansıtmamaktadır. Klinik araştırmalardaki sonuçlar, örneklem gruplarının küçük olması nedeniyle topluma genellenmekten uzaktır. Toplum temelli çalışmalarda ise örneklem gruplarının daha büyük olmasına rağmen istismarcı ve kurbanın bilgiyi saklama eğilimleri nedeniyle gerçeğin altında oranlar verir (25).

Gerçek sıklık oranlarının belirlenmesi oldukça güç olmakla birlikte, Amerika Birleşik Devletler (ABD)' inde fiziksel istismarın 5-20/ 1,000 civarında olduğu bildirilmektedir (26). İhmalin oranlarının ise daha sık olduğu düşünülmektedir. Fiziksel istismarda kız ve erkek cinsiyetler arasında önemli bir fark bulunmamaktadır. Ancak cinsiyet dağılımında kurbanın yaşı ile değişiklikler görülebilmektedir, örneğin; ergenlik döneminde Fİ kızlarda daha fazla görülmektedir (27). Fİ ençok 4-8 yaş aralığındaki çocuklara yönelik olmaktadır ve yaşla birlikte oranlar azalmaktadır. Anne yaşına bakıldığında 20 yaşın altındaki annelerin çocuğuna daha sık olarak Fİ da bulunduğu gözlenmektedir (16). Çocuklara yönelik Fİ da istismarcı olarak annelerin oranı daha yüksekken,

ergenlere yönelik olanlarda babaların sorumlu oldukları saptanmıştır (28). ABD’ de heryıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi yada bakımevlerindeki istismarların sonucu olarak öldükleri tahmin edilmektedir (29, 30). Bu ölümlerin %52’ sinde Fİ, %42’ sinde ihmal ve % 5’ inde ise heriki istismar şeklinin olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde Bilir ve arkadaşlarının 16000 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre Fİ oranı %33.5’ dir(31).

Cinsel istismar (Cİ) sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca % 15’ inin bildirildiği düşünülmektedir (32). Cİ yaygınlığı konusunda bildirilen oranlarda büyük farklılıklar vardır (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39) (33). Gerçek oranların kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir. ABD’ de 1999 yılında 18 yaş altındaki çocuklarda Cİ sıklığı 1.3/ 1,000 olarak saptanmış ve kız çocukların daha çok Cİ uğradığı bildirilmiştir (34).Cİ için herhangi bir sosyodemografik riskli grup gösterilmemiş, her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği belirtilmiştir (35). İstismara uğrayan olguların istismarcılarının yarısından fazlası çocuğun daha önce tanıdığı ve güvendiği biridir (36). Ebeveyn ya da ebeveynin yerini tutan kimselerce uygulanan Cİ oranı ise %1-2 olarak tahmin edilmektedir (37). İstismarcıların çoğu erkektir ve bu kişilerin özellikleri ile ilgili çeşitli görüşler öne sürülmektedir (38). Kimi uzmanlar tacizci olmayan anne babaların belli koşullar altında istismar uygulayabileceklerini söylerken, kimi uzmanlar da istismarcıların temel özelliklerinin kurbanını insan altı bir varlık olarak görmek olduğunu savunmaktadırlar. İstismarda bulunanların bir kısmının çocuğun bundan fayda göreceğine ve istismar sırasında eğlendiğine

inandıkları gözlenmiştir (12). Boşanmış, şiddet, alkol ve madde kullanımı olan ailelerde Cİ daha sık gözlenmektedir. Çocuğun bakımıyla doğrudan ilgilenen babaların daha az Cİ uyguladıkları saptanmıştır (32).

Duygusal istismar (Dİ) ve ihmal çok kolay fark edilebilen bir durum olmadığı için sıklıkları ile ilgili bilgiler kesin değildir (39). Kız ve erkeklerde sıklıkları benzerdir. Ençok 6-8 yaş arası çocuklarda görülmekte ve ergenliğe kadar oranları aynı kalmaktadır (13).

Son yıllarda istismar ve ihmal olgularında bir artış gözlenmektedir. Bunun nedeni, istismara ve ihmale uğrayan çocuk sayısında artış olması ve/ veya bildirilen vaka oranlarındaki artıştır (19, 40). İstismar ve ihmale uğrayan çocukların cinsiyet oranları birbirine yakın olduğu, istismarın %80' inin aile bireyleri yada bakım verenler tarafından gerçekleştiği bildirilmektedir. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar edilme olasılığı okadar fazladır. 0-6 yaş arasındaki çocukların istismar ve ihmale uğrama oranı daha büyük yaş grupları ile kıyaslandığında hemen hemen 2 kat daha fazladır (21, 41). Ayrıca istismar ve ihmale bağlı çocuk ölümlerinin %75' i 4 yaş altındaki çocuklardan oluşmaktadır (42).

2.4 Çocuk İstismarı ve İhmali Nörobiyolojik Faktörler

Travmanın kendisi psikolojik ve davranışsal sorunlara neden olurken, erken yaşam döneminde karşılaşılan travmaların biyolojik etkileri de söz konusudur (43). Literatüre bakıldığında, yapılan çalışmalar Çİ ve ihmalinin, erişkin dönemde depresyon ve anksiyete bozukluklarına yatkınlık yaratabileceği

bildirilmektedir. Özellikle nöronalplastisite döneminde oluşan travmatik yaşantılar nöroendokrin stres yanıt sistemlerinde aşırı duyarlılığa neden olmaktadır (44). Çİ ve ihmalî öyküsüne sahip 2000 kadınla yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete belirtilerini çoğunlukla gösterdikleri gözlemlenmiştir (45). Yapılan bir çalışmada Çİ ve ihmalinin erişkinde dönemde majör depresyon gelişimi 4 kat arttırdığı belirtilmiştir (46). Bilindiği üzere kortikotropinreleasing hormon (CRH) depresyon ve anksiyetepatofizyolojisinde önemlidir. Preklinik ve klinik çalışmalarda tekrarlayan erken yaşam streslerinin CRH sisteminde değişikliklere yol açtığı gösterilmiştir (47, 48).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine başvuran istismar hikayesi olan 115 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada istismar öyküsü olmayan bireylerle karşılaştırıldığında özellikle beyin frontal ve temporal bölgelerinde elektrofizyolojik anomalilikler saptanmış ve Çİ' nin limbik yapıları içeren beyin gelişimini etkilediği öne sürülmüştür (49).

De Bellis ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada Cİ öyküsü olan 8-15 yaş arası kızların idrar katekolamin miktarları demografik olarak eşleştirilmiş kontrol grupları ile kıyaslamalı olarak değerlendirilmiş, Cİ öyküsü olan grupta total katekolamin sentezi ve metanefrin, vanilmandelik asit, homovalinik asit gibi metabolitlerinin idrarda miktarlarının arttığını saptamışlardır (50). Bu çalışmanın bulguları daha önceki çalışmaları da destekler nitelikte bulunmuştur. Bu alanda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı alan erişkin hastalarda hipokampalhacmin azalmış bulunmasına karşın, istismar öyküsü olan çocuklarda

normal bulunmuş olması çelişkili bir bulgudur (51). Buna karşın Çİ öyküsü bulunan TSSB' li çocuklarda yapılan proton manyetik rezonans spektroskopisi çalışmasında anterior singulat gyrusta N-asetil aspartat ve kreatinin düzeylerinin azaldığı gösterilmiştir. Beynin bu bölgesinde nöronal etkinliğin azalması ile ortaya çıkan sonuç, psikososyal stresin beyin üzerine olan dolaylı etkisini göstermektedir (52). Yapılan başka bir çalışmada hücre atrofisinde ve nörojenesisin azalmasında rol oynayan eksitator bir nörotransmitter olan glutamat, istismar öyküsü olan çocukların beyin omurilik sıvısında (BOS) yüksek bulunmuştur (53).

Erişkinlerde erken yaşam streslerinin uzun dönem etkisini inceleyen çalışmalar daha az sayıdadır. Fakat erişkinlerde yapılan çalışmaların sonuçlarının genel olarak erken yaşam streslerinin etkilerini araştıran hayvan çalışmalarındaki sonuçlara benzediği söylenebilir. Çİ öyküsü olan erişkin TSSB tanılı kadın hastalarda hipotalamohipofiz aks (HPA) işleyişinde bozukluk olduğu, geçmişinde ailesel kayıp yada psikiyatrik hastalık öyküsü olan TSSB' li erişkinlerde plazma kortizol seviyelerinde artış olduğu bununla ilişkili olarak bu hastaların hipokampal hacimlerinde azalma olduğu bildirilmiştir (54).

Erişkin hastalarda erken yaşam streslerine karşı oluşan nöroendokrin stres yanıtının düzenlenmesinde, streslerin organizmada yol açtığı uzun dönemli duyarlılığa ilişkin prelinik veriler yol göstermektedir. Araştırmacılar, buna paralel olarak istismar öyküsü olan erişkin kadınlarda yaptıkları araştırmalarda, erken yaşam streslerinin CRH içeren nöronal yapılarda duyarlılığa yol açarak hipofizde CRH reseptörlerinde downregülasyon oluşturduğunu saptamışlardır (55).

Erişkinlerde serotonerjik işlev bozukluğunu gösteren çalışmalarda yapılmıştır. İstismar öyküsü olan ve borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kadın hastalarda meta-kloro fenil piperazin uyarımına karşın azalmış prolaktin yanıtı elde etmişlerdir. Bu bulgu, erken yaşam streslerinin merkezi sinir sistemindeki serotonerjik sistemde gelişimsel bozukluğa yol açtığını düşündürmektedir (56).

TSSB ve panik bozukluğu olan erişkin hastalarda yapılan işlevsel görüntüleme çalışmalarında prefrontalkortexte merkezi benzodiazepin reseptörlerinde azalma dikkati çekmiştir (57).

Tüm bu çalışma sonuçları, psikososyal stres etmenlerinin farklı gelişimsel basamaklarda nörobiyolojik süreçlerle etkileşime girdiklerini göstermektedir.

2.5 Çocuk İstismar ve İhmali Ruhsal Etkileri

Travmanın etkilerinin kalıcı olması, bireyin kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumsal çevrenin travmaya verdiği tepkilerle de bağlantılıdır. Örselenmiş bireyin aile, okul, iş gibi yaşam alanlarındaki değişiklikler olaya toplumsal boyut kazandırmaktadır. İnsanların büyük bir kısmı çocukluk döneminde az ya da çok stres verici etkenlerle ya da kimi isteklerinin karşılanmaması gibi gerçeklerle yüz yüze kalır ve bu yaşantılar normal koşullar altında bir travmaya dönüşmez. Ancak gerek yaşanan stres verici olayın şiddeti, örselenen bireyin yaşı ve benlik gücü gerekse cereyan ettiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu, bu gibi yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilir ve bütün bir yaşamı etkileyecek psikolojik sonuçları olabilir (58).

Çocukluk çağında yukarıda bahsedilen travma yaratabilecek olaylardan başka çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, bakım veren kişinin yetiştirme tarzı, temel güven duygusunu zedeleyecek, bağlanmayı ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyecek davranışlar gibi dinamik etkenler de ileride psikiyatrik patolojilere yol açabilmektedir. Toplum tarafından travma denilince akla genelde tecavüz, işkence, şiddet gibi olaylar gelse de yukarıda bahsedilen olaylar da travma kapsamındadır. Genelde toplum tarafından travma olarak kabul edilmeyen bu durumlar aşikar travmatik olaylardan daha siktir ve toplum ve kişiler tarafından kolay fark edilemediğinden tespit edilmesi de daha zordur (59).

Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (60). (Disosiyatif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, TSSB, borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, konversiyon bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk gibi bir çok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki pozitif ilişki bulunmuştur (61-64).

Görüldüğü üzere çocukluk çağı travmaları, aşikar olsun olmasın çocukluk çağında ve erişkinlikte bir çok patolojiyle pozitif ilişkili olup; klinisyenlerin hastalarını anlamaya çalışırken mutlaka sorgulaması gereken konulardan biridir. Hastaların kesitsel değerlendirilmesi sırasında atlanabilecek bir takım olaylar sorunun ana sebeplerinden birini oluşturuyor olabilir. Nasıl ki çocukluk çağında geçirilen akut romatizmal ateş etkileri erişkinlikte mitral kapak darlığı, böbrek

yetmezliği ve başka birçok hastalığa yol aıyorsa, çocuklukta geçirilen travmatik olaylar da erişkinlikte kendisini geniş spektrumda hastalıklarla gösterebilir.

Travmaların ruhsal etkileri, travmanın çeşidine, şiddetine, travmanın olduğu yaş, sosyoekonomik, sosyokültürel durum, travmaya kronik maruziyet veya akut olması gibi oldukça çeşitli dinamik değişkenlere göre farklılık gösterir. Travmaya uğrayan kişide travmaya ilişkin anıların tekrar canlanması sık olan bir durumdur. Öyle ki bazen yaşanılan travma gözle görülmese bile, olayın tekrar yaşandığını gösteren yayınlar mevcuttur (65).

Psikanalitik kurama göre de travma, üstesinden gelinebilmesi için rüyalarda tekrar tekrar yaşanmaya devam eder (66). Travmanın diğer sık etkilerinden biri de travmaya özel korkulardır. Travmayı anımsatan durumlarda taşikardi, terleme, ateş basması gibi otonomik belirtilerin gözlenmesi, travmadan koruyacak kaçınma davranışları sergilemek ve yaşam stilini onun üzerine yeniden düzenlemek gibi belirtiler gözlenebilir. Travma sonrası tekrarlayıcı davranışlar da travma sonrası görülebilen belirtilerdendir. Özellikle söz öncesi dönemde erken yaşlarda (sıklıkla bir yaş öncesi) travmaya uğrayan bireylerde, farkında olmayarak yapılan sık davranış tekrarları ve erişkinlikte de kişilik özellikleri olarak değerlendirilen davranışlar yanında terleme, taşikardi, solunum sayısında artış gibi belirtiler de görülebilmektedir (67). Travma sonrası sık rastlanan durumlardan biri de umutsuzluk, çaresizlik duygularının oluşması, olaylara daha karamsar bakış açısının gelişmesi ve özetle Erikson'un tanımladığı temel güven duygusunun tam gelişmemesidir. Bu etkiler de ileride bireyde depresyona eğilimi oldukça artırmaktadır (68). Travma sonrası oluşabilecek bu gibi değişikliklerden

başka uzun süre travmaya kronik maruziyet sonrası kişide yoğun inkar, bastırma, disosiyasyon, saldırganla özdeşim gibi değişik savunma mekanizmaları ile beraber kişilik patolojileri de gelişebilir.

2.6 Mizaç ve Karakter

2.6.1 Genel Tanımlar

Mizaç, karakter ve kişilik birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranlarda değişiklik gösteren yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilme tarzının etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır. Bu tanımla karakter zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir (69). Mizaç; emosyondan köken alan beceri ve alışkanlıkların entegrasyonunun altında yatan sezgi, çağrışım ve motivasyon süreçleriyle ilişkiliyken, karakter; kavramsal öğrenmeden temel alan sembolizasyon ve soyutlama süreçleri ile ilgilidir (70). Yapısal bakış açısına göre kişilik; mizaç, karakter ve zekanın birleşimidir. Kabaca mizaç; kişiliğin genetik yönünü, karakter ise sosyal ve kültürel yönünü içerir. Zeka ise; hem yapısal hem de sosyal eğilimleri sentezleyerek kişilik işlevlerini düzenler.

2.6.2 Cloninger'in Mizaç ve Karakter Üzerinde Psikobiyolojik Modeli

Cloninger'in kişilik yapısına dair çalışmaları, somatizasyon bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar arasındaki farkları belirlemeye çalışırken bulmuştur (71). Somatik anksiyetesi olan hastaların dürtüsel-agresif kişilik yapıları varken, yaygın anksiyetesi olanların obsesif kompulsif yapıları olduğunu fark etmiştir. Daha sonra Cloninger, mizaç ve karakter üzerine

psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunla ilgili genlerin belirli mizaç özellikleri ile ilişkisi olduğunu savunmuştur. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamıştır (72). Buna göre yenilik arayışı dopaminerjik, zarardan kaçınma serotonerjik, ödül bağımlılığı noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir. Daha sonra ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi diğer alt başlıklar ile bağlantılı görmeyince, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (73). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar ve algısal bellek ve alışkanlık oluşumunun temelini oluşturur (74). Yapılan çalışmalar Üç Boyutlu Kişilik Ölçeğinin çoğunlukla duygudurumdan etkilenmediğini göstermiştir.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan bu özgün modelin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemleyerek üç karakter boyutu eklemiş ve ölçeğin ismini Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir (73). Böylece dört mizaç özelliğine ek olarak, erişkinlik döneminde olgunlaşan ve kişisel ve sosyal etkinliği belirleyen üç karakter boyutu eklenmiştir; kendi kendini yönetme, işbirliği yapma, kendini aşma.

Her iki ölçekte pek çok psikiyatrik bozuklukta eşlik eden mizaç ve karakter özelliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Aşağıda sırasıyla

dört mizaç ve üç karakter boyutunun tanımlamaları yapılmakta ve bireyin özellikleri üzerindeki etkileri tartışılmaktadır.

2.6.3 Psikobiyolojik Modelin Mizaç Boyutları

2.6.3.1 Yenilik arayışı

Yeni bir uyarana veya bir ödül ya da cezadan kurtulma ihtimaline karşı yoğun bir heyecan hissederek, bunun sonucunda sık sık yeni şeyler keşfetme davranışı içine girmek olarak tanımlanır(72). Yenilik arayışı düşük olan kişilerin özellikleri; keşfetmeye kapalı, ihtiyatlı, tutumlu ve sabırlı olmalarıdır. Yenilik arayışı yüksek olan kişiler ise keşfetmeye açık, dürtüsel, müsrif ve alıngandırlar (70). Beynin kışkırtıcı ve ya davranışsal aktivasyondan sorumlu sistemleri tarafından kontrol edilir. Orta beyindeki dopaminerjik hücre gövdeleri pek çok kaynaktan uyarı alır ve bu uyarıları ön beyne iletir. Bu davranışsal aktivasyon sonucunda, çevredeki yeni uyaranların keşfedilmesi, potansiyel ödüllere amaçlı yaklaşım, monotonluk ve olası cezadan aktif kaçınma gerçekleşir (71).

