

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İHMAL VE İSTİSMAR MAĞDURU ERGENLERDE
PSİKOLOJİK DESTEK ALMA TUTUMLARI VE TERAPÖTİK İŞBİRLİĞİNİN
PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE ŞEMALARLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
MÜGE GÖĞEBAKAN

GAZİANTEP – 2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İHMAL VE İSTİSMAR MAĞDURU ERGENLERDE
PSİKOLOJİK DESTEK ALMA TUTUMLARI VE TERAPÖTİK İŞBİRLİĞİNİN
PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE ŞEMALARLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
MÜGE GÖĞEBAKAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. M. HAKAN TÜRKÇAPAR

GAZİANTEP – 2018

KABUL VE ONAY

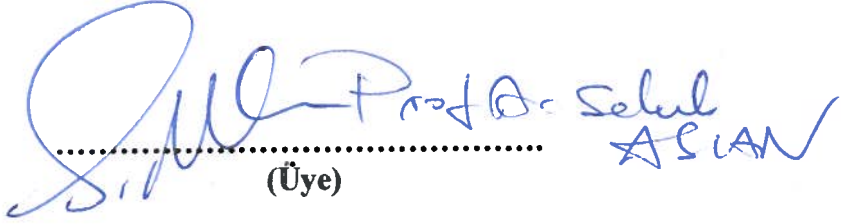
^U ihmal ve istismar mağduru bireylerde Psikolojik Destek Alma Tutumları ve Terapötik İşbirliğinin

Müge Gözetkan tarafından hazırlanan "Psikolojik Özellikler ve Senaryo İlişkisi" başlıklı bu çalışma 27.7.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

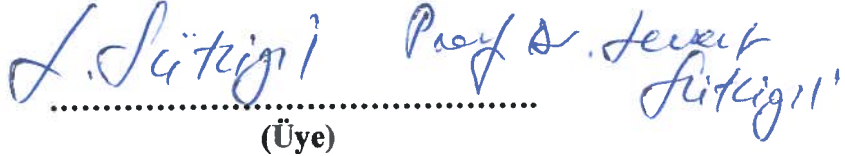
Prof. Dr. M. Haban TÜRKŞAPAR



(Başkan)



(Üye)



(Üye)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum./...../.....

Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “İhmal ve İstismar Mağduru Ergenlerde Psikolojik Destek Alma Tutumları ve Terapötik İşbirliğinin Psikopatolojik Özellikler ve Şemalarla İlişkisi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım./07/2018

Müge GÖĞEBAKAN



ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen ve yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR'a, tez değerlendirme aşamasındaki değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Selçuk ASLAN'a ve Prof. Dr. Levent SÜTÇİGİL'e teşekkür ederim.

Bu çalışmanın saha uygulaması için gerekli izinlerin alınmasında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (Mülga Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) Çocuk Hizmetleri Dairesi Başkanlığına, Kurum Müdürlerine, çalışmaya katılan çocuklarımıza ve desteklerinden dolayı eşime, eşimin çok değerli ailesine, ablama ve sabrından dolayı hayat sevincim oğluma teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Gaziantep, 2018

Müge GÖĞEBAKAN

ÖZET

Bu çalışmada, ihmal ve istismar mağduru gençlerin psikolojik destek almaya yönelik tutum ve terapötik işbirliği ile psikopatolojik özellikleri ve erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmaya 12-18 yaşlarında ihmal ve istismar mağduru 65 kız çocuğu katılmıştır. Örneklemeye uygulanan “Belirti Tarama Testi (SCL90-R)” ile “Psikolojik Destek Almaya Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF)” ve “Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formu (TİÖ-HF)” ölçekleri arasındaki ilişki analizinin sonucunda; “Kişilerarası Duyarlılık”, “Anksiyete”, “Somatizasyon”, “Paranoid Düşünceler” ve “Obsesif Kompulsif Belirtiler” arttıkça psikolojik yardım alma tutumlarının ve terapötik işbirliğinin olumsuz etkilendiği ortaya çıkmıştır. “Young Şema Ölçeği-Kısa Form3 (YŞÖ-KF3)” ile PYAİTÖ-KF ve TİÖ-HF ölçekleri arasında uygulanan diğer bir ilişki analizi sonucunda; “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık” şemasının ve “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemalarının psikolojik destek tutumlarını olumlu etkilediği; “Duygusal Yoksunluk” şemasının terapide ortak amaçların belirlenmesine yardımcı olduğu; “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemasının da, terapötik amaç, bağ ve görev işbirliğinin her birinde artışa yol açtığı; “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık” şemasının da terapötik bağı arttırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İhmal, İstismar, psikolojik yardım alma tutumu, terapötik işbirliği, erken dönem uyumsuz şemalar

ABSTRACT

The current study aimed to examine the relation between psychological help seeking attitude and psychopathological traits; psychological help seeking attitude and early maladaptive schemas; therapeutic alliance and psychopathological traits; therapeutic alliance and early maladaptive schemas. Data was collected from 65 children between the ages 12 and 18. Correlation results between “Symptom Check List (SCL90-R)” and “Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help, SF (ATSPPH-SF)” and “Working Alliance Inventory-Patient Form (WAI-PF)” were that while “Interpersonal Sensitivity”, “Anxiety”, “Somatization”, “Paranoid Thoughts” ve “Obsessive-Compulsive Symptoms” getting higher psychological help seeking attitudes and therapeutic alliance getting lower. The other correlation results between “Young Schema Questionnaire-Short Form3 (YSQ-SF3)” and “ATSPPH-SF” and “WAI-PF” were that “Approval Seeking/Recognition Seeking” and “Punitiveness” schemas were positively related with psychological help seeking attitudes. Also “Emotional Deprivation” schema was assisting in identifying common goals of therapy; “Punitiveness” schema led to an increase in all three aspects of therapeutic alliance. “Approval Seeking/Recognition Seeking” schema caused to therapeutic relation alliance.