2.6.3.2 Zarardan Kaçınma

Olumsuz uyaran sinyallerine karşı kaçınma davranışı sergilemeyi sağlayan, böylece cezayı önlemeye yarayan genetik bir yatkınlıktır (72). Zarardan kaçınması düşük olan kişiler iyimser, cesur, dışa dönük, enerjik bireylerdir. Yüksek olan kişilerin özellikleri ise kötümser, korkak, utangaç ve kolay yorulmadır. Zarardan kaçınmanın düşük olmasının avantajları; tehlike ve belirsizlik karşısında güvende hissedip, az stresli veya hiç stressiz olarak iyimser ve enerjik faaliyetlerde bulunabilmek olabilir. Düşük olmasının dezavantajları;

bireyin tehlike karşısında yanıtsız kalması, zarar görme ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda mantıksız bir iyimserlik içine girmesi şeklinde özetlenebilir.

Beyinde ceza yada davranışsal inhibisyon merkezi olarak tanımlanabilecek septohipokampal sistemini içerir.

2.6.3.3 Ödül Bağımlılığı

Ödül sinyallerine (özellikle sosyal kabul edilen) yanıt olarak, daha önce ödül getirdiği veya cezadan uzaklaştırdığı bilinen davranışı sergileme eğilimi şeklinde açıklanabilir bir genetik yatkınlıktır (72). Ödül bağımlılığı düşük olan kişilerin genel özellikleri ayrışmış, mesafeli, soğuk, donuk olmaları şeklinde özetlenebilir. Ödül bağımlılığı yüksek olan kişiler ise duygusal, açık, sıcak, sevgi gösteren kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının avantajları; yakın sosyal ilişki kurabilme ve başkaları ile ilgilenebilme olarak belirtilebilirken, dezavantajı ise aşırı sosyal bağımlılık olacaktır (70).

Ödül bağımlılığından sorumlu beyin sistemi, daha önce ödül veya cezadan korunma davranışı sağlayan uyarana benzer bir uyarana karşılaştığımızda, benzer davranışları sergileyebilmemiz için devreye girer. Bu sistemde düzenleyici ana nörotransmitter (NT)'in norepinefrin (NE) olduğu düşünülmektedir (71). NE, eşleşmiş yeni çağrışımlara dair hafıza oluşmasında ve öğrenmede önemli rol oynayan bir NT' dir.

2.6.3.4 Sebat Etme

Daha önce önce Cloninger tarafından ödül bağımlılığının bir alt başlığı olarak kabul edilirken, diğer alt başlıklarla uyum göstermediği klinik çalışmalarla tespit edilmiş olmasından dolayı, yine Cloninger tarafından farklı bir mizaç boyutu olarak sınıflandırılmıştır (72). Sebat etmesi düşük olan kişiler; tembel, bozguncu, beklenenden azını yapan, günlük işlerle yetinen insanlardır. Sebat etmesi yüksek olan bireylerin genel özellikleri ise çalışkan, azimli, gayretli ve mükemmeliyetçi olmalarıdır. Düşük sebat etme, ödül ihtimalleri sık değiştiğinde avantajlı iken ödüller az ve uzun sürede elde edilebiliyorsa dezavantajlıdır.

Bu üç sistemin uyaran-yanıt karakteristiklerine biyogenetik yatkınlık her birey için farklı düzeylerde. Fakat bu sistemler işlevsel olarak birbiri ile bağlantılıdır. Bu sistemler arası bağlantılar sayesinde birey, yenilik, ödül ve ceza gibi farklı anlamlar taşıyan uyaranlarla karşılaştığında, bir bütünlük içinde, ayırt edici yanıtlar verebilir. Bu işlevsel etkileşimler, farklı ortamlarda ortaya çıkan sosyal davranışların bireye özgül olmasını sağlayacaktır.

2.6.4 Psikobiyolojik Modelin Karakter Boyutları

Çoğunlukla genetik olarak geçen mizacın aksine karakter; çoğunlukla sosyal öğrenme, kültür ve yaşam olaylarından etkilenir. Karakterin psikobiyolojisi hipokampus ve neokortex gibi daha yüksek bilişsel işlevlerden sorumlu alanlar tarafından düzenlenir. Karakter, kendiliğinden farklı yönlerinden kaynaklanan yanıtlar olarak tanımlanabilir. Davranışlarımızı başlatma, sürdürme ve durdurma gibi bilinç dışı otomatik yanıtlar mizaçla belirlenirken, uyaranın

nitelik ve nicelerindeki değişiklere göre bu yanıtların ayarlanması karakter yani kendiliğimiz tarafından belirlenir. Bu bakış açısından bakıldığında kişilik gelişimi, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılıklı etkileşimi sonucunda gerçekleşen epigenetik bir süreçtir.

Kendilik kavramının gelişimi, kişinin kendisini; otonom bir birey, insanlığın veya sosyal çevrenin bir parçası, kainatın bir üyesi olarak algılama derecesine göre değişir. Bu kendilik kavramlarının hepsi üç karakter boyutunu oluşturur (73).

2.6.4.1 Kendi Kendini Yönetme

Kendi kendini yönetebilen bireylerin en önemli özelliği, bireysel olarak seçtikleri, istemli ve gerçekçi amaçları için davranışlarını değiştirebilmedir. Düşük olan bireyler; çoğunlukla anlamlı amaçları belirleme ve gerçekleştirme konusunda güçlük çekerler. Ayrıca benlik saygılarını düşük olduğu, kendi problemlerinden başkalarını suçlama eğiliminde oldukları, kimlik ve amaçları konusunda belirsizlik yaşadıkları, çoğunlukla tepkisel, bağımlı ve amaçsız yani immatür karakterler olduğu düşünülmektedir. Yüksek olan bireylerin ise; benlik saygısının iyi olduğu, kendilerini hataları ile kabul edebildikleri, hayatlarının bir anlamı ve amacı olduğunu düşündükleri, amaçlarına ulaşabilmek için tatmin olma duygusunu erteleyebildikleri ve engeller karşısında inisiyatiflerini kullanabildikleri düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar kişilik bozukluğu varlığı ya da yokluğu konusunda ki en önemli belirleyicinin kendi kendini yönetme karakter boyutunun olduğunu göstermektedir (75).

Kısaca kendi kendini yönetme, çeşitli aşamaları olan gelişimsel bir süreç olarak değerlendirilebilir. Bu gelişimsel aşamalar: kişinin kendi seçimlerinin sorumluluğunu, başkalarını yada çevreyi suçlamadan kabul etmesi, bireysel amaçlarını belirleyebilmesi, problem çözme konusunda beceri ve güven geliştirebilmesi, kendisini kabul etmesi ve kendine güven duyması olarak açıklanabilir (73).

2.6.4.2 İşbirliği Yapma

Diğer kişilerle özdeşim yapabilme ve diğerlerini kabul edebilme anlamına gelir. İş birliği yapma skorları yüksek olan bireylerin sosyal gruplarda ve ekip işlerinde çalışmaları daha kolaydır (70). Sosyal kabullenmesi iyi olan, yardımsever ve başkalarının haklarına saygı duyabilen kişilerin benlik saygıları da yüksek olacaktır (73). Düşük olan bireyler ise daha çok kendileri ile ilgilenirler. Başkalarının duygu ve düşüncelerine karşı ilgisizdirler. Bu skoru düşük olan bireylerde kişilik bozukluğu olma ihtimali daha yüksektir (75).

Özetle işbirliği yapma, sosyal kabullenmeye karşın sosyal toleranssızlık, empatiye karşın sosyal ilgisizlik, yardımseverliğe karşın yardım sevmeyizlik, acımaya karşın intikamcılık, temiz kalpliliğe karşın çıkar sağlama gelişimsel basamaklarını içeren bir süreç olarak tanımlanabilir (73).

2.6.4.3 Kendini Aşma

Çevrede olan herşeyle bütünleşerek, kendini bütünün bir parçası olarak hissetme anlamında kullanılmaktadır (73). Özellikle yaşlılarda meditasyon ve dua, yaşamdan doyum alma ve kişisel etkinliği fark etme için sık başvurulan bir

yoldur. Kişiler arası özdeşim, ruhani kabullenmeyi sağlar veya analitik mantık yürütme veya diğerlerinin objektif değerlendirmesi ile açıklanamayan ilişkilerin oluşumunu sağlar. Kendini aşma puanları yüksek olan kişiler; yaratıcı, sezgisel, uysal, ruhani ve idealist iken düşük olan bireyler; geleneksel, mantıklı, şüpheli, maddeci ve göreceli kişilerdir.

Yapılan çalışmalar; yatan psikiyatrik hastalarda kendini aşma puanlarının, normal erişkinlere göre düşük olduğunu, fakat diğer iki karakter boyutu gibi kişilik bozukluğu olan ve olmayan bireyleri birbirinden ayırmada etkisi olmadığını göstermiştir (75). Bir gelişimsel süreç olarak bakıldığında, kendini aşma; kendini kaybetmeye karşın kendilik bilincinde yaşantı, kişiler arası özdeşim ve kendi kendini ayırıştırma, manevi kabullenmeye karşın akılcı maddecilik basamaklarını içerdiği söylenebilir.

2.7 Öfke

2.7.1 Tanım

Öfke hayatımızda önemli bir yere sahiptir. Temel olarak öfke davranışı için çözüm arayan, kontrol edilmesi gerektiğini düşünen ve bu nedenle yardım arayan kişiler azınlıkta olmasına rağmen öfke, günlük yaşamımızda etkin olmaktadır. Zorlayıcı yaşam koşulları, güvenlik ve sosyal güvencelerin eksikliği, ekonomik koşullardaki yetersizlikler insanları daha gergin, sıkıntılı, çaresiz ve engellenmiş hissettirmektedir. Kişiler bu engellenmelerin sonucunda kronik uyarılmış ve gerilmiş hale gelebilmektedirler. Ancak, asıl sorun, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlardan çok, kişilerin kendi hissettikleri öfkenin şiddeti ve bu duygu üzerinde

ne kadar kontrol sahibi olabildikleridir. Öfke başlıca üç nesneye ilişkin ortaya çıkabilmektedir. Bunlar; kişinin kendisine, diğerlerine ve başına gelenlere yani yaşadığı dünyaya karşı olabilir. Sonuç olarak, ortaya çıkışı nasıl olursa olsun, aslında öfkede diğer pek çok duygu gibi anlaşılabilen, kabul edilebilen, kontrol edilebilen ve etkin bir şekilde kullanıldığında işe yarayan bir duygudur (76).

Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir. Ancak belki de en zarar verici duygusal yaşantı olarak da tanımlanabilir. Kontrolsüz öfkenin hem bireyin kendisi hem de topluma olumsuz etkileri olabilir. Suça ve şiddete yönelik davranışlarla ilgili olarak eş ve çocuk tacizi örneklerinde, toplu şiddet olaylarında kendisini göstermektedir (76, 77). Bunun yanında; kişiler arası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, işlevsellikte bozulmaya, fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulmalara yol açabilmektedir (78).

Defenbacher öfkenin özelliklerini şu şekilde sıralamıştır: (a) Öfke planlanan bir eylem sonucunda çıkan bir duygu değil, içsel bir duygudur. (b) Öfkeyi göstermek zor değildir, öfkeyi göstermenin çok çeşitli yüzleri vardır ve herkes öfkelenebilir. (c) Öfke kişiyi daha kuvvetli ve uyarılmış bir hale getirmesine rağmen, kişi öfkelenildiğinde daha incinebilir bir durumda olmaktadır. (d) Öfkelenildiğinde gösterilen tepkiler yaşam süreci içinde öğrenilmiş davranışlardır. (e) Öfke; engellenme, haksızlık gibi çeşitli durumlarda aniden ortaya çıkabilen bir duygudur. Öfkenin bastırılması veya hemen olduğu anda çıkarılması sağlıklı değildir. Bu yüzden öfkeye neden olan durumların anlaşılması ve öfkeyi tanımak çok önemlidir (79).

Öfkenin tüm olumsuz sonuçlarına karşın, aslında, kişiyi uyarıcı, koruyucu ve harekete geçirici işlevleri bu duygusal yaşantının, yaşamın devamı için ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir. Doğada birçok canlının yaşamını sürdürmesi için varolan tehditlere karşı uyarılması ve kendisini korumak, yaşamda kalabilmek ve türünü sürdürebilmek için saldırgan davranışlar göstermesi gerekmektedir. Dolayısıyla öfke bir taraftan organizmayı bir problem olduğu konusunda uyarırken diğer taraftan da organizmanın kendisine zarar verici veya saldırgan davranma eğiliminin farkına varması konusunda etkin bir rol oynar (76, 80).

Kişi tarafından kabul edilen, anlaşılan, ifade edilmeye çalışılan bir öfke duygusu etkin, işe yarayan, üretken bir durumdur. Oysa, kontrol edilmeyen, inkar yada bastırma ile yok sayılan bu tür duygular, kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olma potansiyeli taşımaktadır (76).

2.7.2 Öfke İle İlişkili Kuramsal Yaklaşımlar

2.7.2.1 Psikanalitik Kuram:

Psikanalitik yaklaşım, öfke davranışlarının altında yatan güçlerin bilinç dışında gizlenmiş olduğunu vurgulamaktadır. Kurama göre, eğer kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anlarılarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikanalitik kuram dürtülerle ilişkiler ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıklı olarak kabul etmektedir. Bu duygular boşaltılmazsa, psikolojik ve psikosomatik belirtilerini oluşacağını ileri sürmektedir. Psikanalitik kurama göre, öfkenin açık bir şekilde ifade edilmesine engel olmak ve onu bastırmak mümkündür. Fakat

böylece öfke bitmiş olmayacaktır, bir süre sonra farklı bir şekle dönüşerek, örneğin peptik ülser gibi organik bozukluklara ya da depresyon gibi ruhsal bir hastalığa dönüşerek kendisini gösterecektir (81, 82).

2.7.2.2 Bilişsel Davranışçı Kuram:

Bilişsel davranışçı kuram özellikle biliş ile duygu arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Başka bir deyişle, bilişler sadece öfkeyi değil, diğer duyguları da etkilemektedir. Kişi eğer kullanıldığını ya da haksızlığa uğradığını düşünürse öfke; değerli bulduğu bireyi kaybetmiş olduğunu düşünürse üzüntü; kötü şeylerin olacağını düşünürse de kaygıyı hissedecektir (83). Bilişsel davranışçı görüş, öfkeyi büyük ölçüde akla aykırı inançların, beklentilerin, iç konuşmaların sonucu olarak ortaya çıktığını; başkalarının da ancak, karşısındaki insanın akla aykırı inançlarını etkinleştirdiği için onda öfkeye neden olduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle, öfkeyi azaltmak için, akla aykırı bu inançların yok edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (82).

2.7.2.3 Sosyokültürel Kuram

Bu kuram, öfke tepkilerinin, kişinin ait olduğu kültür içinde öğrenildiğini, çevresel faktörlerin öfke ifadesinin ve davranışlarının oluşmasında önemli katkıları olduğunu savunmaktadır (84). Öfke, algısındaki sosyal ve bilişsel faktörlerle ilgilidir. Sosyal öğrenme kuramlarına göre, öfke ve saldırganlık gözlemsel öğrenme, taklit, özdeşim, kopyalama ve rol alma yoluyla öğrenilir (85). Öfke sosyal ilişkilerden olduğu kadar, bireyin bilgi sürecinden de etkilenir. Öfke fizyolojik olarak algılandıktan sonra bireyin tepkisinin ne ve nasıl olacağı

sahip olduğu mantık ve mantık dışı inançları, geçmiş yaşantıları ve olayla ilgili çağrışımları tarafından belirlenir. Burada bahsedilen mantık dışı inançlar genellikle içinde yaşanan ve toplumdan gelir. Duyguların nasıl ifade edileceği erken yaşlarda ailede, ebeveynlerden, yaşanan çevreden öğrenilir. Kısaca, bir takım düşünce biçimleri bireyin öfke yaşantısını arttırıp azaltabilir (86-88). Öfke ve öfkenin ifadesi biyoloji ve kültürün, zihin ve beden işlevlerinin bir sonucudur.

2.7.3 Öfke İle İlişkili Duygular

Bilindiği gibi öfke ve diğer duygular arasında son derece karmaşık bir ilişki vardır. Öfkenin anksiyete, suçluluk, depresyon, bağımlılık ve cinsellikle ilişkisi gösterilmiştir (76, 89-92). Aslında öfke, kızgınlık gibi duyguların daha çok ikincil duygular olduğu kırılma, alınma, anlaşılmama, reddedilme, engellenme, korku, kaygı, hayal kırıklığı, yalnızlık gibi acı veren temel duygulara ikincil olarak oluştuğunu kişi tarafından fark edilmesi önemlidir (76, 93). Öfke dile getirilmemiş veya anlaşılmamış, kabul görmemiş kızgınlıkların topluca yaşanması ortaya dökülmesi olarak ortaya çıkabilir (76).

Dilimizde tam bir benzerlik hali olmasa da kızgınlık ve öfke gibi kavramlar bir birinin yerine kullanılmaktadır (94). Bu tanımlamalara düşmanlık, hiddet, şiddet gibi kavramlarda eklenebilmesine karşın, saldırganlık olarak tanımlanabilecek şiddet durumları öfkenin davranışsal ve kontrolsüz olarak ortaya çıkması anlamında kullanılırken, düşmanlık ise öfkenin kronikleşmiş haline işaret etmektedir (95).

2.7.4 Çocukluk Çağı Travmalarının Öfke ve Saldırganlık ile İlişkisi

Saldırganlık ve şiddet eğilimi, çok önemli toplumsal sağlık sorunlarıdır. Saldırganlığın oluşumunda, genetik faktörler, fetal dönem, obstetrik komplikasyonlar, yetiştirilme çevresi, biyolojik faktörler ile madde bağımlılığı, psikoz, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar önemli risk faktörlerdir (96).

Klinik uygulamanın ve günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olan şiddet ve saldırganlığın kökeni ve nedenleri hakkında çok sayıda araştırma yapılmış ve bir çok kuram geliştirilmiştir. Sosyal öğrenme, psikanalitik ve biyolojik kuramlar bunlar arasındadır. Saldırganlık, bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar verme amacıyla, kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır (97).

Son otuz yıldır biyolojik faktörlerle ilgili yürütülen araştırmalar, serotonerjik sistemin davranışsal bir inhibitör sistemi olduğunu, dürtüsellik ve saldırganlık gelişiminde ciddi etkileri olduğunu ortaya koymuştur (98). Buna paralel bir araştırma, bazı gelişimsel faktörlerin saldırganlık üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Örneğin, Widom araştırmasında 908 ihmal veya şiddet görmüş çocuğun, 667 kişilik kontrol grubu çocukla karşılaştırıldığında daha fazla çocuk ve yetişkin suçu işlediğini ve şiddet içeren kriminal davranışlar sergilediğini göstermiştir (99).

Saldırganlıkla ilgili problemler özellikle adli topluluk arasında oldukça yaygındır. Bazı geçmiş araştırmalar, adli topluluklarda çocukluk çağı travmasını

incelemişlerdir.Örneğin, 301 erkek hükümlü arasında Weeks ve Widom'un yaptıkları araştırmada,2/3'ünün fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldığı; Dutton ve Hart'ın yaptıkları araştırmada ise 601 hükümlü arasından 415'inin çocukluk travması yaşadığı ortaya koyulmuştur (100, 101). Yapılan bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmalarının, gelişimsel bir etmen olarak genetik faktörlerle birleşerek hükümlülerde saldırganlığa yol açabileceğini belirtmektedir.

III. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Örneklemin Oluşturulması:

Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine 01/05/2011 ve 31/09/2011 tarihleri arasında psikiyatrik belirtiler nedeniyle başvuran, 18-70 yaş arasında, önemli organik hastalığı, demans ya da kognitif bozukluğu ve mentalretardasyonu bulunmayan, psikotik belirtileri açısından remisyonda olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 250 hasta alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen 250 hastaya sözel olarak bilgi verilmiş ve çalışmayla ilgili aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

Hastalarla yapılan görüşmede, sosyodemografik ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler ayrıntılı olarak alınmış, bu amaç için hazırlanan özel sosyodemografik veri formuna gerekli bilgiler kaydedilmiştir. Hastaların tanısal açıdan değerlendirilmesinde DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan SCID-I (The Structured Clinical Interviewfor DSM-III-R) kullanılmıştır. Tüm hastalara Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) ve Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) verilmiştir.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için geliştirilmiş olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek bilgilerini içermektedir. Bu form, görüşmeyi yapan doktor tarafından doldurulmuştur.

3.2.2 SCID-I

DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan SCID-I 1987 yılında DSM-III-R eksen I bozukluklar tanısı için yapılandırılmış bir klinik değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir (102). Daha sonraları DSM-IV için güncelleştirilmiştir. Bu çalışmada DSM-IV için güncelleştirilmiş olan formu kullanılmıştır. Görüşme, demografik bilgilerin ve klinik özgeçmişin alındığı, yarı yapılandırılmış bir bölüm ile başlar. Daha sonra 7 farklı tanı grubu için geliştirilmiş tanısal modüller mevcuttur. Bu tanı grupları; duygudurumu bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötü kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. Belirtisi olmayan bireylerle görüşmeler bir saat içinde bitebilirken, yoğun psikiyatrik belirtileri olan hastalarda bu süre 3 saate kadar uzayabilmektedir. Asıl amaç psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek olsa da, hasta olmayan gruplar içinde uygulanabilir. SCID-I için yapılan güvenirlik verileri, ağır bozukluklarda (örneğin; bipolar I bozukluk, alkol bağımlılığı) güvenirliğinin, hafif bozukluklara (örneğin distimi) göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Geçerlilik verileri, SCID-I' in genelde diğer araçları değerlendirmede altın standart olarak kullanılmasından dolayı sınırlıdır. SCID-I' in kullanım amaçları; klinik çalışmalarda tanı koymak, diğer psikiyatrik çalışmalarda kullanmak olduğu kadar, hastaneye ilk başvuru sırasında sistemik bir değerlendirme yapmak da olabilir (70). Türkiye' de DSM-III-R ve DSM-IV için olan versiyonlarının geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır.

3.2.3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 1995'te 53 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından 1996'da Türkçeye uyarlandı. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Duygusal kötüye kullanım alt ölçeği 12-60, fiziksel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, cinsel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, duygusal ihmal alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40 arasında puan alır. Ayrıca ölçeğe ait toplam puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 54-270 arasında olabilmektedir. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir (103, 104).

3.2.4 Çok Boyutlu Öfke Ölçeği

İnsanların öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan ve bir dizi pilot çalışma sonucu Balkaya ve Fiahin (2003) tarafından geliştirilmiş olan bir bataryadır. Toplam 5 bölümden oluşmaktadır. Likert tipi ölçek 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. İlk bölümde, “Öfkeli olduğunuzda aşağıdaki belirtiler sizde ne sıklıkla ortaya çıkar” sorusu sorulmakta ve toplam 14 madde

verilerek, öfkenin fiziksel belirtileri saptanmaya çalışılmaktadır. “Öfkeye ilişkin Belirtiler” adı verilen bu bölümün Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak bildirilmektedir. “Kişilerarası Öfke Tepkileri” ($\alpha = .93$) adı verilen diğer bölüm 47 sorudan oluşmakta ve “Sizi öfkeliendiren bir insan karşısında aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz” sorusuna cevap aranmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda “İntikama Yönelik Tepkiler” ($\alpha = .94$), “Pasif-Agresif Tepkiler” ($\alpha = .80$), “İçedönük Tepkiler” ($\alpha = .76$) ve “Umursamaz Tepkiler” ($\alpha = .79$) olmak üzere dört faktör bulunmuştur. Son bölüm ise “Öfkeyle İlişkili Davranışlar” ($\alpha = .83$) olarak adlandırılmaktadır. “Sizi öfkeliendiren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz” sorusu altında toplam 26 ifade yer almaktadır. “Saldırgan Davranışlar” ($\alpha = .84$), “Sakin Davranışlar” ($\alpha = .83$) ve “Kaygılı Davranışlar” ($\alpha = .68$) olmak üzere üç faktörden oluşmuştur (79).

3.2.5 Mizaç ve Karakter Envanteri

Bu ölçek kişinin bazı mizaç ve karakter özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Cloninger’ in biyososyal modelden ortaya çıkarak geliştirdiği TPQ (Üç Boyutlu Kişilik Anketi – Tridimensional Personality Questionnaire) bu envanterin ilk geliştirilmiş halidir (72). Cloninger, daha sonra modeli 7 boyutlu hale getirmiş ve TPQ ‘da tanımlanan kişilik özelliklerini mizaç başlığı altında toplarken, ölçeğe 3 tane de karakter özelliği eklemiş ve adını MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri- Temperament and Character Inventory) olarak değiştirmiştir (73). 240 soruluk bir ölçektir ve sorulara evet ya da hayır şeklinde yanıt verilir. Türkiye’ de geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

3.3 İstatistiksel Değerlendirme

Bu bölümde, çalışmada yer alan 250 psikiyatri hastasından elde edilen verilere ait istatistik analizler SPSS 17.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem grubunun bağımsız değişken olan psikiyatri tanı açısından normal dağılımını değerlendirmek için normallik testi yapılmıştır. Sonuçta, örneklem grubunun incelenen bağımsız değişken açısından normal dağılmadığı görülmüş ve bundan dolayı da parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri betimsel istatistiksel analiz yöntemiyle incelenmiştir. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Mann Whitney U analizi kullanırken, üçlü grupların karşılaştırılmasından Kruskal Wallis analiz yöntemi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını belirlemek için ise Pearson Korelasyon yönetimi kullanılarak hesaplanma yapılmıştır.

IV. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 250 psikiyatri hastasına uygulanan öfke, çocukluğu çağı travma, mizaç ve karakter ölçümlerine ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Örneklemi oluşturan 250 psikiyatri hastasının 90'nı depresyon, 57'si bipolaraffektif bozukluk (BAB) ve şizofreni, 60'ı anksiyete bozukluğu (22 yaygın anksiyete bozukluğu, 14 panik bozukluk, 18 obsesif kompulsif bozukluk ve 6 sosyal fobi), 12'si alkol/madde bağımlısı ve 31 ise diğer psikiyatrik bozukluğu olan (12 somatizasyon bozukluğu, 5 konversiyon bozukluğu, 8 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 4 yeme bozukluğu, 1 cinsel işlev bozukluğu ve 1 uyku bozukluğu) hastalarıdır. Diğer tanı grubu içine dahil edilen 6 psikiyatrik bozukluktaki denek sayıları, istatistiksel olarak değerlendirme yapılmasındaki güçlükten dolayı diğer bozukluklar şeklinde tanımlanan bir grup içinde çalışmaya dahil edilmiştir. Bipolar bozukluk ve şizofreni, bu bozuklukların oluşumundan sorumlu ortak genlerin varlığının gösterildiği çalışmalar göz önünde bulundurularak tek bir grup içinde incelenmiştir (105, 106). Alkol ve madde bağımlılığı tanı grubundaki Çİ ve ihmal yaşantıları sıklığı fazla olduğu için ayrıca bir grup olarak değerlendirmeye alınmıştır. Tablo 1'de gruplara ait sosyodemografik veriler özetlenmiştir. Alkol/madde bağımlılığı grubu hariç diğer psikiyatrik bozukluk gruplarında kadınların erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi açısından bakıldığında gruplarda lise ve üstü eğitim düzeyi ağırlıktadır. Örneklem grubunun neredeyse yarısının (N=100) çalışmamaktadır. Bununla birlikte psikiyatri hasta gruplarının hepsinde medeni

durumu evli olan kişiler daha fazladır. Son olarak örneklem grubunun yaş ortalamasının 36.15'tir.

Tablo 1: Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	Depresyon (N=90)		BAB ve Şizofreni (N=57)		Anksiyete Bozukluğu (N=60)		Alkol/Madde Bağımlılığı (N=12)		Diğer Psikiyatrik Bozukluklar (N=31)		Toplam (N=250)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet												
Kadın	70	44.3	29	18.4	40	25.3	1	0.6	18	11.4	158	100
Erkek	20	21.7	28	30.4	20	21.7	11	12	13	14.1	92	100
Eğitim												
İlkokul Mezunu	26	55.3	9	19.1	4	8.5	2	4.3	6	12.8	47	100
Ortaokul Mezunu	7	25.9	8	29.6	6	22.2	1	3.7	5	18.5	27	100
Lise Mezunu	30	37.5	14	17.5	20	25	4	5	12	15	80	100
Üniversite ve Üstü	27	28.1	26	27.1	30	31.3	5	5.2	8	8.3	96	100
Meslek												
Ev Hanımı Çalışmıyor	44	44	21	21	22	22	1	1	12	12	100	100
Memur	13	28.9	17	37.8	10	22.2	4	8.9	1	2.2	45	100
İşçi	4	28.6	3	21.4	0	0	3	21.4	4	28.6	14	100
Serbest Meslek	17	39.5	7	16.3	11	25.6	2	4.7	6	14	43	100
Emekli	4	23.5	7	41.2	4	23.5	1	5.9	1	5.9	17	100
Öğrenci	8	25.8	2	6.5	13	41.9	1	3.2	7	22.6	31	100
Medeni Durum												
Bekar	29	27.1	24	22.4	32	29.9	7	6.5	15	14	107	100
Evli	54	41.9	31	24	27	20.9	2	1.6	15	11.6	129	100
Dul/Boşanmış	7	50	1	14.3	1	7.1	3	21.4	1	7.1	14	100
	Ort.	Sd	Ort.	sd	Ort.	Sd	Ort.	Sd	Ort.	Sd	Ort.	sd
Yaş	36.88	12.36	41.03	11.47	32.82	12.11	35.83	11.47	31.61	11.55	36.15	12.32

Tablo 2’de uygulanan ÇÇTÖ puanlarının gruplara göre ortalama ve standart sapma değerleri belirtilmiştir. Fİ, Dİ ve Duygusal İhmal puan ortalamaları en yüksek olan grup diğer psikiyatrik bozukluklar grubudur. Cİ ortalama puanları en yüksek olan ise Depresif Bozukluğu olan hastalardır. Alkol/madde bağımlılığı grubu diğer gruplara göre Fİ puan ortalamaları yüksektir. Ancak bahsedilen verilerin istatistiksel anlamı yoktur.

Tablo 2: Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Çocukluk Çağı Travması Ölçek Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapmalar

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Depresyon		BAB ve Şizofreni		Anksiyete Bozukluğu		Alkol/Madde Bağımlılığı		Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	
	Ort.	Sd	Ort.	Sd	Ort.	Sd	Ort.	Sd	Ort.	sd
Duygusal İstismar	5.29	3.62	4.63	3.44	4.7	3.37	5	3.19	7.03	3.65
Fiziksel İstismar	2.09	2.06	1.98	1.89	1.77	1.68	2.42	1.93	3.06	2.13
Cinsel İstismar	1.07	1.86	0.49	1.44	0.48	1.06	0.67	1.5	0.68	1.22
Duygusal İhmal	11.3	4.13	10.21	5.19	10.03	4.65	9.58	5.18	12.55	3.33
Fiziksel İhmal	1.37	1.41	1.75	1.71	1.02	1.38	2.5	1.93	2.16	1.53

Hastalara uygulanan ÇÇTÖ’ den elde edilen puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için Kruskal Wallis analizi yapılmıştır. Sonuçta, Dİ ($X^2=10.509$, $p<.05$), Duygusal İhmal ($X^2=10.150$, $p<.01$) ve Fiziksel İhmal ($X^2=18.763$, $p<.01$) puanları açısından gruplar arasında anlamlı

bir fark olduğu bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını anlamak için gruplar Mann-Whitney U analizi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, Duygusal İhmal Alt Testi toplam puanları açısından Depresyon hastaları ile Anksiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=1774.5$, $p<.05$) ve Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar ile yine Anksiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=534$, $p<.05$) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Depresyon hastaları ve Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastaların Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan daha fazla duygusal ihmal yaşadığı gözlenmiştir. Dİ Alt Test puanlarına göre, Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar ile BAB ve Şizofreni hastaları arasında ($U=436.5$, $p<.05$) ve yine Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar ile Anksiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=416.5$, $p<.05$) anlamlı bir fark vardır. Bu sonuçlara göre, Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar hem BAB ve Şizofreni hastalarından hem de Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan daha fazla duygusal istismar puanların sahiptir. Son olarak Fiziksel İhmal Alt Test puanları açısından bakıldığında, Depresyon hastaları ile Anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında ($U=1833$, $p<.05$), Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar ile Depresif hastalar arasında ($U=299.5$, $p<.05$), Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar ile Depresif hastalar arasında ($U=1004$, $p<.05$), BAB ve Şizofreni hasaları ile Ankiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=1038$, $p<.05$), Diğer Psikiyatrik Bozuklukları olan hastalar ile Anksiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=497$, $p<.05$) ve Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar ile Anksiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=151$, $p<.05$) anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Depresif hastalar Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan,

Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar hem Depresif hastalardan hem de Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan, Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar, hem Depresif hastalardan hem de Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan ve BAB ve Şizofreni hastaları Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan daha fazla fiziksel ihmale uğradıklarını belirtmiştir. Diğer alt test puanları açısından ise anlamlı bir fark yoktur. Sonuçlar Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3 Örneklemde Yer Alan Psikiyatrik Hasta Grupları Arasındaki Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Bulgularına Ait Kruskal-Wallis Analiz Sonuçları

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	χ^2	p
Duygusal İstismar	Depresyon	82	118.76	4	10.509*	.033
	BAB ve Şizofreni	54	103.93			
	Anksiyete Bozukluğu	54	101.48			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	12	119.71			
	Diğer	26	147.67			
Fiziksel İstismar	Depresyon	86	117.44	4	6.943	.139
	BAB ve Şizofreni	52	110.19			
	Anksiyete Bozukluğu	55	107.19			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	12	137.04			
	Diğer	29	142.24			
Cinsel İstismar	Depresyon	88	133.11	4	7.622	.106
	BAB ve Şizofreni	56	107.80			
	Anksiyete Bozukluğu	56	118.78			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	11	121.41			
	Diğer	30	119.72			
Duygusal İhmal	Depresyon	83	126.72	4	10.150**	.008
	BAB ve Şizofreni	57	116.91			
	Anksiyete Bozukluğu	57	92.72			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	11	130.09			
	Diğer	30	141.93			
Fiziksel İhmal	Depresyon	85	117.48	4	18.763**	.001
	BAB ve Şizofreni	54	127.31			
	Anksiyete Bozukluğu	56	91.34			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	11	158.55			
	Diğer	31	144.65			

*p<.05, **p<.01

Tablo 4'te katılımcılara uygulanan MKE alt testleri açısından gruplar arasındaki farklara ilişkin analiz sonuçları belirtilmiştir. Tablo incelendiğinde, Yenilik Arayışı toplam puanları ($X^2=12.732$, $p<.05$), Ödül Bağımlılığı toplam puanları ($X^2=16.974$, $p<.01$) ve Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($X^2=13.635$, $p<.01$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu anlaşılmaktadır. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını anlamak için yapılan Mann-Whitney U analizleri sonuçlarına göre, Yenilik Arayışı Alt Testi toplam puanlarına göre, Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar ile Depresif hastalar arasında ($U=183.5$, $p<.05$), Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar ile BAB ve Şizofreni hastaları arasında ($U=92.5$, $p<.05$), Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar ile Anksiyete Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=123.5$, $p<.05$) ve yine Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar ile Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=29.5$, $p<.05$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre Alkol/Madde Bağımlılığı olan hastalar, Depresif hastalardan, BAB ve Şizofreni hastalarından, Anksiyete Bozukluğu olan hastalardan ve Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalardan daha fazla yenilik arayışına sahiptir. Ödül Bağımlılığı Alt Testi toplam puanları açısından, Depresif hastalar ile hem BAB ve Şizofreni hastaları arasında ($U=1579.5$, $p<.05$) hem de Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=790.5$, $p<.05$) arasında, Anksiyete Bozukluğu olan hastalar ile BAB ve Şizofreni hastaları arasında ($U=1055.5$, $p<.05$) ve Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=526$, $p<.05$) arasında anlamlı bir fark vardır. Depresif hastalar hem BAB ve Şizofreni hastalardan hem de Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalardan, Anksiyete Bozukluğu olan hastalar da hem AB ve