Keywords: Maltreatment, abuse, psychological help seeking attitude, therapeutic alliance, early maladaptive schemas.

İÇİNDEKİLER

| | |
|-----------------------|-----|
| ÖNSÖZ..... | i |
| ÖZET..... | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| İÇİNDEKİLER..... | iv |
| TABLolar LİSTESİ..... | vi |
| KISALTMALAR..... | vii |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|---------------------------------------|---|
| GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1. Problem Durumu..... | 2 |
| 1.1.1. Problem Cümlesi..... | 2 |
| 1.1.2. Alt Problemler..... | 2 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 2 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi..... | 2 |
| 1.4. Araştırmanın Varsayımları..... | 3 |
| 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 3 |

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|----|
| KAVRAMSAL ÇERÇEVE ve İLGİLİ ARAŞTIRMALAR..... | 4 |
| 2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı..... | 4 |
| 2.1.1. Çocuk İhmal ve İstismarı Tanımı..... | 4 |
| 2.2. Çocuk İhmal ve İstismarının Etkileri..... | 5 |
| 2.2.1. Psikolojik Unsurlar Üzerindeki Etkileri..... | 5 |
| 2.2.1.1. Travma sonrası stres bozukluğu..... | 6 |
| 2.2.1.2. Anksiyete Bozukluğu..... | 7 |
| 2.2.1.3. Duygudurum Bozuklukları..... | 8 |
| 2.2.1.4. Alkol ve madde kötüye kullanımı..... | 9 |
| 2.2.1.5. Kişilik bozuklukları..... | 9 |
| 2.2.1.6. Psikoz..... | 10 |
| 2.3. Şemalar..... | 10 |
| 2.3.1. Şema Tanımı..... | 10 |
| 2.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Özellikleri..... | 13 |
| 2.3.2.1. Alan 1: Ayrıştırılmış ve Reddedilmiş Olma..... | 13 |
| 2.3.2.2. Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma..... | 15 |
| 2.3.2.3. Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar..... | 16 |

| | |
|--|----|
| 2.3.2.4. Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik..... | 17 |
| 2.3.2.5. Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık/Ketleme..... | 18 |
| 2.3.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve İstismar Olgusu..... | 20 |
| 2.4. Terapötik İşbirliği/İttifak..... | 22 |
| 2.4.1. Terapötik İşbirliği/İttifak Tanımı | 22 |
| 2.4.2. Terapötik İşbirliği/İttifak ve İstismar Olgusu | 23 |
| 2.5. Psikolojik Destek Alma Tutumları..... | 26 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| YÖNTEM..... | 28 |
| 3.1. Araştırma Yöntemi..... | 28 |
| 3.2. Araştırmanın Sayıtları | 28 |
| 3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem | 28 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 29 |
| 3.4.1. (Ruhsal) Belirti Tarama Testi (SCL90-R)..... | 29 |
| 3.4.2. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) | 30 |
| 3.4.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF3)..... | 30 |
| 3.4.4. Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu (TİÖ-HF) | 31 |
| 3.5. İşlem..... | 31 |
| 3.6. Verilerin Analizi..... | 31 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| BULGULAR ve YORUM..... | 33 |
| 4.1. Betimleyici İstatistik Bilgiler | 33 |
| 4.2. Güvenirlik Analizleri..... | 36 |
| 4.3. Normallik Analizleri | 37 |
| 4.4. Korelasyon Analizleri | 38 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER..... | 42 |
| 5.1. Sonuçlar ve Tartışma..... | 42 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| KAYNAKÇA | 47 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|-------------------|-----------|
| EKLER..... | 55 |
|-------------------|-----------|

| | |
|---|----|
| 7.1. EK 1: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF)..... | 55 |
| 7.2. Ek 2: Terapötik İşbirliği Ölçeği (TİÖ) Hasta Formu | 56 |
| 7.3. Ek 3: (Ruhsal) Belirti Tarama Testi (SCL90-R)..... | 58 |
| 7.4. Ek 4: Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF3) | 61 |

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

| | |
|---|----|
| Tablo 1.: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) Betimleyici İstatistikleri | 33 |
| Tablo 2. : Terapötik İttifak Ölçeği - Hasta Formu (TİÖ-HF) Betimleyici İstatistikleri | 34 |
| Tablo 3. : Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF3) Betimleyici İstatistikleri | 35 |
| Tablo 4. : (Ruhsal) Belirti Tarama Testi (SCL90-R) Betimleyici İstatistikleri..... | 36 |
| Tablo 5. : SCL90-R ile PYAİTÖ-KF alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi | 38 |
| Tablo 6. : SCL90-R alt ölçekleri ile TİÖ alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi | 39 |
| Tablo 7.: YŞÖ-KF3 alt ölçekleri ile PYAİTÖ-KF arasında Korelasyon Analizi..... | 40 |
| Tablo 8. : YŞÖ-KF3 alt ölçekleri ile TİÖ alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi | 40 |
| Tablo 9 : PYAİTÖ ile şema alanlarının korelasyonu | 41 |
| Tablo 10 : TİÖ ile şema alanlarının korelasyonu | 41 |