Şizofreni hastalarından ve Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalardan daha fazla ödöl bağımlılığı olduğu bulunmuştur. Son olarak Kendi Kendine Yönetme Alt Test toplam puanları açısından BAB ve Şizofreni hastaları ile Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan hastalar arasında ($U=361.5$, $p<.05$) ve Depresif hastaları arasında ($U=994$, $p<.05$) anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre, BAB ve Şizofreni hastaları hem Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan ve Depresif hastalardan daha fazla kendi kendini yönetme puanlarına sahiptir. Diğer alt test puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4: Örneklemde Yer Alan Psikiyatrik Hasta Grupları Arasındaki Mizaç Karakter Envanteri Bulgularına Ait Kruskal-Wallis Analiz Sonuçları

Mizaç Karakter Envanteri	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	χ^2	p
Yenilik Arayışı Toplam Puanı	Depresyon	73	104.17	4	12.732*	.013
	BAB ve Şizofreni	46	100.91			
	Anksiyete Bozukluğu	53	103.78			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	10	157.60			
	Diğer	23	77.91			
Zarardan Kaçınma Toplam Puanı	Depresyon	75	119.76	4	6.686	.153
	BAB ve Şizofreni	49	32.34			
	Anksiyete Bozukluğu	54	103.45			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	10	94.15			
	Diğer	25	110.26			
Ödül Bağımlılığı Toplam Puanı	Depresyon	83	131.60	4	16.974**	.002
	BAB ve Şizofreni	54	97.06			
	Anksiyete Bozukluğu	57	133.33			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	12	92.79			
	Diğer	28	93.48			
Sebat Etme Toplam Puanı	Depresyon	85	122.75	4	0.882	.927
	BAB ve Şizofreni	54	117.40			
	Anksiyete Bozukluğu	58	125			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	12	111.08			
	Diğer	31	114.95			
Kendi Kendini Yönetme Toplam Puanı	Depresyon	67	86.89	4	13.635**	.009
	BAB ve Şizofreni	45	121.51			
	Anksiyete Bozukluğu	48	103.89			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	12	73.29			
	Diğer	24	89.60			

Tablo 4'ün Devamı

İş Birliği Yapma Toplam Puanı	Depresyon	76	106.47	4	8.380	.079
	BAB ve Şizofreni	46	105.12			
	Anksiyete Bozukluğu	51	120.53			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	11	66.86			
	Diğer	27	94.69			
Kendi Kendini Aşma Toplam Puanı	Depresyon	73	100.01	4	0.271	.992
	BAB ve Şizofreni	45	100.12			
	Anksiyete Bozukluğu	42	100.05			
	Alkol/Madde Bağımlılığı	11	103.59			
	Diğer	27	94.57			

Depresif hastalarda, ÇÇTÖ alt ölçek puanları ile MKE ve ÇBÖÖ alt test puanlar arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Pearson Korelasyon yapılmıştır. Buna göre, Dİ alt test puanları ile Zarardan Kaçınma toplam puanları ($r=0.254$, $p<.05$), Öfke Belirtileri puanları ($r=0.237$, $p<.05$), Öfke Etmenleri puanları ($r=0.377$, $p<.01$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.394$, $p<.01$) ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.248$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fİ alt test puanları ile Öfke Belirtileri ($r=0.229$, $p<.05$), Öfke Etmenleri puanları ($r=0.375$, $p<.01$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.291$, $p<.05$) ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.410$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Duygusal İhmal alt test puanları ile Zarardan Kaçınma toplam puanları ($r=0.262$, $p<.05$) ve Öfke Etmenleri puanları ($r=0.242$, $p<.05$) arasında da anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Fiziksel İhmal alt test puanları ile Öfke Etmenleri puanları ($r=0.273$, $p<.05$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.331$, $p<.01$) ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.356$,

$p<.01$) arasında yine pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer alt test puanları arasında ise ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Depresyon Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
Yenilik Arayışı Toplam Puanı	.081	.045	.190	.101	.015
Zarardan Kaçınma Toplam Puanı	.254*	.178	.179	.262*	.157
Ödül Bağımlılığı Toplam Puanı	.045	.056	.127	.030	-.019
Sebat Etme Toplam Puanı	-.047	.059	-.038	-.194	.029
Kendi Kendini Yönetme Toplam Puanı	-.130	-.056	-.085	-.048	-.086
İş Birliği Yapma Toplam Puanı	-.186	-.040	-.053	-.186	-.117
Kendi Kendini Aşma Toplam Puanı	.169	.139	-.030	-.040	-.055
Öfke Belirtileri	.237*	.229*	.099	0.12	.206
Öfke Etmenleri	.377**	.375**	-.119	.242*	.273*
Öfkeye Ait Düşünceler	.394**	.291*	.133	.195	.331**
Öfke Tepkileri	.230	.231	.173	.084	.209
Öfke Davranışları	.248*	.410**	.047	.028	.356**

BAB ve Şizofreni hastalarında, ÇÇTÖ alt ölçek puanları ile MKE ve ÇBÖÖ alt test puanları arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Pearson Korelasyon yapılmıştır. Buna göre, Dİ alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($r=-0.425$, $p<.01$) arasında negatif yönde, Öfke Belirtileri puanları ($r=0.630$, $p<.01$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.582$, $p<.01$), Öfke Tepkileri ($r=0.453$, $p<.01$) ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.441$, $p<.01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fİ alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($r=-0.324$, $p<.05$) arasında negatif yönde, Kendi Kendini Aşma toplam puanları ($r=0.344$, $p<.05$), Öfke Belirtileri ($r=0.447$, $p<.01$), ve Öfke Tepkileri puanları ($r=0.324$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Cinsel İstismar alt test puanları ile İş Birliği Yapma toplam puanı ($r=-.0331$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal İhmal alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($r=-0.318$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma toplam puanları ($r=-0.396$, $p<.01$) arasında negatif yönde, Öfke Belirtileri ($r=0.281$, $p<.05$) ve Öfkeye Ait Düşünceler ($r=0.328$, $p<.05$) arasında anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Fiziksel İhmal alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme alt test puanları ($r=-.505$, $p<.01$) negatif yönde, Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.320$, $p<.05$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer alt test puanları arasında ise ilişki saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: BAB ve Şizofreni Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
Yenilik Arayışı Toplam Puanı	.263	.100	.278	.083	.008
Zarardan Kaçınma Toplam Puanı	.096	.017	.033	.202	.018
Ödül Bağımlılığı Toplam Puanı	-.235	-.071	-.007	.226	-.030
Sebat Etme Toplam Puanı	.004	.107	-.085	.013	-.018
Kendi Kendini Yönetme Toplam Puanı	-.425**	-.324*	-.270	-.318*	-.505**
İş Birliği Yapma Toplam Puanı	-.273	-.070	-.330*	-.396**	-.176
Kendi Kendini Aşma Toplam Puanı	.281	.344*	-.070	.093	.148
Öfke Belirtileri	.630**	.447**	.188	.281*	.226
Öfke Etmenleri	.227	.228	.223	.063	.056
Öfkeye Ait Düşünceler	.582**	.250	.243	.328*	.320*
Öfke Tepkileri	.453**	.324**	.246	.100	.079
Öfke Davranışları	.441**	.100	.248	.146	.080

Tablo 7’de Anksiyete Bozukluğu olan hastalarında, ÇÇTÖ alt ölçek puanları ile MKE ve ÇBÖÖ alt test puanları arasında ilişkiyi anlamak için yapılan Pearson Korelasyon analiz sonuçları gösterilmiştir. Tabloya göre, Dİ alt test

puanları ile Yenilik Arayışı toplam puanları ($r=0.340$, $p<.05$), Öfke Belirtileri puanları ($r=0.424$, $p<.01$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.465$, $p<.01$), ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.451$, $p<.01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Fİ alt test puanları ile Yenilik Arayışı toplam puanları ($r=0.403$, $p<.01$), Öfke Belirtileri ($r=0.322$, $p<.01$), ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.451$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Cİ alt test puanları ile Öfke Etmenleri puanları ($r=0.296$, $p<.05$), Öfkeye Ait Düşünceler ($r=0.371$, $p<.05$), Öfke Tepkileri puanları ($r=0.448$, $p<.01$) ve Öfke Davranışları puanları ($r=0.330$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal İhmal alt test puanları ile Öfke Belirtileri ($r=0.327$, $p<.05$) ve Öfkeye Ait Düşünceler ($r=0.348$, $p<.05$) arasında anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Fiziksel İhmal alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme alt test puanları ($r=-0.421$, $p<.01$) negatif yönde, Öfke Belirtileri puanları ($r=0.417$, $p<.01$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.462$, $p<.01$) ve Öfke Davranışları ($r=0.362$, $p<.05$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer alt test puanları arasında ise ilişki yoktur.

Tablo 7: Anksiyete Bozukluğu Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
Yenilik Arayışı Toplam Puanı	.340*	.403**	.013	.099	.221
Zarardan Kaçınma Toplam Puanı	.156	-.160	.021	.095	-.068
Ödül Bağımlılığı Toplam Puanı	-.054	-.097	-.140	-.080	-.160
Sebat Etme Toplam Puanı	-.014	.014	-.049	.036	.033
Kendi Kendini Yönetme Toplam Puanı	-.276	-.107	-.162	-.273	-.421**
İş Birliği Yapma Toplam Puanı	-.088	-.096	-.114	-.222	-.116
Kendi Kendini Aşma Toplam Puanı	.002	.223	-.009	.257	.226
Öfke Belirtileri	.424**	.322**	.249	.327*	.417**
Öfke Etmenleri	.175	.124	.296*	.096	.172
Öfkeye Ait Düşünceler	.465**	.265	.371*	.348*	.462**
Öfke Tepkileri	.149	.081	.448**	.139	.199
Öfke Davranışları	.451**	.339*	.330*	.226	.362**

Alkol/Madde Bağımlılığı hastalarında, ÇÇTÖ alt ölçek puanları ile MKE ve ÇBÖÖ alt test puanlar arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Pearson Korelasyon yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Buna göre, Dİ alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($r=-0.769$, $p<.01$) arasında

negatif yönde, Zarardan Kaçınma toplam puanları ($r=0.748$, $p<.05$) ve Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.798$, $p<.01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fİ alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($r=-0.803$, $p<.01$) ve İşbirliği Yapma toplam puanları ($r=-0.654$, $p<.05$) arasında negatif yönde, Öfke Belirtileri ($r=0.720$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Fiziksel İhmal alt test puanları ile İşbirliği Yapma alt test puanları ($r=-0.641$, $p<.05$) negatif yönde, Öfke Belirtileri ($r=0.631$, $p<.05$) ve Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.837$, $p<.01$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer alt test puanları arasında ise ilişki saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Alkol/Madde Bağımlılığı Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
Yenilik Arayışı Toplam Puanı	-.355	-.175	-.127	-.244	-.545
Zarardan Kaçınma Toplam Puanı	.748*	.551	.110	.423	.454
Ödül Bağımlılığı Toplam Puanı	.048	.037	.033	-.043	.387
Sebat Etme Toplam Puanı	.132	-.136	.302	-.008	.438
Kendi Kendini Yönetme Toplam Puanı	-.769**	-.803**	-.482	-.439	-.641*
İş Birliği Yapma Toplam Puanı	-.572	-.654*	-.387	-.355	-.339
Kendi Kendini Aşma Toplam Puanı	-.222	-.461	.318	.139	.081
Öfke Belirtileri	.466	.720**	.079	.287	.631*
Öfke Etmenleri	.277	.328	-.255	.307	.252
Öfkeye Ait Düşünceler	.798**	.514	.299	.495	.837**
Öfke Tepkileri	.375	.603	.064	.373	.570
Öfke Davranışları	.414	.548	.043	.070	.533

Son olarak Tablo 9’da Diğer Psikiyatrik Bozukluğu olan gruptaki hastalarına, ÇÇTÖ alt ölçek puanları ile MKE ve ÇBÖÖ alt test puanları arasında ilişkiyi anlamak için yapılan Pearson Korelasyon analiz sonuçları gösterilmiştir.

Tabloya bakıldığında, Dİ alt test puanları ile Ödül Bağımlılığı toplam puanları ($r=-0.467$, $p<.05$) ve İşbirliği Yapma toplam puanları ($r=-0.568$, $p<.01$) negatif yönde, Öfke Belirtileri puanları ($r=0.631$, $p<.01$), Öfkeye Ait Düşünceler puanları ($r=0.679$, $p<.01$), ve Öfke Tepkileri puanları ($r=0.461$, $p<.05$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Fİ alt test puanları ile Ödül Bağımlılığı toplam puanları ($r=-0.451$, $p<.05$) ve İşbirliği Yapma toplam puanları ($r=-0.423$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Cİ alt test puanları ile Ödül Bağımlılığı toplam puanları ($r=-0.486$, $p<.05$) ve İşbirliği Yapma toplam puanları ($r=-0.409$, $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Duygusal İhmal alt test puanları ile Kendi Kendini Yönetme toplam puanları ($r=-0.480$, $p<.05$) ve İşbirliği Yapma toplam puanları ($r=-0.399$, $p<.05$) arasında negatif yönde, Öfkeye Ait Düşünceler ($r=0.558$, $p<.05$) arasında anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Fiziksel İhmal alt test puanları ile Yenilik Arayışı toplam puanları ($r=-0.519$, $p<.05$), Ödül Bağımlılığı toplam puanları ($r=-0.486$, $p<.01$), İşbirliği Yapma toplam puanı ($r=0.480$, $p<.05$) ve Kendini Aşma alt test puanları ($r=-0.468$, $p<.05$) negatif yönde ve Öfke Belirtileri puanları ($r=0.444$, $p<.05$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer alt test puanları arasında ise ilişki yoktur.

Tablo 9: Diğer Psikiyatrik Bozuklukları Olan Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Puanları ile Çok Boyutlu Öfke Envanteri ve Mizaç Karakter Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
Yenilik Arayışı Toplam Puanı	-.080	-.383	-.385	-.397	-.519*
Zarardan Kaçınma Toplam Puanı	.049	.042	.126	.204	.318
Ödül Bağımlılığı Toplam Puanı	-.467*	-.451*	-.486*	-.199	-.486**
Sebat Etme Toplam Puanı	-.153	.055	-.300	-.188	-.137
Kendi Kendini Yönetme Toplam Puanı	-.258	-.058	-.217	-.480*	-.148
İş Birliği Yapma Toplam Puanı	-.568**	-.423*	-.409*	-.399*	-.480*
Kendi Kendini Aşma Toplam Puanı	.365	-.054	.150	.221	-.468*
Öfke Belirtileri	.631**	.235	.339	.208	.444*
Öfke Etmenleri	.385	-.146	.250	.356	-.026
Öfkeye Ait Düşünceler	.679**	.219	.344	.558*	.291
Öfke Tepkileri	-.461*	-.147	.168	.262	.207
Öfke Davranışları	.326	-.157	-.209	.215	-.116

V. TARTIŞMA

Bu çalışmada, farklı psikiyatrik tanı gruplarına uygulanan ÇÇTÖ ile ÇBÖÖ ve MKE arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu bölümde katılımcılardan elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Çalışmanın 5 tanısal grubu için çocukluk çağı istismar ve ihmalleri açısından yapılan ikili grup analizlerinde, depresyon tanı grubu anksiyete bozukluğu tanı grubuna kıyasla duygusal ve fiziksel ihmal puanları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Literatürde depresyon ve anksiyete bozukluğunda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları ve etkilerini araştıran çalışmalar mevcuttur (107).Komorbiditeleri oldukça fazla olan depresyon ve anksiyete bozukluğunun oluşumunda, çocukluk yada yetişkinlik dönemi olumsuz yaşam olayları gibi ortak risk faktörleri vardır. Araştırmalarda, Çİ ve ihmali, her ne kadar depresyonla daha çok ilişkili olduğu gösterilmiş olsa da, anksiyete bozukluklarının oluşumunda da önemli bir risk faktörüdür (108)Aaron Beck'e (1976) göre kayıp ve ihmal gibi yaşantılar depresyonla, cinsel ve fiziksel istismar gibi örseleyici yaşantılar ise anksiyete bozuklukları ile ilişkilidir. Rose ve Abramson'a (1992) göre, duygusal istismar depresyonun bilişsel hassasiyetinin gelişimi açısından fiziksel ve cinsel istismardan, depresif bilişlerin direk olarak istismarcı tarafından sağlanıyor olması nedeniyle daha önemli bir risk faktörüdür. Daha sonra yapılan başka çalışmalarda duygusal istismarın depresyon gelişimi açısından önemli olduğunu vurgulamıştır (109).Genel anlamda, çocukluk çağı travmaları yaşam boyu depresyon ve anksiyete bozukluğu oluşumu açısından risk

faktörüdür, ancak depresyon ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki daha kuvvetli görünmektedir. Çocukluk çağı travmaları içerisinde özellikle duygusal ihmal, depresyon ve distimi ile ilişkili bulunmuştur (110). Bizim çalışmamızda da depresyon tanı grubu anksiyete bozukluğu grubuna kıyasla duygusal ihmal açısından anlamlı olarak daha fazla bulunması, literatürdeki bu bulgularla desteklenmektedir.

Depresyon hastalarında mizaç ve karakter özelliklerini inceleyen çalışmalar da vardır. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, MKE' inin depresyonla en fazla ilişkili olan alt testin Zarardan Kaçınma olduğuna yöneliktir. Örneğin, Hirano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yüksek Zarardan Kaçınma puanının depresyona özgü yapısal bir özellik olduğu bildirilmiştir(111). Zarardan kaçınma puanları yüksek olan bireyler çekingen, edilgen, kendine güveni olmayan, çabuk yorulan, karamsar,kötümser olarak tanımlanmış; zararlı uyarılara karşı kendilerini engelleme eğiliminde oldukları ve stresli olaylara karşı yüksek oranda depresyon ile karşılık verdikleri belirtilmiştir. Sonuç olarak zarardan kaçınma puanları yüksek olan bireylerin tanımlanan özellikleri, depresyon kliniğiyle örtüşmektedir. Zarardan kaçınma, her ne kadar bir mizaç özelliği olarak biyolojik ve genetik olarak doğuştan itibaren var olarak kabul edilse de, bazı özel tanı gruplarında mizaç ve karakter özelliklerini araştıran çalışmalarda zaman içinde zarardan kaçınma skorlarında değişikliklerin olması bazı mizaç özelliklerinin zamanla değişikliğe uğrayabileceğini düşündürmektedir(112, 113). Bu açıdan değerlendirildiğinde, çocukluk döneminde duygusal açıdan yeterince desteklenmeyen ve doyurulmayan bireylerin hem içinde bulundukları güvensiz

ortam nedeniyle korkuya kapılmaları hem de var olan bu duruma ve nedenlerine karşı öfke duymaları söz konusu olabilir. Bu bireyler erişkinlik dönemlerinde yukarıda da bahsedildiği gibi zarardan kaçınması yüksek bireyler olarak aynı güvensizlik, korku ve / veya öfke şemaları ile çekingen, edilgen, kırılgan olabilmekte ve olumsuz yaşam olayları karşısında depresif cevap vermeleri kolay olabilmektedir. Çalışmamızda depresyon tanı grubunda anksiyete tanı grubuna göre duygusal, fiziksel istismar ve duygusal ihmal yaşantılarının anlamlı bir şekilde daha fazla yaşadığı görülmüştür. Buna göre, depresyon hastalarında duygusal istismar ve ihmal ile zarardan kaçınma arasında ilişki çıkması beklenen bir durumdur. Ayrıca Çİ ve ihmalinin türlerinin sıklık ortalamalarının tanısallık gruplar içinde dağılımına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, duygusal istismar ve ihmal sıklığı ortalamasının, diğer psikiyatrik tanı grubu dışında, depresyon tanı grubunda fazla olduğu görülmüştür. Daha önce de bahsedildiği gibi duygusal istismar ve ihmalin daha çok depresyon ve distimi ile ilgili olduğunu belirten farklı çalışmaların sonuçları ile burada bulunan bulgular benzerdir. Depresyon tanı grubunda, duygusal istismar ve ihmal ile zarardan kaçınma arasında da pozitif yönde anlamlı bir farklılığın görülmesi, çocukluk dönemi duygusal istismar ve ihmalinin zarardan kaçınma mizaç özelliği ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Depresif hastalardaki öfke özellikleri ile yapılan kıyaslamalarda ise, ÇBÖÖ öfke etmenleri alt ölçeğinde ciddiye alınmama, eleştirilme ve toplam puanında depresyon tanı grubunda anlamlı farklılık görülmüştür. Bilindiği üzere depresyon tanı kriterleri içerisinde suçluluk ve yetersizlik düşüncelerinin varlığı

benlik saygısında azalmaya işaret etmektedir. Benlik saygısı azaldıkça depresyon şiddeti de aynı doğrultuda artar. Yayınlarda, öfke ve benlik saygısı arasında karmaşık bir ilişki olduğu da vurgulanmaktadır. Dryden (1990), bireylerin, kendilik değerlerini azaltmaya, kendini kabullenişlerini sarsmaya ve kendilerini küçük düşürmeye yönelik davranışlar algıladıklarında, çoğu kez öfkeyle karşılık verdiklerini belirtmektedir. Öfkenin derecesinin, genellikle kişinin kendi benlik saygısı ile ters orantılı olduğunu ileri sürmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bu çalışmada depresyon tanı grubunda eleştirilme ve ciddiye alınmama öfke etmenleri alt ölçeklerindeki anlamlı farklılık bahsedilen bu öfke etmenlerinin depresyonda görülen benlik saygısında azalma yaratması ile açıklanabilir.

ÇBÖÖ'nün öfkeye ait düşünceler alt ölçeğinde depresyon tanı grubunda diğer gruplara kıyasla kendine yönelik öfke puanlarında anlamlı farklılık görülmüştür. Klasik psikanalitik görüşe göre içe dönük öfke, depresyonun ruhsal etiolojisinde rol oynayan bir etkidir. Freud yas ve melankoliyi gerçek veya simgesel kayıpların tetiklediğini öne sürerek, depresif hastalardaki suçlanma ve intihar düşüncelerini kaybedilen nesneye karşı duyulan öfkenin, kendine zarar verme isteği şeklinde kişinin kendisine yöneltmesiyle açıklamıştır (114). Klein, depresyonu olan hastaların kendi yıkıcılıkları sonucunda sevilen iyi nesneleri yok edecekleriyle ilgili umutsuzca kaygılandıklarını ileri sürmüştür (115). Literatürde, öfkenin ifade edilmesine dair farklı kavramsallaştırmalar olduğu görülmektedir. Öfke duygusunun saldırganlıkla değil de, duygu ve düşünceleri yansıtacak şekilde ifade edilmesi en sağlıklı yoldur. Öfkenin yapıcı bir şekilde ifade edilmesi sırasında öfkeli birey, diğer kişiyle olumlu bir ilişki kurmakta ve yürütmektedir.

Birey kendi duygularına ilişkin doğrudan ve gerçek bir ifade kullanmakta ve kendini kontrol etmektedir (116). Bir diğer yol, öfkenin tokat atma, tekme atma, vurma, tehdit etme, aşırı eleştirel olma, hata arama, tartışma ve saldırgan bir tavır içinde olma, suçlama, alay etme, dedikodu yapma, önyargıyla yaklaşma gibi açıkça ve doğrudan gözlenebilen sözel ve davranışsal belirtilerle ifade edilmesidir (117). Bir başka yolda, öfkenin bastırılıp daha sonra dönüştürülmesi ya da başka yöne yönlendirilmesi söz konusudur. Bu yolda, başkalarından uzak durma ve onlarla işbirliğini reddetme, sessizlik, unutkanlık, psikosomatik hastalıklar, suçluluk duyguları, aşırı alttan alma, çekingen davranma, ağlama, yoğun bir rahatsızlık ve stres altında olma duygusu, mutsuzluk ve gerginlik, alınganlık ve ruhsal acı çekme duygularının varlığı görülebilmektedir. Öfke eğer açık bir biçimde ifade edilemezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendine dönmekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Bunlardan birisi de depresyondur. Çalışmanın bu bulgusu bahsedilen literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Bununla birlikte yine depresyon tanı grubunda ÇBÖÖ öfkeye yönelik düşünceler alt ölçeğinde, kendine yönelik öfke dışında diğerlerine ve dünyaya yönelik öfke kıyaslamalarında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Şimdiye kadar yapılan pek çok çalışma, genel olarak öfke ve depresyon arasında bir ilişkiye işaret etse de, aynı sonuca varmayan çalışmalar da görülmektedir. Di Giuseppe' un (1999), öfke ve depresyona yaklaşımı (araştırma farklılıklarından kaynaklanan değişik sonuçların dışında) kısmen bu durumu aydınlatmaktadır. Di Giuseppe' ya göre depresyon ve öfke deneyimi yaşayan kişiler, değişken / dengesiz suçlama

biçimlerine ve değişken bir öz-yeterlilik algısına sahiptirler. Başkalarını suçlarken ve yüksek yeterliliklerinin olduğunu düşündüklerinde, öfke duygusu yaşarken; kendilerini suçladıklarında ve düşük yeterliliklerinin olduğunu düşündüklerinde depresif duygu durumu yaşamaktadırlar. Buradan hareketle, öfkenin düşük benlik saygısına karşı bir savunma olabileceğinin düşünülebileceğini ifade edilebilir (118). Bu çalışmada depresyon tanı grubunda diğerlerine ve dünyaya yönelik öfke alt ölçeklerindeki anlamlı farklılıklar belki de bu yaklaşımla açıklanabilir.

Aynı zamanda yine depresyon tanı grubunda Çİ, ihmali ve ÇBÖÖ alt ölçekleri arasında yapılan korelasyon analizlerinde, özellikle duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal ile öfke skorları arasında pozitif yönde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Diğer tanı grupları ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, depresyon tanı grubunda duygusal istismar ve ihmal ortalamalarının daha fazla olması, bununla birlikte yine depresyon tanı grubunda duygusal istismar ve ihmalde genel olarak ÇBÖÖ alt grupları arasında pozitif yönde anlamlı sonuçların çıkması nedeniyle, çocukluk döneminde istismar ve ihmale uğramış depresyon hastalarında öfkenin daha sık görülebileceği söylenebilir.

Anksiyete bozukluğu olan hastalarla öfke arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışmanın diğer 4 tanısal grubuna kıyasla, anksiyete tanı grubunda ÇBÖÖ öfke etmenleri (ciddiye alınmama, eleştirilme ve toplam puan), öfkeye ait düşünceler (öfkeye yönelik, kendine yönelik, diğerlerine ve dünyaya yönelik) alt ölçeklerinde puanlar daha düşüktür. Anksiyete ve öfke arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalarda, öfke ve anksiyetenin benzer özelliklere sahip olduğu belirtilmiştir.

Russell ve Mehrabian (1974), her iki duygunun da yüksek düzeyde uyarılma ve düşük düzeyde memnuniyet içerdiğini; öfkenin daha çok baskın duygu ve davranışları, anksiyetenin ise pasif duygu ve davranışları kapsadığını ileri sürmüşlerdir. Yazarlara göre, felaketleştirme, kaygılı beklenti ve kişisel mükemmeliyetçilik, tetikte oluş ve tepkiselliği artırabilmektedir. Öfkeli bireyler diğerlerini suçlamaya eğilimli oldukları için söz konusu aşırı uyarılma durumlarında tepkisel davranışlar sergilerken; anksiyeteli bireyler, yaşanan çatışma durumlarından kaçınmanın en iyi yol olduğunu düşünerek, daha pasif davranışlar sergileyebilmektedirler. Anksiyete bozuklukları yaşayan bireylerde öfke ve öfkeyle ilgili davranışları inceleyen araştırmalarda, TSSB yaşayan Vietnam askerlerinin, normal bireyler ve TSSB geliştirmeyen Vietnam askerlerine oranla, daha fazla öfke ve öfkeyle ilgili davranışsal belirtiler yaşadıkları bulunmuştur (119, 120). Yeragani ve Kumar (2000), panik bozukluk yaşayan bireylerin normal bireylere oranla daha saldırgan ve düşmanca olduklarını bulgularken; Whitevide, Jonathan ve Abramowitz (2004) OKB tanısı almış bireylerin, normal bireylere oranla, daha yüksek düzeyde öfke belirtileri yaşadıklarını ileri sürmüşlerdir. Bir diğer çalışmada ise sosyal anksiyete düzeyi yüksek bireylerin, çatışma durumlarında geri çekilerek öfkeyi bastırdıklarını ya da çatışmadan sonra çatışma durumu ile ilgili düşünceleri sürdürerek, öfke belirtilerini taşımaya devam ettikleri görülmüştür (121). Literatürde bahsedilen bu çalışmalarla örneklendiği gibi anksiyete bozukluğu ile öfke belirti ve tepkileri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Ancak bu çalışmada tanı grupları arasında öfke düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalarda anksiyete tanı grubunda skorlar

diğer tanı gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum, çalışmaya alınan anksiyete bozukluğu örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanıyor olabileceği gibi kıyaslanan diğer tanı gruplarında öfke birlikteliklerinin daha fazla olması nedeniyle de olabilir. Bununla birlikte, anksiyete bozukluğu tanı grubunda Çİ ve ihmalinin tüm türleri ile öfke arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu tanı grubunda diğer psikiyatrik tanı gruplarında yapılan analizler sonucunda saptanmayan cinsel istismar ve öfke arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin bulunması, yapılan pek çok çalışmada özellikle TSSB başta olmak üzere anksiyete bozukluklarının etiolojisinde önemi vurgulanmış olan cinsel istismarın, anksiyete bozukluklarında görülen öfke düzeylerinde artışa neden olabileceğini düşündürebilir.

Çocukluk çağı travma belirtileri ile ilişkisi incelenen diğer tanı grubu da alkol/madde bağımlılığı tanı grubudur. Çalışmada alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda depresyon ve anksiyete bozukluğu tanı gruplarına kıyasla fiziksel ihmal oranlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Genel anlamda alkol, madde ve ilaç bağımlılarında yapılan çalışmalarda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının sık görüldüğü gösterilmiştir. ABD’ de 178 ilaç bağımlısı hasta ile yapılan bir çalışmada bu sıklık % 84 olarak bulunmuştur(122). Kimyasal bağımlılık rehabilitasyon programındaki ergen, yetişkin kadın ve hastalarla yapılan bir başka çalışmada yetişkin kadın hastaların %75’ inde, ergen hastaların ise %90’ında öykülerinde çocukluk çağı cinsel travmasına rastlanmıştır. Erkek hastalar için ise bu oranlar yetişkinlerde %16, ergenlerde %42 olarak bulunmuş (123). Yataklı bir rehabilitasyon merkezinde yapılan bir çalışmada 100 alkolik hastanın %33’ ünde

çocukluk çağı Fİ oranı bulunmuştur (124). Yine yataklı bir merkezde madde kullanım bozukluğu olan hastalardaki çalışmada, hastaların %77' isinin çocukluk döneminde 1 yada daha fazla şekilde çocukluk dönemi istismarına maruz kaldığı kaydedilmiş (125). Her ne kadar, yapılan bu çalışmalarda seçilen örneklem grupları, araştırılan çocukluk çağı travma tipi ve kullanılan metotlardaki farklılıklar nedeniyle değişik oranlarda istismar sıklığı bulunsada; bu alanda yapılan pek çok çalışma, çocukluk çağı istismar ve ihmalinin alkol ve madde bağımlısı hasta gruplarında sık karşılaşılan bir durum olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda da anksiyete bozukluğu ve depresyon tanı grubuna kıyasla fiziksel ihmal oranlarında alkol/madde bağımlılığı olan hastalarda daha fazla olduğuna yönelik anlamlı farklılık saptanmıştır. Özellikle alkol bağımlıları olmak üzere bağımlı hasta gruplarının ebeveynlerinde de bağımlılığa sık rastlanması çocukluk döneminde istismar ve ihmal edilmeleri için bir risk olabilir. Aynı zamanda daha önce yapılan çalışmalarda çocukluk çağı istismarı öykülerinin sık olduğu TSSB, dissosiyatif bozukluk, OKB gibi hastalıklarda bağımlılık self medikasyon ile komorbid bir bozukluk olarak görülebilmektedir. Bu durum da bağımlılık tanı grubunda görülen istismar oranlarındaki farklılığın nedeni olabilir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin kendisi de alkol ve madde bağımlılığı etiolojisindeki nedenlerden birisi olarak sayılabilir. Yani çocukluk çağında gelişimi ve eğitimi için yeterince desteklenmeyen, sevgi ve güven eksikliği olan çocukların oral bağımlılık eğilimlerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Bağımlı hasta gruplarında, ebeveynlerinde de bağımlılık oranlarının normal popülasyona göre daha fazla olması fiziksel ihmallerinin nedenleri içinde sayılabilir. Ayrıca,

aile ortamında fiziki koşulların yetersizliği nedeniyle ihmal edilen çocukların sosyoekonomik olarak daha kötü sosyal çevrelerde yetişiyor olması alkol ve madde kullanım oranlarını arttırdığı düşünülebilir.

Alkol bağımlılığı tanı grubu MKE mizaç boyutlarından Yenilik Arayışı puanları açısından diğer tüm tanı gruplarına göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Cloninger alkolizmin 2 alt tipi olduğunu savunmuş ve bunları tip I ve tip II alkolizm olarak tanımlamıştır. Tip I alkolizm 25 yaşından sonra başlayan, hem kadın hem de erkeklerde görülebilen, göreceli olarak hafif düzeylerdeki ve alkole bağlı şiddet ve tutuklanmaların nadir görüldüğü bir uçtur. Tip II alkolizm ucundaki bireyler tipik olarak erkektir ve alkol probleminin başlangıcı daha erkendir. Bizim çalışmamızda da alkol bağımlılığı tanı grubundaki hastaların büyük çoğunluğu erkektir. Alkollü ve alkolsüz şiddet oranları fazladır. Daha fazla ilaç kullanımı vardır. Cloninger bu alt tiplerin farklı mizaç özelliklerinden kaynaklanan farklı sendromlar olduğunu savunmuştur. Tip I alkolikler; düşük yenilik arayışı, yüksek zarardan kaçınma, yüksek ödül bağımlılığı ile belirli, duygusal olarak bağımlı, katı, mükemmeliyetçi, kaygılı, sessiz, sabırlı ve içe dönük kişiler olarak tanımlanırken; tip II alkolikler, antisosyal kişilik bozukluğunda olduğu gibi yüksek yenilik arayışı, düşük zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı ile belirli, sinirli, dürtüsel, aktif konuşkan, sabırsız kişiler olarak tanımlanmıştır. Yenilik arayışı eğiliminin alkolikleri alkolik olmayanlardan, tip II alkolikleri tip I alkoliklerden, sigara içenleri içmeyenlerden ve madde kullanan veya kullanmayan kişileri antisosyal kişilik bozukluğu olanlardan ayırdığı gösterilmiştir(126). Yüksek yenilik arama erken başlangıçlı

alkolizm ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın bu bulgusu alkolizmde önemli bir mizaç boyutu olduğunu gösteren diğer çalışmaların sonuçlarını ile benzerdir.