KISALTMALAR

| | |
|------------------|---|
| APB | : Amerikan Psikiyatri Birliği |
| ASPB | : Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı |
| BDT | : Bilişsel Davranışçı Terapi |
| ÇODEM | : Çocuk Destek Merkezi |
| DDT | : Diyaletik Davranış Terapisi |
| DSM-V | : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (5. Baskı) |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| OKB | : Obsesif-Kompulsif Belirtiler |
| PYAİTÖ-KF | : Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form |
| SCL90-R | : (Ruhsal) Belirti Tarama Testi |
| TİÖ - HF | : Terapötik İşbirliği Ölçeği - Hasta Formu |
| TO-BDT | : Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi |
| TSSB | : Travma Sonrası Stres Bozukluğu |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| YŞÖ | : Young Şema Ölçeği |
| YŞÖ-KF3 | : Young Şema Ölçeği-Kısa Formu |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Çocuğa yönelik ihmal ve istismara ilişkin suçlarının, inanç düzeyi, ekonomik gelişmişlik ve medeniyet düzeyi gibi unsurların ötesinde bir durum olduğu ulusal istatistiklerden anlaşılmaktadır (Nasıroğlu, 2014 ve Zara-Page, 2004). Çocuğa yönelik ihmal ve istismarın yıllardır tüm dünyada var olduğunu, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) 2002 yılında yayınladığı, “*Şiddet ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu*”nun ilk cümlesi de, “*şiddetin el değmediği hiçbir ülke veya topluluk yoktur...*” (“*no country or community is untouched by the violence...*”) açıkça ortaya koymaktadır (DSÖ, 2002). Başta ensest kavramı olmak üzere aile içinde gerçekleşen tüm ihmal ve istismar durumları halen tüm dünyada failin konuşmaya mağdurun ise sessizleşmesine yol açan bir tabudur.

2006 yılında DSÖ tarafından yayınlanan “*Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz*”unda çocuklara yönelik suiistimal ve kötü muamele kapsamındaki ihmal ve istismar kavramları, 1999 yılında yayınladıkları “*Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu*” temel alınarak açıklanmıştır (DSÖ, 1999 ve 2006). Bu tanımlara çalışmanın 2. Bölümünde detaylı olarak yer verilmektedir.

Yetişkinlerin ve çocukların depresyon, terör ve bir yakının kaybı gibi travmatik olayların ardından yaşadıkları ruhsal değişimin ele alındığı bir çok çalışmaya alan yazında sıkça yer verilirken ilerinin yetişkinleri olacak çocuklara karşı gerçekleşen ihmal ve istismar eyleminin neden, etki ve tedavisine yönelik tüm detayları ile ilgili çalışma yürütülmesi gerekliliğinden hareketle bu çalışmada şemalar ve psikopatolojik özelliklerin ihmal ve istismar mağduru gençlerin psikolojik/psikiyatrik tedavisinde işbirliği ve destek almaya yönelik tutumları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarının ihmal ve istismar mağduru çocuk ve gençlerin tedavi süreçlerine olumlu katkılarının olacağı düşünülmektedir.

1.1. Problem Durumu

1.1.1. Problem Cümlesi

Bu çalışmada cevabı aranan hedef:

- Yaşları 12 ile 18 arasında değişen ihmal ve istismar mağduru ergenlik dönemindeki kız çocuklarının psikopatolojik özellikleri ve şemaları ile psikolojik destek almaya yönelik tutumları ve terapötik işbirliği arasında ilişki var mıdır?

1.1.2. Alt Problemler

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulmuş olan sorular şu şekildedir:

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin psikopatolojik özellikleri ile psikolojik destek almaya yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin psikopatolojik özellikleri ile terapötik işbirliği puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin şemaları ile psikolojik destek almaya yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin şemaları ile terapötik işbirliği puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, yaşları 12 ile 18 arasında değişen ihmal ve istismar mağduru ergenlik dönemindeki kız çocuklarının psikopatolojik özellikleri ve şemaları ile psikolojik destek almaya yönelik tutumları ve terapötik işbirliği arasındaki ilişkinin incelemesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de doğrudan ihmal ve istismar mağduru çocuk ve gençlerle yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu, ihmal ve istismarın olgusunun çoğunlukla yetişkinlerle geri

dönük ölçümler kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Benzer bir durum, ihmal ve istismar mağdurlarının erken dönem şemalarının araştırıldığı sayısı oldukça az olan çalışmalar için de geçerlidir (Özdin ve diğerleri, 2018; Sarıtaş, 2007; Yiğit ve Erden, 2015). Bu çalışma birebir ergenlik dönemindeki gençlerle gerçekleştirilmiş olması sebebiyle önemlidir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları aşağıda belirtilmiştir:

1. Araştırmaya katılan kişilerin, ölçeklerdeki soruları samimi ve dürüst bir şekilde cevapladıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin, araştırmanın amacına ve yapısına uygun bir biçimde ölçüm yaptığı kabul edilmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 2017-2018 yılı içerisinde, Ankara ilinde bulunan Çocuk Destek Merkezlerinde korunma ve bakım altında olan 12-18 yaş arası ihmal ve istismar mağduru kız çocuklarından alınan verilerle sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE ve İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı

2.1.1. Çocuk İhmal ve İstismarı Tanımı

Çocuklara yönelik ihmal ve istismar kavramı, birçok unsuru bir arada ele almayı gerektirmektedir. DSÖ (1999 ve 2006), çocuk suistismali ve kötü muamele tanımını, “bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari amaçlı, ya da başka tür sömürü” şeklinde yapmıştır (DSÖ, 1999; 2006). Dereobalı ve diğerleri (2013), bu tanıma davranışların dışında “*eylemsizlikleri (çocuğa ihtiyacı olanı vermemek gibi)*” ve “*çocuğun güvenliğinin tehlikeye girmesini*” de eklemektedir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (5. Baskı, DSM-5), çocuğa yönelik ihmal ve istismar tanımı, “çocuğa kötü davranma ve çocuğu boşlama sorunları” başlığı altında “çocuğa bedensel sömürü”, “çocuğa cinsel sömürü”, “çocuğu boşlama” ve “çocuğa ruhsal sömürü” alt başlıklarında ele alınmıştır (APB, 2013).

Çocuklara yönelik fiziksel, cinsel, duygusal ve psikolojik istismar ile ihmal içe içe geçmiş olgulardır. Birinin varlığı diğerinin de olması gerektiği anlamına da gelmemekle birlikte aralarındaki farklılıklar da çok belirgin değildir (Higgins, 2005). Bir çocuğun anne ve babasının ihmalkar tutum ve davranışları sonrası başka bir aile içi veya aile dışı birey tarafından fiziksel, cinsel veya psikolojik olarak istismar mağduru olmasına yol açabildiği gibi aile içi fiziksel istismar mağduru bir çocuk da yaşı ilerlediğinde aile dışı cinsel istismar mağduru olabilmektedir. Çocuğa yönelik ihmal ve istismar kavramlarının içe içe olması sebebiyle, bu çalışmada ihmal ile fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın türleri “ihmal ve istismar” başlığı altında ele alınmaktadır.

2.2. Çocuk İhmal ve İstismarının Etkileri

Çocukluk döneminde bakım, güvenlik ve sevgi gibi temel ihtiyaçlarının ihmali (yeterince karşılanmaması veya göz ardı edilmesi) ve fiziksel, psikolojik ve cinsel olarak istismarı, çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimini çok boyutlu olarak etkilemektedir. İhmal ve istismarın fiziksel etkileri kromozomal, hormonal, endokrin ve bağışıklık sistemleri üzerinden ele alınabileceği gibi etkilerini cinsel organlarda hasar, idrar yolu enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (HIV dahil) ve beynin gelişimi üzerinden değerlendiren çalışmalara alan yazında yer verilmektedir. (Kendall-Tackett, 2002; Ovayolu ve diğerleri 2007; Price, 2013; Schore, 2013; Wurtele, 1997; Wolynn, 2016; Zara-Page, 2004).

2.2.1. Psikolojik Unsurlar Üzerindeki Etkileri

İhmal ve istismar, çocuğun özsaygısı, özgüveni, benlik algısı, ilişkileri, inanç ve ahlaki yapılanması ile sosyal örgütlenmesi gibi birçok psikolojik unsur üzerinde yaşam boyunca devam eden yıkıcı bir etkiye sebep olmaktadır. Bilişsel yapılanmada da; dünyanın tehlikeli bir yer olduğu, kimseye güvenilmemesi gerektiği; değersizlik ve yetersizlik düşünceleri ile olumsuz beden imajı gibi, olumsuz gidişli bir değişim söz konusudur (Dattilio ve Freeman, 2017).

Carr (2006), çocukluğunda cinsel istismar mağduru olan kişilerin günlük yaşamda özellikle okulda davranışsal problemlerinin arttığını ve üçte ikisinde zamanla psikopatolojik şikayetlerinin ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu davranışsal problemler ve psikopatolojik şikayetlerin bir araya geldiği tek bir tanımlamanın olmadığını belirten Carr (2006), Paolucci'nin 2001 yılında yayınlanan 37 çalışmanın ele alındığı meta analiz çalışması, istismar mağdurlarında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve intihar, cinsel problemler ve akademik yaşamda sorunların ön planda olduğunu göstermiştir. İhmal ve istismar mağdurlarında ayrıca anksiyete bozuklukları, madde kullanımı, kişilik bozuklukları ve psikoz gibi psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıktığını gösteren çalışmalara literatürde yer verilmiştir (Dattilio ve Freeman, 2017; Higgins, 2004; Schore, 2013; Taillieu, 2016; Whipple, 2006; Wurtele, 1997;).

İstismar mağdurlarında yaşadıkları travmatik olaydan etkilenme düzeyleri, biçimleri ve ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlık belirtilerinde farklılıklar olduğu görülmektedir. Dattilio ve

Freeman (2017), mağdurun istismarcı ile duygusal yakınlık seviyesi, istismarcı sayısı, güç kullanımı, tehdit, istismarın süresi ve sıklığı gibi unsurların etkili olduğunu belirtmektedir. Birincil bağlanma öznesi ile ilişkinin ve yakın çevre desteğinin yetersiz ve etkisiz olmasının yanı sıra kişinin baş etme becerilerinin yetersiz kalması da travma sonrası süreçte ortaya çıkan belirtileri ve bu belirtilerin şiddetini etkilemektedir (Salloum, 2015, Whipple, 2006).