Alkol ve madde bağımlılığı tanısı grubunda Çİ ve ihmal yaşantılarının mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisine bakılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre duygusal istismar; Zarardan Kaçınma alt test toplam puanları ile pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme alt test toplam puanları ile negatif yönde ilişkili, fiziksel istismar Kendi kendini Yönetme alt test toplam puanı ve İşbirliği Yapma alt test puanları ile negatif yönde ilişkili ve fiziksel ihmal ise Kendi Kendini Yönetme alt test toplam puanları ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur. Alkol ve madde bağımlılarında, alkol ve maddeye başlama yaşlarının araştırıldığı çalışmalarda Çİ yaşantısı olan bağımlıların alkol ve madde kullanım yaşlarının daha erken, özellikle ergenlik dönemlerinde olduğu görülmüştür (127). Bu açıdan bakıldığında, fizyolojik ve psikososyal gelişimin önemli bir periyodu olan ergenlik döneminde yaşanan travmaların yarattığı psikolojik gerginliği alkol ve madde kullanımı ile yatıştırmaya çalışan bu hasta grubunda fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda ve kişilik gelişiminde sorunlar yaşayabileceği öngörülebilir. Her ne kadar bu çalışmada, alkol bağımlısı hastaların alkole başlama yaşının sonuçlar üzerindeki etkisi incelenmemiş olsa bile, travma yaşantıları alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda mizaç ve karakter gelişimini bahsedilen şekilde etkilemiş olabilir. Alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda duygusal istismar ile Zarardan Kaçınma alt test toplam puanları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Zarardan Kaçınma, daha önce yapılan çalışmalarda kişilik bozukluğu ve yaşanan travmaya kişinin verdiği psikiyatrik tepkinin şiddetini belirleyen karakter boyutu

olarak tanımlanmıştır (128). Buna dayanarak alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda duygusal istismar arttıkça zarardan kaçınma oranlarının yüksek olması beklenir. Fiziksel istismar ve ihmal etkisine bakıldığında bu çalışmada, mizaç ve karakter özelliklerinden kendi kendini yönetme ve iş birliği yapma ile fiziksel istismar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Alkol bağımlılarında travma öyküsü ile aleksitimi ve mizaç, karakter özellikleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı başka bir çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmıştır (129). Kendi Kendini Yönetme travmanın varlığı, İşbirliği Yapma ise travma sıklığı ile negatif olarak ilişkili bulunmuştur. Daha önce kişilik bozukluklarının mizaç ve karakter boyutları arasındaki en önemli yordayıcısı olarak belirtilen Kendi Kendini Yönetme skorlarında Fİ ve ihmal arttıkça azalmanın görülmesi bu tanı grubunda eksen II tanılarının fazla olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu çalışmada eksen II tanılarının etkileri incelenmemiştir. Belki de, bahsedilen II. Eksen özellikleri alkol ve madde bağımlılarında mizaç ve karakter özelliklerini bu anlamda etkilemiş olabilir. Düşük Kendi Kendini Yönetme skorları dürtü kontrol sorunları, ego güçlerinde azalma, sorumluluk alma ve amaç sahibi olmada azalma, immatürite ve kırılganlık ile ilişkilidir. Bununla birlikte, istismar ve ihmal yaşantılarının kişilik bozuklukları etiyolojisinde rol oynayabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (130). Bu bulgular da, alkol ve madde tanı grubunda istismar ve ihmal Kendi Kendini Yönetme skorları arasındaki ilişkilerini desteklemektedir.

Öfke, irritabilite, depresyon, bıkkınlık gibi negatif duygudurumu belirteçleri, stres düzeylerinde artışla birlikte alkol ve diğer madde bağımlılarında relaplara neden olmaktadır (131, 132). Ayrıca, bu affektifseptom ve

sendromlar, uzun süreli duygudurumu regülasyonunda zorluklarla alkol ve madde kullanım bozukluklarına neden olabilmektedir. Öfke, bağımsız olarak yada yetersiz beslenme ve yoğun olarak alkol ve madde kullanımının bir sonucu olarak beyin yapısı ve nörofizyolojik işlevlerinde bozulmalar nedeniyle oluşabilir (133).Affektregülasyonu ile ilişkili tüm bu sorunlar, bağımlı hastaların iyileşme süreçlerinde güçlükler çıkarmaktadır. Alkol bağımlılığı konusunda ortak sorunlarını çözebilmek ve diğer alkoliklere yardımcı olabilmek için deneyimlerini, güçlerini paylaşan kişilerin bir araya geldikleri bir sivil toplum örgütü olan Adsız Alkolikler'in (AnonymousAlcoholics) ana literatürlerinde öfke, bağımlılarda relaps için tek potent ve yüksek riskli duygu olarak öne çıkmaktadır ve tedavi basamaklarında bu duygu ile baş etme önerilmektedir. Bununla birlikte, çok sayıda çalışma DSM-IV kişilik bozukluklarının madde kötüye kullanımı olan bireylerde oldukça yaygın olduğunu özellikle de antisosyal, borderline, çekingen ve paranoid kişilik bozukluklarının yaygın olarak saptandığını göstermiştir (70, 134). Diğer sık görülen komorbid ruhsal bozukluk depresyondur. Bağımlılarda görülen depresyon alkol ve madde kullanımına ve tedavi döneminde yoksunluğa ikincil olabileceği gibi bu durumlardan bağımsız olarak da görülebilir (135). Evlilik, aile, iş ve sosyal alanlarda sıklıkla sorun yaşayan alkol ve madde bağımlılarında azalmış benlik saygısı ve depresyon kendine yönelik öfkeyi açıklayabilir. Antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon ile öfke, kendine zarar verme arasındaki ilişki daha önce pek çok çalışmada gösterilmiştir. ÇBÖÖ öfke ile ilgili düşünceler alt ölçeğinde alkol ve madde bağımlılığı tanı grubundaki anlamlı farklılıklar mevcut

bu literatür bilgilerini desteklemektedir. Çİ ve ihmali ile öfke arasında ilişkinin varlığını araştıran analizler sonucunda alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda; duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal ile öfke arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (136). Daha önce yapılan başka çalışmalarda da bu bulguları destekler sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda alkol ve madde bağımlılığı tanılı hastalarda gelişimsel dönemlerinde yaşanan özellikle ihmal yaşantılarının, öfke kontrolü ve kişilerarası ilişkilerde öfke ile ilişkili sorunların oluşumunda etken olabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmanın alkol ve madde bağımlılığı tanı grubunda duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal ile öfke arasında pozitif yönde anlamlı çıkan bulgular, daha önce yapılan çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde çocukluk döneminde yaşanan özellikle istismar yaşantılarının bağımlılarda öfkeyi arttıran bir durum olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada diğer psikiyatrik tanı grubu içinde değerlendirdiğimiz hastaların büyük bir çoğunluğunu somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) oluşturmaktadır. Bunların dışında yeme bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu tanıları da mevcuttur. Diğer tanı grubu içinde en sık tanı olan somatizasyon bozukluğu oldukça sık karşılaşılan bir medikal problemdir. Yapılan çalışmalar, sağlık kurumuna başvuran hastaların %30-60'ının başvuru şikayetlerinin herhangi bir medikal sorun ile açıklanamadığını belirtmişlerdir. Pek çok çalışma hayatın erken dönemindeki olumsuz yaşam olaylarının, yetişkinlikte somatizasyon gelişimine katkıda bulunabileceğini belirtmiştir (137, 138). Bu olumsuz yaşam

olayları içerisinde Cİ, Fİ, Dİ ve ihmal bulunmaktadır. (3–5). Hernekadar somatizasyon bozukluğu ile çocukluk dönemi istismar ve ihmali arasındaki ilişki gösterilmiş olsada, çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıları olan herkeste somatizasyon bozukluğu görülmemektedir. Stuart ve Noyes, önemli insanlara bağlanma ile ilişkili internal şemaların, Çİ ve ihmali ile erişkindeki somatizasyon arasında anahtar rol oynadığını söylemişlerdir. Buna göre, Çİ ve ihmali güvensiz bağlanmaya, bu da erişkinlik döneminde somatizasyona neden olabilmektedir. Çİ ve ihmal yaşantıları ve açıklanamayan fiziksel yakınmaları araştıran çalışmalarda; kronik ağrı bozukluğu, baş ağrısı, jinekolojik yakınmalar, gastrointestinalesemptomlar ve kas iskelet sistemi semptomlarına bakılmıştır. Daha önce yapılan pek çok çalışmada sadece cinsel ve fiziksel istismar ile bu yakınmalar arasındaki ilişki gösterilmiş olsa da, son zamanlarda yapılan çalışmalar duygusal istismar ve ihmalin de aynı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bakım verenler tarafından vücutça kötüye kullanılma, temel fiziksel yada duygusal ihtiyaçların karşılanmaması beden işlevselliği ve bütünlüğü ile ilgili hassasiyete neden olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda klasik psikanalitik kurama göre, somatizasyon bilinç dışında var olan çatışmaların beden diliyle ifade edilmesi durumudur. Çİ ve ihmali bu bilinç dışı çatışmaların kaynaklarından biri olduğu bilinmektedir(139-144).

Konversiyon bozukluğunda çocukluk çağı travma öyküsü, en az diğer bozukluklar kadar araştırılmış bir konu olup, özellikle yalancı nöbet tipi konversiyon bozukluğu olan hastalarda, çocukluk çağı travma öyküsünün sık görüldüğü bildirilmiştir (145, 146). Daha sonraki çalışmalarda da bu ilişkinin

varlığı onaylamıştır. Alper ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında, 85 konversiyonbozukluğu olan hasta incelenmiş ve hastaların %24'ünde cinsel, %15.5'inde fiziksel travma öyküsü olduğu saptanmıştır. Bazı yayınlarda ise bu oran %86'lara varmaktadır (147).Roelofs ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise konversiyon bozukluğu olan hastalar incelenmiş ve %15'inde herhangi bir çocukluk çağı travmasının olmadığı, geri kalan hastalarda fiziksel, cinsel ya da her iki travmanın birlikte olduğu, affektif bozukluğu olan hastalara göre, konversiyon bozukluğunda çocukluk çağı travma öyküsünün daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Freud ve Charcot'tan beri konversiyon bozukluğunda çocukluk çağı cinsel travmaların sık olduğu ve bu yüzden bu kişilerde cinsel çatışmaların fazla olduğu bildirilmektedir (148, 149). Hatta bu hastaların travmaları ve cinsel çatışmaları psikoterapi ile düzeltildiği zaman, hastalığının da çözüldüğü belirtilmiştir(145). Konversiyon bozukluğu histeri tanımı ile bağlantılıdır. 19. yy sonlarında Pierre Janet, histeriyi dissosiyatif bozukluklar içinde sınıflamış ve somatizasyon bozukluğunu bu durumun travma öyküsü olan hastalarında bir sonucu olarak tanımlamıştır. Janet bu hali ile histeriyi travma kaynaklı bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte, Freud daha sonra histerinin somatoform belirtilerinin nevrotik savunma mekanizmalarının bir sonucu olduğunu ve konversiyonseptomları şeklinde görüldüğünü belirtmiştir. Bahsedilen bu travma yaşantıları kişinin çocukluk dönemine ait olabileceği gibi erişkinlikte yaşadığı örselenme yaşantıları da olabilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğunun kadınlarda daha sık görülüyor olmasının kadınların erken çocukluk döneminde erkeklere oranla daha sık cinsel istismara maruz

kalmaları nedeniyle olabileceği vurgulanmış. Çalışmamızda diğer tanı grubu içine dahil ettiğimiz konversiyon bozukluğu hastalarında cinsel istismar ayrıca araştırılmamıştır.

Çalışmanın diğer tanı grubu içine dahil ettiğimiz DEHB etiyolojisi içinde psikososyal etkenlerin doğrudan bir ilişkisi olduğu düşünülmemekle birlikte, bozukluğun ortaya çıkışını hazırladıkları ya da hızlandırdıkları düşünülmektedir. Yetiştirme yurtlarında kalan çocuklarda yapılan araştırmalarda, çocukların dikkat sürelerinin kısa olduğu ve aşırı hareketli oldukları gözlenmekte ve bu belirtilerin uzun süreli duygusal yoksunluk ve ihmal kaynaklandığı, evlat edinme durumlarında ise zaman içinde azaldığı gözlenmiştir. DEHB tanısı almış olan hastaların sosyodemografik verilerine bakılan çalışmalarda, ebeveyn geçimsizliği, ebeveynlerde yüksek oranlarda ruhsal hastalık öyküsü (antisosyal eğilimler, alkol kötüye kullanımı, konversiyon bozukluğu v.b.) gibi çocuğun istismar ve ihmali risk faktörü olarak gösterilen özelliklerin görülmüş olması, hastalığın oluşumunda etkili öncelikli bir neden olmasa da, gelişimi ile ilgili katkıları olabileceğini göstermektedir (150, 151).

Diğer tanı grubu içine dahil ettiğimiz bozukluklar içinde somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, DEHB dışında; yeme bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu da bulunmaktadır. Bu tanılarda çocukluk çağı istismar ve ihmali araştıran çalışmalarda da kontrol gruplarına kıyasla Çİ ve ihmalinin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Pek çok çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarının yeme bozuklukları ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (152-154).Çİ'nin dissosiyatif savunma mekanizmalarına neden olabileceği ve

tıkınırcasına yeme semptomlarında rol oynadığı, ayrıca öz benlik saygısının azalması, kendinden nefret etme ve kendi bedenine zarar verme ile kendi hayatında kaybettikleri kontrolü geri kazanmak için kendilerini aç bırakma davranışı ile yeme bozukluklarının gelişebileceği ileri sürülmüştür. Bu çalışmada diğer tanı grubuna dahil ettiğimiz hastalarda cinsel istismar açısından anlamlı farklılıklar görülmemiş olmakla birlikte, duygusal istismar, duygusal ve fiziksel ihmal oranlarında diğer tanı gruplarına kıyasla yükseklik saptanmıştır. Yine bu travma türlerinde diğer tanı grubunda öfke ile yapılan korelasyon analizlerinde pozitif yönde anlamlı ilişkilerin saptanmış olması daha önceki çalışmalarda Çİ ve ihmalinin etiolojisinde öneminin gösterildiği bu tanı gruplarında, Çİ ve ihmali yaşantılarının öfke skorlarında artışa neden olmuş olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda diğer tanı grubu içinde değerlendirmeye aldığımız bozuklukların büyük bir çoğunluğunun bedensel yakınma ve semptomlarla ilgili olması, var olan öfkenin kişinin kendisine yönelerek bedensel semptomları oluşturduğu akla gelebilir. Diğer tanı grupları içinde de bildirilen cinsel istismar oranların fazla olmaması çalışmaya katılan örneklem grubunun özelliklerine ya da genel anlamda bu alanda yapılan diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi, bu konu hakkında bilgi vermekten kaçınmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Diğer tanı grubunda Çİ ve ihmal ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiye bakan analizlerde; tanı grubu olarak oldukça heterojen bir yapıya sahip olmasına karşın; tüm istismar ve ihmal türleri ile İş Birliği Yapma mizaç özelliğinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bir karakter boyutu

olarak İş Birliğı Yapma skorları düşük olan bireyler genelde sadece kendileri ile ilgilenirler, başkalarının duygu ve haklarına karşı ilgisizdirler. Düşük İş Birliğı Yapma skorları olanlarda kişilik bozukluğu olma ihtimali yüksek olarak belirtilmiştir (155). İş birliğı yapamayan bireyler dünyayı ve başkalarını hostile ve yabancı görürken kendilerini benzer amaçları ve parçaları olan destekleyici ve yardımcı bir toplum parçası olarak göremezler. Diğer tanı grubunda tüm istismar ve ihmal türleri ile negatif anlamda ilişkili bulunan bu karakter özelliğinin bu açıdan bakıldığında, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının etkisi ile bu şekilde gelişebileceğı düşünülebilir.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak; çocukluk Çİ ve ihmal yaşantıları erişkinlik döneminde pek çok ruhsal bozukluk oluşumunda önemli bir etiyolojik faktör olarak görülmektedir. Yaşamın erken dönemlerinde mizaç ve karakter gelişimi sırasında yaşanan bu tarz olumsuz deneyimler, kişinin sorunlarla başa çıkma, çevresi ile ilişki kurma, emosyonlara dayanan otomatik davranışlar geliştirme, bağlanma ve öğrenme gibi alanlarda sorunlar yaratabilmektedir. Çalışmada genel anlamda tüm tanı gruplarında çeşitli istismar ve ihmal türlerinin varlığının değişen oranları ile mizaç, karakter özellikleri ve öfke düzeyindeki artışlar bu durumu destekler niteliktedir. Bu anlamda, bu alanlarda sorunlar nedeniyle psikiyatriye başvuran ve çeşitli bozukluk tanısı alan hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarını sorgulamak ve bu alanlara odaklanmak, bu hastaların takip ve tedavisinde önemli konulardan birisidir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin erişkin döneme etkileri ve sonuçları ile ilgili çalışmalarla literatüre yeni bilgiler eklenmelidir.

VII. KAYNAKLAR

1. Aral, N.Fiziksel İstismar ve Çocuk. 1997. Tek Isık Veb Ofset Tesisleri, Ankara, 7-10.57.
2. Aral, N.Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı. 2001: Milli Eğitim Dergisi, Sayı 151. Dec.
3. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety*. 2002;15(2):66-8.
4. Rademaker AR, Vermetten E, Geuze E, Mulwijk A, Kleber RJ. Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *J Clin Psychol*. 2008 Jul;64(7):863-75.
5. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 1991 Jan;148(1):55-61.
6. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl*. 2001 Feb;25(2):279-90.
7. Childhood abuse, self-injury and dissociative experiences among high-school students. Zoroglu S, Tuzun U, Şar V, Erocal-Kora M, Ozturk M,Alyanak B: The 13th Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation Program Book, 1996, s.285, Glenview.

8. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*. 2003 Oct;8(10):737-54.
9. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):550-61.
10. Sansone RA, Wiederman MW, McLean JS. The relationship between childhood trauma and medically self-sabotaging behaviors among psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(4):469-79.
11. Burgess AW, Hartman CR, Clements PT, Jr. Biology of memory and childhood trauma. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1995 Mar;33(3):16-26.
12. Pizarro RA, Billick SB. Current issues in child abuse. *Curr Opin Pediatr*. 1999; 12:665-8.
13. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Oct;38(10):1214-22.
14. Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). “Çocuk İstismarı”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47: 140-151. Feb.

15. Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1041-48. Apr.
16. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 22:276-85. Sep.
17. Polat O. Cinsel istismar. In Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2001: 207-314. Oct 13.
18. Tıraşçı, Y., Gören, S. (2007). “Çocuk İstismarı ve İhmali”, Dicle Tıp Dergisi, 34 (1): 70-74.
19. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am. 1999 Aug;17(3):575-93, v.
20. Sicher P, Lewis O, Sargent J, Chaffin M, Friedrich WN, Cunningham N, et al. Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 May;39(5):660-7.
21. Tercier A. Child abuse. In: Maer JA (ed). Emergency Medicine (4th ed). St. Louis: Mosby, 1998:1108-1118.
22. van der Kolk BA, Herron N, Hostetler A. The history of trauma in psychiatry. Psychiatr Clin North Am. 1994 Sep;17(3):583-600.
23. Polat O. Çocuk hakları nedir? İstanbul: Analiz Yayınları, 2002: 5-39.

24. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Yeni Sempozyum Dergisi 2004; 47: 140- 151.
25. Hançerlioğlu O. Toplumbilim sözlüğü. 1986, Remzi Kitapevi, İstanbul.
26. Arthur HG. Physical abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 687-98. Jan.
27. Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B. Maltreatment among runaway and homeless youth. Child Abuse Negl. 1990;14(1):87-98.
28. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1033-41.: Cambridge University Press.
29. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. Pediatrics. 2005 Mar;115(3):e331-7.
30. AvcıA, Yolga Tahiroğlu A. İstismar ve ihmal. In: Soykan Aysev A. Işık Taner Y. Eds. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007: 710-718.
31. Emery RE, Laumann-Billings L. Child abuse, In Rutter M, Taylor E (eds). Child and Adolescent Psychiatry, 4th ed. Bath: Great Britain at Bath Pres, 325-329.

32. Yates A. Sexual abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 699-709.
33. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse Negl. 1997 Apr;21(4):391-8.
34. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. Child Abuse Negl. 2003 May;27(5):509-24.
35. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obstet Gynecol. 2000 Oct;12(5):349-55.
36. Bilir Ş, ArıM, Dönmez NB. 4-12 yaşarasındaki 16100 örselenme durumu ile ilgili bir inceleme, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi, 1986; 1: 7-14.
37. Plant M, Miller P. Childhood and adult sexual abuse: relationships with 'addictive' or 'problem' behaviours and health. J Addict Dis. 2005;24(1):25-38.
38. Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1996; 1041-48.
39. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse Negl. 2002 Jun;26(6-7):697-714.

40. 43. Kuthinsky B. Çocuk cinsel istismarı: yaygınlık, müdahale ve önleme genel bir bakış. Konanç E, Gürkaynak İ, Egemen A (der.) Çocukların Kötü Muameleden KorunmasıI. Ulusal Kongre Kitapçığı. Ankara: Gözde Petro Ofset; 1991; 201-214.
41. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatr Rev.* 2002 Jun;23(6):191-6.
42. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician.* 1999 Mar 15;59(6):1577-85, 91-2.
43. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1997; 2:473-491.
44. Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Arch Womens Ment Health.* 2003 Feb;6(1):15-22.
45. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA.* 1997 May 7;277(17):1362-8.
46. 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 Jan;20(1):7-21.
47. Birmaher B, Dahl RE, Perel J, Williamson DE, Nelson B, Stull S, et al. Corticotropin-releasing hormone challenge in prepubertal major depression. *Biol Psychiatry.* 1996 Feb 15;39(4):267-77.

48. Kaufman J, Birmaher B, Perel J, Dahl RE, Moreci P, Nelson B, et al. The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biol Psychiatry*. 1997 Oct 15;42(8):669-79.
49. Ito Y, Teicher MH, Glod CA, Harper D, Magnus E, Gelbard HA. Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1993 Fall;5(4):401-8.
50. De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, Kling MA, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994 Feb;78(2):249-55.
51. De Bellis M, Keshavan M, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM et al. Developmental traumatology. II. brain development. *Biol Psychiatry* 1999; 45:1271-1284.
52. De Bellis MD, Keshavan MS, Spencer S, Hall J. N-Acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *Am J Psychiatry*. 2000 Jul;157(7):1175-7.
53. Ruppel RA, Kochanek PM, Adelson PD, Rose ME, Wisniewski SR, Bell MJ, et al. Excitatory amino acid concentrations in ventricular cerebrospinal fluid after severe traumatic brain injury in infants and children: the role of child abuse. *J Pediatr*. 2001 Jan;138(1):18-25.

54. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biol Psychiatry*. 1997 Jan 1;41(1):23-32.
55. Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *Am J Psychiatry*. 2001 Apr;158(4):575-81.
56. Rinne T, Westenberg HG, den Boer JA, van den Brink W. Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. *Biol Psychiatry*. 2000 Mar 15;47(6):548-56.
57. Bremner JD, Innis RB, Southwick SM, Staib L, Zoghbi S, Charney DS. Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2000 Jul;157(7):1120-6.
58. Friedeman MJ. Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas City: Compact Clinicals; 2000. Apr 19.
59. Terr LC. Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of "normal" children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1983 May;22(3):221-30.
60. Brown GW. Measurement and the epidemiology of childhood trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2002 Apr;7(2):66-79.

61. Güz H, Doğanay Z, Çolak E, Tomaç A Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? Klinik Psikiyatri 2003 6:80-85. Jan.
62. Ellason JW, Ross CA. Childhood trauma and psychiatric symptoms. Psychol Rep. 1997 Apr;80(2):447-50.
63. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. Am J Psychiatry. 1998 Dec;155(12):1746-52.
64. Schafer M, Schnack B, Soyka M. [Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction]. Psychother Psychosom Med Psychol. 2000 Feb;50(2):38-50.
65. Terr LC. Remembered images and trauma. A psychology of the supernatural. Psychoanal Study Child. 1985;40:493-533.
66. Freud A: Comments on trauma, in The Writings of Anna Freud, vol V, 1956–1965 Research at the Hampstead Child Therapy Clinic and Other Papers. New York, International Universities Press, 1969.
67. Lifton RJ, Olson E. The human meaning of total disaster. The Buffalo Creek experience. Psychiatry. 1976 Feb;39(1):1-18.
68. Erikson E: Childhood and Society. New York, Norton, 1950.
69. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry. 1983 Jul;40(7):801-10.

70. Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive Textbook of Psychiatry (Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia). 1995.
71. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*. 1986 Autumn;4(3):167-226.
72. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Jun;44(6):573-88.
73. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec;50(12):975-90.
74. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG. Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *J Pers Soc Psychol*. 1994 Apr;66(4):762-75.
75. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec;50(12):991-9.
76. Soykan Ç (2003) Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2): 19-27.
77. Romas A ve Sharma M (2000) *Practical Stress Management* Allyn&Bacon, Massachusetts.
78. Martin R ve VWatson D (1997) Style of anger expression and its relation to daily experience *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23 (3),284-294.

79. Balkaya F (2000) Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Bazı Semptom Gruplarındaki Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
80. Smith JC(1993) Creative stress management The 1-2-3 cope system Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
81. Martin DN, Boersma BJ, Yi M, Reimers M, Howe TM, Yfantis HG, et al. Differences in the tumor microenvironment between African-American and European-American breast cancer patients. PLoS One. 2009;4(2):e4531.
82. Thomas SP, Atakan S. Trait anger, anger expression, stress, and health status of American and Turkish midlife women. Health Care Women Int. 1993 Mar-Apr;14(2):129-43.
83. Taylor E. Anger intervention. Am J Occup Ther. 1988 Mar;42(3):147-55.
84. Balkaya, F. (2001). Öfke: Temel Boyutları Nedenleri ve Sonuçları. Türk Psikoloji Yazıları, 4(7): 21-45.
85. Johnson RN, DeSisto MJ, Jr., Koenig AB. Social and developmental experience and interspecific aggression in rats. J Comp Physiol Psychol. 1972 May;79(2):237-42.
86. Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression. A cognitive-neoassociationistic analysis. Am Psychol. 1990 Apr;45(4):494-503.
87. Tavis C (1989) Anger The misunderstood emotion Simon & Schuster, New York.

88. Warren DA, Rosellini RA, Plonsky M, DeCola JP. Learned helplessness and immunization: sensitivity to response-reinforcer independence in immunized rats. *J Exp Psychol Anim Behav Process*. 1985 Oct;11(4):576-90.
89. Bâaggio MK (1987) Therapeutic management of anger *Clinical Psychology Review*, 7, 663-675.
90. Riley WT, Treiber FA, Woods MG. Anger and hostility in depression. *J Nerv Ment Dis*. 1989 Nov;177(11):668-74.
91. Tangney JP. Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behav Res Ther*. 1996 Sep;34(9):741-54.
92. Fava M, Anderson K, Rosenbaum JF. "Anger attacks": possible variants of panic and major depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 1990 Jul;147(7):867-70.
93. Gordon T (1999) Etkili anababa eğitimi E Aksay ve B Özkan (Çev) Ya-pa yayınları, İstanbul.
94. . Bilge F (1996) Danışandan hız alan ve bilişsel davranışçı yaklaşımlarla yapılan grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin kızgınlık düzeyleri üzerindeki etkilen Yayınlanmamış doktora Tezi Hacettepe Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
95. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1995 Jul-Sep;18(3):207-32.

96. 108. Citrome L, Vovalka J. Treatment of violent behavior. In: Tasman A, Kay J, Lieberman J (Eds). Psychiatry, 2nd ed. John Wiley&sons, New York, 2003, Chapter 103.
97. 9. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2000;3: 21-26.
98. Coccaro, E. F, Siever, LJ. The neuropsychopharmacology of personality disorder. In F. Bloom & D. Kupfer (Eds.), Psychopharmacology- The fourth generation of progress. New York: Raven Press.. 1995: pp.1567-1579.
99. Widom C. The cycle of violence. Science 1989; 244: 160-166.
100. Weeks R, Widom C. Self-reports early childhood victimization among incarcerated adult male felons. Journal of Interpersonal Violence. 1998;13:346-361.
101. Dutton D, Hart S. Evidence for long-term specific effect of childhood abuse and neglect on criminal behaviour in men. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 1992;36:129-137.
102. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry. 1992 Aug;49(8):624-9.
103. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry. 1994 Aug;151(8):1132-6.

104. Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2271-6.
105. Wildenauer DB, Schwab SG, Maier W, Detera-Wadleigh SD. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? *Schizophr Res*. 1999 Sep 29;39(2):107-11; discussion 60.
106. Bailer U, Leisch F, Meszaros K, Lenzinger E, Willinger U, Strobl R, et al. Genome scan for susceptibility loci for schizophrenia and bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2002 Jul 1;52(1):40-52.
107. Kessler RC, Magee WJ. Childhood family violence and adult recurrent depression. *J Health Soc Behav*. 1994 Mar;35(1):13-27.
108. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol*. 2001 Jan;135(1):17-36.
109. Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 260–273. Feb.
110. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, et al. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 2010 Oct;126(1-2):103-12.

111. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res.* 1999 Jan-Feb;33(1):31-6.
112. Sayin A, Aslan S. [The relationship between mood disorders and temperament, character and personality]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2005 Winter;16(4):276-83.
113. Sayin A, Kuruoglu AC, Yazici Gulec M, Aslan S. Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2007 Sep-Oct;48(5):446-51.
114. Gabbard GO, Lester EP. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. New York: BasicBooks; 1995.
115. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
116. Holt RR. On the interpersonal and intrapersonal consequences of expressing or not expressing anger. *J Consult Clin Psychol.* 1970 Aug;35(1):8-12.
117. Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11 (2), 19-27. .
118. DiGiuseppe R. End piece: reflections on the treatment of anger. *J Clin Psychol.* 1999 Mar;55(3):365-79.
119. Beckham JC, Feldman ME, Barefoot JC, Fairbank JA, Helms MJ, Haney TL, et al. Ambulatory cardiovascular activity in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Apr;68(2):269-76.

120. Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002 Apr;15(2):123-32.
121. Weber JM, Kopelman S, Messick DM. A conceptual review of decision making in social dilemmas: applying a logic of appropriateness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2004;8(3):281-307.
122. Cohen, F. S., & Densen-Gerber, J. (1982). A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: Preliminary results. *Child Abuse and Neglect*, 6, 383–387.
123. Rohsenow DJ, Corbett R, Devine D. Molested as children: a hidden contribution to substance abuse? *J Subst Abuse Treat*. 1988;5(1):13-8.
124. Schaefer MR, Sobieraj K, Hollyfield RL. Prevalence of childhood physical abuse in adult male veteran alcoholics. *Child Abuse Negl*. 1988;12(2):141-9.
125. Triffleman EG, Marmar CR, Delucchi KL, Ronfeldt H. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1995 Mar;183(3):172-6.
126. Wills TA, Vaccaro D, McNamara G. Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *J Subst Abuse*. 1994;6(1):1-20.
127. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Oct 1;80(1):15-22.

128. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE. The contribution of temperament, childhood neglect, and abuse to the development of personality dysfunction: a comparison of three models. *J Pers Disord.* 2001 Apr;15(2):123-35.
129. Evren C, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B. Relationship of alexithymia and temperament and character dimensions with lifetime post-traumatic stress disorder in male alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2010 Apr;64(2):111-9.
130. Paris J. Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Can J Psychiatry.* 1998 Mar;43(2):148-53.
131. Caetano R, Clark CL, Greenfield TK. Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms: analysis of general population and clinical samples. *Alcohol Health Res World.* 1998;22(1):73-9.
132. Donovan DM, Marlatt GA. Assessment of expectancies and behaviors associated with alcohol consumption. A cognitive--behavioral approach. *J Stud Alcohol.* 1980 Nov;41(11):1153-85.
133. Martin FH, Siddle DA. The interactive effects of alcohol and temazepam on P300 and reaction time. *Brain Cogn.* 2003 Oct;53(1):58-65.
134. Penick EC, Nickel EJ, Powell BJ, Liskow BI, Campbell J, Dale TM, et al. The comparative validity of eleven alcoholism typologies. *J Stud Alcohol.* 1999 Mar;60(2):188-202.

135. Zehra Arıkan, Aslı Çepik Kuruoglu, Hülya Eltutan, Erdal Isık Düşünen adam; 1999, 12 (3): 22-26.
136. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clin Psychol Rev. 2002 Feb;22(1):27-77.
137. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. Psychosom Med. 2006 Jan-Feb;68(1):129-35.
138. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):899-905.
139. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis. 1991 Nov;179(11):647-55.
140. Stuart S, Noyes RJ. Attachment and interpersonal communication insomatization. Psychosom J Consult Liaison Psychiatry 1999;40:34–43.3. .
141. Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, Cleary PD. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. Am J Psychiatry. 1994 Mar;151(3):397-401.
142. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Adult somatic preoccupation and its relationship to childhood trauma. Violence Vict. 2001 Feb;16(1):39-47.

143. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl.* 2003 Nov;27(11):1247-58.
144. Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, Tait AR. The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clin J Pain.* 2001 Dec;17(4):359-64.
145. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry.* 1996 Jan;153(1):57-63.
146. Kristensen O, Alving J. Pseudoseizures--risk factors and prognosis. A case-control study. *Acta Neurol Scand.* 1992 Mar;85(3):177-80.
147. Rosenbaum M (2000) Psychogenic seizures--why women? *Psychosomatics*, 41:147-149.
148. Roesler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis.* 1994 Mar;182(3):145-50.
149. Merskey H, Trimble M. Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. *Am J Psychiatry.* 1979 Feb;136(2):179-82.
150. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2005 Jul 16-22;366(9481):237-48.

151. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Aug;35(8):978-87.
152. Becker DF, Grilo CM. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eat Weight Disord*. 2011 Jun;16(2):e113-20.
153. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 Sep;106(3):183-8.
154. Hopwood CJ, Ansell EB, Fehon DC, Grilo CM. The mediational significance of negative/depressive affect in the relationship of childhood maltreatment and eating disorder features in adolescent psychiatric inpatients. *Eat Weight Disord*. 2011 Mar;16(1):e9-e16.
155. Cloninger CR. The psychobiological theory of temperament and character: comment on Farmer and Goldberg (2008). *Psychol Assess*. 2008 Sep;20(3):292-9; discussion 300-4.

VIII. ÖZET

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmali ile mizaç, karakter özellikleri ve öfke arasındaki ilişki

Çİ ve ihmali ebeveyn ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ya da eylemsizliklerin tümüdür. Çocukluk yaşantılarında ihmal ve istismar öyküsü bulunan yetişkinler ruhsal sorunlar açısından daha çok risk altındadırlar.

Bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının mizaç, karakter gelişimi ve öfke üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Psikiyatri polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran ve bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 250 hasta çalışmaya alınmıştır. Değerlendirmeleri ÇÇTÖ, MKE ve ÇBÖÖ kullanılarak yapılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, depresyon tanı grubunda, duygusal istismar ve ihmal ile zarardan kaçınma arasında ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal ile öfke skorları arasında pozitif yönde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Daha önce depresyon hastalarında mizaç ve karakter özelliklerini araştıran çalışmalarda, zarardan kaçınma depresyon ile en çok ilişkili mizaç boyutu olarak belirtilmiştir. Ancak depresyon hastalarında çocukluk çağı istismar ve ihmali ile mizaç, karakter özellikleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın başka bir tanı grubu olan anksiyete bozukluğu tanı grubunda diğer 4 psikiyatrik tanı gruplarında yapılan analizler sonucunda saptanmayan cinsel istismar ve öfke arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin bulunması, cinsel istismarın, anksiyete bozukluklarında görülen öfke düzeylerinde artışa neden olabileceğini düşündürülebilir.