2.2.1.1. Travma sonrası stres bozukluğu

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (5. Baskı, DSM-5), travma “gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma” olarak tanımlanmaktadır (APB, 2013). Briere ve Scott (2016), bu tanımın yetersiz kaldığını, DSM III-R’de yer alan “kişinin psikolojik bütünlüğüne yönelik tehditlerle iç kaynaklarının yetersiz kalmasına ve uzun süreli psikolojik belirtilere yol açan bir olay” ifadesinin de “travma” tanımı kapsamına alınarak ağır duygusal istismar gibi olaylarında dahil edilmesinin sağlanacağı vurgusunu yapmaktadır (Briere ve Scott, 2016).

Sütçigil (2017), travmayı “bireyin zihinsel, ruhsal yaşamını etkileyen, günlük yaşamında olumsuz sonuçlar doğuran her türlü olay” olarak tanımlarken DSM-5’in tanımına ek olarak kişinin travma anında karşı konulmaz bir güç tarafından çaresiz bırakıldığını hissettiğini, kişinin çeşitli etkenleri kontrol etme, bağlantı kurma ve anlamlandırma gibi baş etme becerilerinin de geçici veya kalıcı olarak kullanılmaz hale geldiğini belirtmiştir.

Dattilio ve Freeman (2017), Kendall-Tackett, Williams ve Finkelhor’un 1993 yılında yayınlanan “*Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies*” başlıklı alan yazında yapılan 45 çalışmanın gözden geçirildiği makalesinden alıntılıdığı üzere, cinsel istismara maruz kalan çocuklar ile maruz kalmayan çocuklar arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerinin ve cinselleştirilmiş davranışların önemli ölçüde farklılaştığını ortaya koymuşlardır. Ancak aynı çalışma klinik olarak TSSB tanısı almış cinsel istismar mağduru olmayan çocukların belirtilerinin ise, TSSB tanısı alan cinsel istismar mağduru çocuklarınkinden çok fazla farklılaşmadığını göstermektedir (Kendall-Tackett, Williams ve Finkelhor, 1993).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal istatistik kayıtlarındaki cinsiyete göre dağılımında TSSB’nun kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat fazla görüldüğünü belirten Harding, Burns ve Jackson (2012) göre bu durumun başlıca nedeni, cinsel istismar gibi birçok travmatik olayın mağdurlarının kadın olmasıdır.

Blasio ve diğeri (2011), başta cinsel istismar olmak üzere ihmal ve tüm istismar türleri için “travma” kavramını ele alarak çocuk ve gençlerde travmatik yaşantıların sonrasında bilişsel kaynaklar, duygusal denge ile uyumunun bozulduğunu; bu duygusal ve bilişsel bozulmalardan dolayı çocuğun adli mercilerde verdiği ifadenin geçerlilik ve güvenilirliğinin sorgulanması gerektiğini belirtmişlerdir (Blasio, 2011).

Harding ve diğeri (2012), çocukluk dönemi cinsel istismar mağduru lisans öğrencisi gençlerle yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddeti ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi açıklamayı hedeflemişlerdir. Çalışmada, yüksek şema değerleri alan kadınların TSSB belirtilerinin şiddetinin de en yüksek düzeyde olduğunu; “Güvensizlik/Suiistimal Edilme”, “Zarar Görmeye ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık” ve “Duygusal Yoksunluk” şemalarının TSSB tanılanma kriterleri arasındaki farklılaşmayı ön görebildiğini ortaya koymuşlardır (Harding ve diğeri, 2012).

2.2.1.2. Anksiyete Bozukluğu

Allen ve Rapee (2004), genetik faktörlerin yanısıra aile içindeki bireylerin stres etkenleri (aile içi şiddet ve istismar gibi) ile baş etme becerilerinin gözlemlenerek örnek alınmasının çocukluk döneminde görülen anksiyete bozukluğunun etiyolojisinde etkili olduğunu vurgulamışlardır.

Wright, Crawford ve Castillo'nun (2009) çalışmasında, cinsiyet, gelir durumu ebeveynin alkol kullanımı ve diğer çocukluk dönemi istismar deneyimleri kontrol altına alındığında duygusal ihmal ve istismarın anksiyete ve depresyona ilişkin belirtileri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Wright ve diğeri, 2009).

Kendall-Tackett (2002), yetişkinlik düzeyinde çocukluk dönemi ihmal olgusuna yüksek düzeyde, anksiyete, paranoya ve düşmanca düşüncelerin eşlik ettiğini belirtmiştir. Yetişkinlik dönemindeki TSSB belirtilerinin de depresyon ve anksiyeteye dair belirtiler, alkol ve madde kötüye kullanımı ile birlikte görüldüğünü ortaya koyan çalışmalara alan yazında yer verilmiştir (Kendall-Tackett, 2002, Wurtele, 1997).

Miller-Perrin ve Perrin (1999), çocukluk dönemi cinsel istismarın bir sonucu olarak anksiyete bozukluğu kapsamında kişinin belli ortam, kişi ya da durumlardan kaçınma ile birlikte sosyal olarak içe kapandığını, korkularının bazılarının fobi boyutuna yükselebildiğini belirtmişlerdir. Bu belirtilerin çocuğun ve gencin psikoterapi sürecini olumsuz etkilediğini

belirten Miller-Perrin ve Perrin'a (1999) göre, çocuğun istismardan dolayı kendisini suçlaması ve ebeveynlerinin olası tepkilerinden korkması da kaygı düzeyini arttırmaktadır.

2.2.1.3. Duygudurum Bozuklukları

Çocuğun en yakını ya da güvendiği kişi ve kişiler tarafından bir veya birden fazla istismar türüne maruz olması sonrasında hem o anda hem de sonrasında erişkin dönemde depresif şikayetlerinin (intihar düşüncesi ve girişimi, uyku ve yeme bozuklukları) ortaya çıkmasına ve depresyon tanısı almasına yol açtığını gösteren çalışmalara alan yazında sıkça yer verilmiştir.

Rezaei, Ghazanfari ve Rezaee'nin (2016) çocukluk dönemi travma, erken dönem uyumsuz şemalar, duygusal şemalar ve deneysel kaçınmanın depresyon üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, çocukluk dönemi travma olarak duygusal ve fiziksel ihmal ve istismarın kopukluk ve reddedilmişlik alanındaki şemalar yoluyla depresif belirtileri öngörebildiği ortaya konulmuştur (Rezaei ve diğerleri, 2016).

Liu'nun (2017) çalışmasında çocukluk dönemi yaşanan çok çeşitli sorunların -ki bunlar ebeveynlerden birinin hükümlü ya da madde bağımlısı olması olabileceği gibi çocuğa yönelik ihmal ve istismarı da kapsamaktadır- yetişkinlik döneminde depresyon başta olmak üzere duygudurum bozukluklarının travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte görülmesine yol açabildiğini öne sürmüştür. Bununla birlikte Liu'nun (2017) bulgularına göre çocukluk dönemi ihmal ve istismar gibi olumsuz yaşantıların depresif belirtilerin iyileşmesinin gecikmesine yol açmaktadır.

Muzik, Umarji, Sexton ve Davis (2017), çocukluk döneminde ihmal ve istismar mağduru olmuş yetişkin kadınların mağduriyet şiddeti, gelir düzeyleri ve doğum sonrası depresif belirtiler arasındaki ilişkiye ailenin sosyal desteğini almanın aracı rolünü araştırmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, çocukluk dönemi ihmal ve istismarın şiddeti ile doğum sonrası depresif belirtiler arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunurken sosyal destek ve gelir düzeyleri arasında da ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle çocukluk dönemi ihmal ve istismarın şiddeti doğum sonrası depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmakta iken sosyal desteğin ve gelirin az olmasının da hem depresif şikayetleri hem de ihmal ve istismarı artırıcı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (Muzik ve diğerleri, 2017).

Baiden ve Fallon (2018), Ontario 2013 Çocuk İhmal ve İstismarı Vaka çalışmasının verilerinden faydalandığı çalışmada çocuk ihmal ve istismarı ile çalışan Çocuk Esirgeme

Kurumlarında çalışan meslek elemanlarının, çocukların ruhsal ihtiyaçlarını tespit etmeleri ve gerekli sağlık hizmetlerine yönlendirmelerinin etkin düzeyini araştırmışlardır. Bu çalışmada, Çocuk Esirgeme Kurumlarında kalan 57,798 çocuğun %8,1 ruh sağlığı alanına yönlendirildiğini; bunlardan %7'sinin kendisine-zarar verme davranışını gerçekleştirdiğini, %6,5'inin ise intihar düşüncesinin olduğu görülmüştür.

Türkiye intihar istatistiklere bakıldığında, 2015 yılında intihar eden kişilerin %34,3'ünün 15-29 yaş aralığında olduğu, en yüksek intihar oranına da yine 15-19 yaş aralığında olduğu görülmektedir (TÜİK, 2016c). TÜİK'in verilerinin kaynak olarak gösterildiği pek çok çalışma mevcut iken bu çalışmaların yapıldığı hastane verilerini kullanarak yaptıkları değerlendirmelerde yıllar içerisinde kız çocuklarının intihar oranlarının arttığı ve intihar etme nedenleri arasında cinsel istismarın % 2,3 ila 4,4 oranında olduğu görülmektedir (Ünlü, Aksoy, Ersan, 2014; Bilginer, Çöp, Göker, Hekim, Sekmen, Üneri, 2017).

2.2.1.4. Alkol ve madde kötüye kullanımı

İhmal ve istismarın duygular ve düşünceler üzerindeki olumsuz etkisinin davranışlara yansımaları olarak görülebilecek alkol ve madde kötüye kullanımı (Miller-Perrin ve Perrin, 1999), son zamanlarda özellikle madde kullanımının Türkiye'de çocukluk çağında hızlı arttığı göz önünde bulundurulduğunda, ihmal ve istismarın bir sebep mi yoksa bir sonuç mu olduğunun daha fazla araştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Sütçügil (2017), travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan kadınlarda ek tanı olarak depresyon ve fobinin yanısıra alkol ve madde kötüye kullanımının da olduğu bilgisini aktarırken Watts, O'Sullivan ve Chatters (2018), madde kötüye kullanımı tanısı olan kişilerin geçmişinde sıklıkla çocukluk dönemi ihmal ve istismar öykülerinin olduğunu gözlemlemiştir; bu durumun terapötik işbirliği üzerindeki etkilerini araştırmıştır.

2.2.1.5. Kişilik bozuklukları

Özellikle güvendiği ve sevdiği bir kişi tarafından cinsel istismara maruz kalan kişiler, ilerleyen zamanlarda benliğin zarar görmesi ile birlikte çözülmenin sonucunda kişilerarası ilişkilerde ciddi sorunlar yaşamaktadırlar.

Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles ve O'Kane (2009), çocukluk dönemi travmatik yaşantıların ile sınır kişilik bozukluğu arasında ilişkiye dair araştırmalar olduğu kadar

olmadığını gösteren araştırmaların da olduğunu belirtmişlerdir. Johnston ve diğerleri (2009), çocukluk dönemi travma (ihmal ve istismar), sınır kişilik bozukluğundaki çözülme (disosiyasyon) ve uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarında, çocukluk dönemi travma ile sınır kişilik bozukluğu arasında herhangi bir ilişki olmadığını ortaya koymuşlardır.