Alkol ve madde bağımlılığı tanısı grubunda Çİ ve ihmal yaşantılarının mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisine bakılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre çalışmanın bulgular kısmında da bahsedildiği üzere çeşitli istismar ve ihmal türleri ile mizaç, karakter boyutlarında ve öfke düzeylerinde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu alanda yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçların bulunması bu sonuçları destekler niteliktedir.

Diğer tanı grubunda Çİ ve ihmal ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiye bakan analizlerde; tanı grubu olarak oldukça heterojen bir yapıya sahip olmasına karşın; tüm istismar ve ihmal türleri ile İş Birliği Yapma mizaç özelliğinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmaya diğer tanı grubu içinde dahil edilen psikiyatrik bozukluklardaki denek sayısının az olmasının ayrıca değerlendirilmeye engel olması çalışmanın kısıtlılıkları içinde sayılabilir. Kişilik bozukluklarının önemli bir yordayıcısı olan bu karakter boyutunun istismar ve ihmal varlığı ile şekillendiği düşünülebilir. Çalışmada eksen II tanılarının etkileri araştırılmamıştır.

Çalışmada genel anlamda tüm tanı gruplarında çeşitli istismar ve ihmal türlerinin varlığının değişen oranları ile mizaç, karakter özellikleri ve öfke

düzeyindeki anlamlı ilişkilerin görülmesi, Çİ ve ihmalinin varlığının bu alanlarda değişikliklerinin nedenlerinden olabileceğini düşündürmektedir. Bu anlamda, bu alanlarda sorunlar nedeniyle psikiyatriye başvuran ve çeşitli bozukluk tanısı alan hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarını sorgulamak ve bu alanlara odaklanmak, bu hastaların takip ve tedavisinde önemli konulardan birisidir. Literatürde çocukluk çağı istismar ve ihmali ile mizaç, karakter özelliklerini arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin erişkin döneme etkileri ve sonuçları ile ilgili çalışmalarla literatüre yeni bilgiler eklenmelidir.

IX. SUMMARY

The relationship between childhood abuse/neglect and temperament, character development, anger in psychiatry outpatients

Childhood abuse and neglect are activities or failures that are directed towards a child by parents or other caregivers, and block or limit child's development. People who were abused or neglected as children have increased risk of psychiatric problems.

The aim of this study is to investigate the effects of childhood abuse and neglect experiences on temperament, character development and anger in psychiatry outpatients. 250 patients who were referred to outpatient clinics with several problems and diagnosed with a psychiatric disorder and who meet the inclusion criteria were included in the study. Assessment was done by using Childhood Trauma Questionnaire, Temperament and Character Inventory, Multidimensional Anger Questionnaire. In depression diagnosed group statistically significant results were found between emotional abuse/neglect and harm avoidance relation; and emotional abuse, physical abuse, neglect and anger scores. In previous studies that searched for the temperament and character features of depression patients, harm avoidance was found to be the most relevant temperament dimension that is related to depression. In literature there are no studies investigating the association between childhood abuse/neglect and temperament character features of depression patients.

In the anxiety disorders group of the study; the positive result indicating an association between sexual abuse and anger that is absent in other four groups, indicates that sexual abuse may increase the anger levels of patients with anxiety.

In the group of alcohol/substance dependent patients, significant associations were found between several abuse/neglect types and temperament, character dimensions, anger levels. The similar results of such studies in the literature streng the no results.

Although “other disorders” group is a heterogenous group, a negative but significant relation between all abuse/neglect types and cooperativeness as a temperament dimension. The limited patient number in this group is thought to be a limitation of this study. It can be supposed that this character dimension as an important predictor of personality disorders may be formed in the presence of abuse and neglect. The effects of axis 2 disorders were not investigated in this study.

The results of this study indicating significant associations between varying proportions of several abuse/neglect types and temperament, character features, anger; make us to think that presence of childhood abuse/neglect may have an important role in this area. In literature there are no studies investigating the association between childhood abuse/neglect and temperament, character features. New studies that investigate the effects and consequences of childhood abuse and neglect on adulthood will be efficacious.

EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

Ad-Soyad :

Cinsiyet :

Yaş :

Eğitim :

Melsek :

Medeni Durum :

Psikiyatrik Hastalık Tanı ve Tedavisi:

Çocukluk Çağı Travma Öyküsü (Fiziksel/Duygusal/Cinsel İstismar, İhmal):

Ek Hastalık ve Tedavisi:

İletişim Bilgileri (Ev ve Cep Tel. Numaraları):

EK-2 Çok Boyutlu Öfke Envanteri

AÇIKLAMA

Bu ölçek, insanların öfke konusunda duygu ve düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu kitapçıkta farklı bölümler halinde bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen HER BİR İFADEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, yandaki cevap bölümünde size uygun olan daireyi işaretleyin. Her sayfanın başında yer alan kısa açıklamayı mutlaka okuyun. Cevaplarınızı bu açıklamalara göre vermeniz gerekmektedir. Her madde için sadece size en uygun olan bir cevabı işaretleyin. Hiç bir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size en uygun gelen cevap doğru olan cevaptır. Çalışmanın sağlıklı olabilmesi için içtenlikle ve dürüst olarak cevap vermeniz çok önem taşımaktadır. Hiç bir şekilde isim ya da kimliğe ait bilgiler vermeniz gerekmemektedir. Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

YAŞ: _____ MESLEK: _____ CİNSİYET: () Kadın () Erkek
EĞİTİM: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisans Üstü

Öfkelendiğinizde aşağıdaki belirtiler sizde ne sıklıkla ortaya çıkar?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. Kendi kendine söylenmek.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kontrol kaybı.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kaşın beyne fırladığını hissetmek.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Yumruklarını sıkma.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dişlerini sıkma.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Beynin zonklanması.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Elin-ayakların titremesi.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hareketlerin hızlanması.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Nefesin daralması.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Baş ağrısı.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Burnundan soluma.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Zihninin allak bullak olması.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mantıklı düşünememe.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Dudaklarını ısırma başlamak.	☐	☐	☐	☐	☐

Gazi.Form.063.00

1067/00

Aşağıdaki durumlarda ne kadar kızarsınız?

	%0	%25	%50	%75	%100
1. Başkalarının önünde eleştirildiğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eleştirildiğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Geçmişte sizi öfkeliendiren bir şeyi hatırladığınızda.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Bir işi yaparken engellendiğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tehdit edildiğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Haksızlığa uğradığınızda.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Birisi sizi hep aynı konuda kızdırdığında.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Önem verdiğiniz şeyler küçümsendiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Söylediğiniz bir şey yapılmadığında.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Azarlandığınızda.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Size hakaret edildiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Aldatıldığınızda.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Yapmadığınız bir şeyden dolayı suçlandığınızda.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sizin adınıza kararlar verildiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ailenize hakaret edildiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Size saldırıldığında.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sizin için değerli bir şeyi karşınızdaki anlamadığında.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sudan sebepler yüzünden istedikleriniz yapılmadığında.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sizinle dalga geçildiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Randevulara sadık kalmadığında.	☐	☐	☐	☐	☐
21. İnsanlar yetkilerini kötüye kullandıklarında.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Size saygısız davranıldığında.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Önemsemediğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Yalan söylendiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Arkanızdan konuşulduğunda.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sizi sömürmeye çalıştıklarında.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Sizi görmezden geldiklerinde.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Karşınızdaki kendi sorumluluğunu almadığında.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Düşüncelerinizi ifade edemediğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
30. İnsanlar başımızın etini yediklerinde.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Size değer verilmediğini hissettiğinizde.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Düşüncelerinize değer verilmediğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
33. İnsanlar hadlerini bilmediğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Kişisel haklarınıza saldırıldığında.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Söylediklerimizin tam tersi yapıldığında.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Yaptığınız bir iş takdir edilmediğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Değiştiremeyeceğiniz şeyler olduğunda.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Birisi sizinle konuşurken konuşmasını bölüp başkasıyla konuştuğunda.	☐	☐	☐	☐	☐
39. İşler ters gittiğinde.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Söyledikleriniz ters algılandığında.	☐	☐	☐	☐	☐
41. İnsanlar üzerlerine aldıkları bir işi yapmadıklarında.	☐	☐	☐	☐	☐

Aşağıdaki düşünceler, aklınızdan ne sıklıkla geçer?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. İnsanlar beni olduğum gibi görürlerse, geçinilmesi zor biri olduğumu anlarlar.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ne kadar çok pişmanlık duyacağım şey yapıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bana nefer oluyor?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kendimden utanıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ailem için yeterince bir şey yapamadım.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hemen hemen hergün birşeylere öfkeleniyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
7. İnsanlar nedense hep arkamdan konuşuyorlar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Zaman zaman başkalarına zarar verme dürtümü kontrol edemeyebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. İstedğim gibi bir hayat sürdüremedim.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Düşündüğümde daha da öfkeliyim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ashında insanların zannettiğinden daha çok öfkeliyim.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sevmediğim insanlara karşı kabalaşıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Öyle öfkeliyim ki, kontrolümü kaybedeceğimi hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
14. İnsanlar bana genellikle patronluk taslıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
15. İnsanlar sınırlarımı çok zorluyor.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Hayatta çok fazla haksızlığa uğradığıma inanıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
17. İçimde öyle çok kin var ki, kimseye anlatamam.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Haketmediğim şekilde yaşıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Son zamanlarda kendimi çok aksi birisi gibi hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Başkalarına asla güvenmemeliyim.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Patlamaya hazır bir barut gibiyim.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ne kadar çok sevmediğim insan var.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Günahlarımdan dolayı affedilebilecek miyim?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Bazen insanlar benimle alay ediyorlar gibi geliyor.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sanki bütün dünyanın yükünü ben taşıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Bu yapılan iyi şeylerin altında acaba ne var?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Hoşlanmadığım kurallara neden uyaım diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Son günlerde ne kadar çok şeye öfkelendiğimi farkettim.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Başarısızlıklarım beni utandırıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Herkes benim hiç öfkelenmediğimi sanır.	☐	☐	☐	☐	☐

Sizi öfkeliendiren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
	sırada				zaman
1. Soğukkanlılığımı korurum.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sinirimi boşaltmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bana nasıl böyle bir haksızlık yapıldığını düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kontrolümü kaybedeceğim düşüncesine kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Bunlar başıma neden geliyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ne yapacağımı düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sağa-sola vururum.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Çözüme yönelik düşünmeye başlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
9. İnsanlar bana bağırırsa ben de onlara bağırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Benimle aynı fikirde olmayan insanlarla tartışmaya girmekten kendimi alamam.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Şiddet gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Gözüme bir şey gözükmez.	☐	☐	☐	☐	☐
13. En iyi savunma saldırıdır diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Unutmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Herkes kadar ben de kavga ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Haklarımı korumak için fiziksel şiddete başvurmam gerekirse, yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Daha da sakinleşmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Kendime sürekli sakin ol diye telkinlerde bulunurum.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sakinleşmek için olayın nedenlerini sorgularım.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kendi kendine geçmesini beklerim.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Kendimi sakinleştirmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Hoşlanmadığım fikirlerimi örtbas etmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Umutsuzluğa düşerim.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendimden başka bir şey düşünemem.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Öfkemi göstermem.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Soğukkanlılığımı kaybettiğim zaman, birine tokat atabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐

Sizi öfkeliendiren bir insan karşısında aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
	sırada				zaman
1. Kendini suçlu hissetmesi için uğraşırım.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Beni bu şekilde sinirlendirmeye hakkı yok diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Onu mahvetmek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Onu hiç önemsemediğimi gösteren bir davranış yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Anında parlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sonuna kadar götüremeyeceğim tehditleri sıkça savururum.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hakaret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Karşımdakini cezalandırmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Dedikodusunu yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Hakkında düşündüklerimi ona söylerim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Bununın ortasına bir yumruk hakediyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Bunu kasıtlı yapıyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Beni sevmediğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Beni önemsemediğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Karşımdakinden intikam almak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ona her türlü kötülüğü yapmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
17. O anda öcümü almak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Onu aşağılamak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Bana böyle acı çektiirmemeliydi diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
20. İstediklerinin tam tersini yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Gerekimedikçe konuşmam, figi göstermem.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Saatlerce öfkeli kalırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Beni hayal kırıklığına uğrattı diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Bana patronluk taşıyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Kendimi savunarak konuşturım.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Onu yaptığına pişman ettirmek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Kendimi ne sanıyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Yüksek sesle bağırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Aklımdan neyi yanlış yaptım diye geçer.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Nasıl tepkiler vereceğimi düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Sakin olmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Kendimi kontrol etmem gerektiğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Onu yenmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ona, neye yolactığını iyice göstermeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
35. İçimden onun ne kadar aşağılık biri olduğu geçer.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Benden istediklerini yapmam.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Ona mutlaka birşeyler söylemem gerektiğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Kim olduğumu ona gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Benimle alay ettiğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ona gününü göstermek isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Canı kayga isiyor diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
42. İçime kapanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Gülerim.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Hiç aldırmam.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Görmezden gelirim.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Suçu kendimde ararım.	☐	☐	☐	☐	☐
47. Ben ondan bunun acısını çıkarırım diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐

EK-3 Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI SORU LİSTESİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuz ve bundan önceki ergenlik döneminiz boyunca başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylarla ilgilidir. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır.

Dikkat... Her cümlenin başında “ Çocukluğumda ve bundan önceki ergenlik dönemim boyunca...” ifadesi vardır.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	SıkSık	Çok Sık
	1	2	3	4	5
1. Ailemde sorunlarımı konuşabildiğim biri vardı.					
2. Ailemdelikler beni eleştirirlerdi.					
3. Yeterli yemek bulamazdım.					
4. Ailemdelikler bana güven duyar ve başarılı olmam için destek verirlerdi.					
5. Ailemde bana vuran ya da beni döven biri vardı.					
6. Yetiştirme yurdunda kaldığım dönemler oldu.					
7. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.					
8. Ailemde biri bana şiddetle bağırır ya da azarlardı.					
9. Anneme ya da kardeşlerimden birine vurulduğuna ya da onlardan birinin dövüldüğüne şahit oldum.					
10. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenirlerdi.					
11. Sokaklarda barındığım oldu.					
12. Ailemde değer verdiğim ve onun gibi olmak istediğim biri vardı.					
13. Anne ya da babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
14. Ailemdeliklerin polisle başları dede girerdi.					

15. Ailemde önemli ve özel biri olduğumu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
16. Ailemden birine karşı kendimi dövüşerek, saklanarak ya da kaçarak korumam gerekiyordu.					
17. Ailemde başarılı olmamı isteyen biri vardı.					
18. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
19. Dönem dönem değişik kişilerin yanında kaldım (akrabalar ya da başka bir aile).					
20. Kardeşlerimden birinin cinsel tacize uğrayabileceğine inanıyorum.					
21. Sevdiğimi hissediyorum.					
22. Anne ve babam çocukları olarak hepimize eşit davranıyorlardı.					
23. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
24. Ailemden biri bana öyle kötü vurdu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekti.					
25. Ailemde beni daima kargaşadan uzak tutacağına emin olduğum biri vardı.					
26. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
27. Benden yaşça çok büyük biri ile cinsel temasta bulunuyordum. (benden en az beş yaş büyük biri)					
28. Bana iyi örnek olan yaşça büyük birisi (bir öğretmen ya da ana baba) vardı.					
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka bir set vurularak cezalandırılıyordum.					
30. Ailemde değişmesini istediğim bir şey yoktu.					
31. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranıyorlardı.					
32. Ailemdekiler bana kırıncı ve saldırganca sözler söylerlerdi.					
33. Bedensel olarak (vücutça) kötüye kullanılmış olduğuna inanıyorum.					
34. Ailemdekiler beni kötü etkilerden korumaya çalışıyorlardı.					
35. Bana o kadar kötü vuruluyordu ya da dövülüyordum ki öğretmen, ya da doktor bunu fark ediyordu.					
36. Ailemdekiler kendilerine hakim değil gibiydiler.					
37. Ailemdekiler okula gitmemi ve eğitimi destekliyorlardı.					
38. Evden uzaklaştırdım, öyle ki nerede olduğumu kimse bilmezdi.					

39. Bana verilen cezalar eziyet derecesindeydi.					
40. Ailemde biri benden nefret ederdi.					
41. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
43. Ailemdekiler beni dışları ya da ittiler.					
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle ya da iftira atmakla tehdit eden biri oldu.					
45. Çocukluğım mükemmeldi.					
46. Ailemden biri tarafından yaralanmaktan korkuyordum					
47. Biri beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
48. Ailemde bana inanan en az bir kişi vardı.					
49. Biri bana cinsel tacizde bulundu.					
50. Duygusal bakımdan kötüye olduğuma inanıyorum.					
51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
53. Ailem benim için güç ve destek kaynağıydı.					

EK-4 Mizaç ve Karakter Envanteri

TCI (Temperament and Character Inventory)

MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi tıklayınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen, bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Bu anket formunda doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 Revised 03-01-2001 C.R.Cloninger Türkçe Versiyon
2001 Samet Köse, Kemal Sayar

	DOĞRU (D)	YANLIŞ (Y)
1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni seyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y

18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissedirim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem.	D	Y

36. İşleri terar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı.	D	Y
37. Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım.	D	Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırman.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y

56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın,daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği durumlardan genellikle sakın ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmem.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü	D	Y

duyarım.		
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılıyorum.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. İşleri terar tekrar yapmak, başarılı olmamı sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y

93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y

112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y

131. Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarıma acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum	D	Y

148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y

168. Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlencidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım.	D	Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten	D	Y

hoşlanırım.		
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok işe yarar.	D	Y
198. Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.	D	Y
202. Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalmada zorlanmam.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir.	D	Y

207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyordumuyum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y

225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünürlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y