Wright ve diğerlerinin (2009) çalışmasında, duygusal ihmal ile çözülme belirtileri arasında kusurluluk/utanç ve zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık şemalarının aracılık ettiği bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Wright ve diğerleri, 2009).

2.2.1.6. Psikoz

Stowkowy ve diğerleri (2015), psikoz tanısı alma riski bulunan yaş ortalaması 18 olan gençlerle yaptıkları çalışmada erken dönem uyumsuz şemalar ile çocukluk dönemi özellikle psikolojik ve fiziksel istismar mağduriyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır.

Bebbington ve diğerleri (2011), psikoz ve çocukluk dönemi cinsel istismar arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada, 16 yaşından öncesinde kendisine sözlü taciz ve ya cinsel istismarda (fiziksel olarak cinselliğin yaşandığı) bulunulduğunu ifade eden kadınların psikotik şikayetleri ile çocukluk dönemi cinsel istismar arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Bebbington ve diğerleri, 2011). Paul Bebbington, Marwaha ile 2015 yılında yayınlanan başka bir çalışmasında, bir önceki çalışmasını destekleyen sonuçlar elde ederken çocukluk döneminde cinsel istismar mağduru olan kişilerin psikotik şikayetlerine depresyon ve anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği görülmüştür (Bebbington ve Marwaha, 2015).

2.3. şemalar

2.3.1. şema Tanımı

şema kavramı, ilk defa Antik Yunan felsefesinde Stoacı düşünürler tarafından kullanılmış ve zaman içerisinde eğitim, sosyoloji, matematik, edebiyat gibi geniş bir kullanım alanına sahip olmuştur. Psikoloji alanında da Frederic C. Barlett'in hafıza ve Jean Piaget'in bilişsel gelişim dönemleri ile ilgili çalışmalarında yerini almıştır (Young ve diğerleri (2009); Beck ve diğerleri, 2008). şemalarla ilgili ilk çalışması 1932 yılında yayınlanan İngiliz psikolog

Frederic C. Barlett, şemaları “anlamlar arasındaki ağlar” olarak tanımlamış; şemaların, zihnimizin örgütlenmesi ve gelişiminde aktif ve organik (mekanik olmayan) rolü olduğunu ve şemaların sosyal ve kültürel unsurlardan etkilendiğini belirtmiştir. Rus edebiyat kuramcısı Mikhail Bakhtin’in şemaların uyum sürecinde yeniden değerlendirilmesi ve gözden geçirilmesine ilişkin düşünceleri ile Barlett arasındaki ortak kısımları ele alan Beals (1998), Bakhtin’in de benzer bir biçimde, şemaların kişinin amaçları doğrultusunda yeniden biçimlendirilebildiği aktif bir model ileri sürdüğünden bahsetmektedir (Beals, 1998).

Psikoterapi uygulamalarında da A. T. Beck’in kurucusu olduğu Bilişsel Davranışçı Terapi, insanların çevreden gelen verileri ve duyuları bilgi işleme sisteminde değerlendirmesi üzerine kurulmuştur. Young ve diğerlerine (2009) göre, Beck’in ilk dönem yazılarında da şema kavramını ele almış; ancak zaman içerisinde kişilik bozukluklarının bilişsel tedavisini yenileyerek şema ve mod kavramına daha geniş yer vermiştir.

Beck, Freeman ve Davis (2008), insanların dünyaya geldikleri andan itibaren bilgileri, bir önceki nesilden kendilerine aktarılan şekliyle değerlendirdiklerini ve (işlevsel ya da işlevsel olmayan) “strateji” olarak adlandırdıkları bu değerlendirme biçimi öncesinde bir “işlem” gerçekleştiğini belirtmişlerdir. “Belli başlı isteklerin değerlendirilmesi durumu” olan bu işlem içinde yer alan ve stratejileri tetikleyen unsurları ise “şema” olarak tanımlamışlardır. Başka bir deyişle, bir durumun çeşitli yönleriyle değerlendirilen kısım/kısımlarının bağlantılı olduğu “inanç”lar ile desteklenerek işlem gördüğünü ve bu inançların da “şema” olarak adlandırılan kısmen sabit yapılardan oluştuğunu ve şemaların bu ilişkilendirilmelerini ise genetik faktörlerin yanı sıra diğerleri ile ilişkilerinden ve travmatik olaylardan kaynaklandığını varsaymışlardır (Beck, Freeman ve Davis, 2008).

Türkçapar (2017), şemaları “biyolojimizle, yaşantı ve öğrenmelerimizin etkileşimiyle oluşan inançlarımız” ve “bireyin bilgi işleme süreçleri üzerine önemli derecede etkide bulunan, göreceli olarak kalıcı özellikler taşıyan zihinsel yapılar” olarak tanımlamaktadır. İşlevsel olmayan sayılılar ve kuralları kapsayan temel inançların, şemaların bir alt kategorisi olduğunu belirten Türkçapar (2008), alanyazında şemaların temel inançlar ile aynı başlık altında ifade bulmasına karşı çıkmaktadır (Türkçapar, 2017; 2018).

A. T. Beck (2015), 1964 yılında yayınlanan “*Thinking and depression: II. Theory and therapy*” başlıklı makalesinde şemaların temel inançları kapsadığı bir model önermiştir. Bu modelde şemalar, “bilişsel yapılar” ve içerik olarak bireysel farklılıkları olan “temel inançlar” olmak üzere iki kısımda ele alınmıştır (Beck, çev. 2015).

Şemalar içerikleri itibariyle (1) kendiliğe ve başkasına karşı tutumlar, (2) kişisel olmayan tutumlar (somut ve soyut kavramlarla ilgili), (3) kişisel ilişkilerle ilgili tutumlar olmak üzere 3 kategoride ele alınabilmektedir. İşlevlerine göre şemalar, (1) bilişsel şemalar, (2) duygusal şemalar, (3) motivasyon şemaları, (4) yardımcı şemalar ve (5) kontrol şemaları olarak sınıflandırılmaktadır (Beck ve diğerleri, 2008).

Türkçapar (2017), şemaları, (1) basit şemalar, (2) temel inançlar ve (3) ara inançlar ve varsayımlar olmak üzere üç kısımda değerlendirmiştir. “Basit şemalar”, psikopatoloji üzerine etkisi olmayan ya da çok az etkisi olan doğa kuralları, günlük aktivitelerin pratik çözümlenmesi ve çevrenin fiziksel yapısı gibi kurallardır (“Su 100 derecede kaynar”, “Yüksekten bırakılan nesneler yere düşer” gibi). “Temel inançlar”, benlik saygısı ile ilgili olarak bilginin yorumlanmasında genel ve kesin kurallardır (“Sevilmiyorum”, “Aptalım”, “Yetersizim” ve “Başkalarına güvenirim” gibi). “Ara inançlar” ve “varsayımlar”, benlik saygısını ve duyguları etkileyen –eğer..., -o zaman... gibi koşullu kurallardır (“Mükemmel olursam beni kabul ederler”, “Eğer başkalarını mutlu etmezsem beni terk ederler” ve “Çok çalışırsam başarılı olurum” gibi).

Beck ve diğerlerine (2008) göre şemalar, “kişisel mizacın içeriğinde bulunan yapılar” olmakla birlikte depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların belirtilerinin aktif olduğu dönemde güçlü hale gelmektedir. Bu şemalar kişiye özgü olmakla birlikte o anda en uygun ve en uyumlu olan diğer şemalarla yer değiştirerek onları bastırmaktadır.

Şemaların uyum ve özümleme süreçleri hakkında ilk değerlendirmeleri, Bilişsel Gelişim Kuramı ile Jean Piaget, psikoloji bilimine kazandırmış; bu kuram Bilişsel Terapide de özellikle kişilik bozukluğu hastalarının şemalarını anlamlandırmada etkin bir şekilde kullanılmıştır. Türkçapar (2018), (1) Kronik ruhsal rahatsızlığı ve kişilik bozukluğu tanısı olanların olumlu şemalarının herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan ve/veya akut ruhsal rahatsızlığı olanlara kıyasla daha az etkin olduğunu, (2) olumsuz olaylar sonrasında olumsuz şemalar daha aktif hale geldiğini belirtmiştir (Türkçapar, 2018).

Young ve diğerlerine (2009) göre, Piaget’in bilişsel gelişim kuramında şema, problemleri çözme ve bilgiyi yorumlamada rehber olarak görev yapan soyut bilişsel bir plandır. Bu plan, bir durum ya da olgunun en dikkat çekici unsurlarını ve ayırt edici niteliklerini soyut bir biçimde tanımlamaktadır.

2.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Özellikleri

Young ve diğerleri (2009) ve Rafaeli, Bernstein ve Young (2012), şemaların bazı durumlarda uyum arttırıcı ve bazı durumlarda zararsız olduğu kadar, bazı durumlarda da etkilerinin zararlı olabileceğini belirtmiştir. Kişinin sosyal ve psikolojik işlevselliğini bozan “erken dönem uyumsuz şemaları”, özellikle çocukluk ve gençlik döneminde zedeleyici (toksik) deneyimler sonucu ortaya çıkan, gelişimini yaşam boyunca sürdüren genelleşme eğilimindeki kişilerarası ilişkiler ve kendilik ile ilgili içerik ve örüntüler olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım doğrultusunda, şemalar olumlu veya olumsuz, uyumlu veya uyumsuz olabilirler.

Rafaeli ve diğerleri (2012), temel duygusal ihtiyaçları, “güvenlik, istikrar, bakım, kabul edilme, özerklik, rekabet, kimlik algısı, duygu, düşünce ve ihtiyaçları özgür bir şekilde ifade etme, kişinin öz-denetim oluşumunu destekleyen gerçekçi sınırlara sahip bir dünyada yaşama ihtiyacı” olarak tanımlamaktadır. Roediger (2015), Young ve diğerleri (2009) ihtiyaçları karşılanmayan 18 adet şemayı 5 genel başlık/alan altında toplamışlardır. Roediger (2015), Young’un sınıflandırmasına sadık kalmakla birlikte Alman psikoterapist Klaus Grawe’in önerdiği şekli ile adlandırmıştır. Çalışmada Young Şema Ölçeği-Kısa Formu3 (YŞÖ-KF3) kullanılması sebebiyle Young ve diğerlerinin (2009) erken dönem uyumsuz 18 şeması çalışmada temel alınmıştır.

2.3.2.1. Alan 1: Ayrıştırılmış ve Reddedilmiş Olma

Kişinin güvenlik, bağlanma, korunma, bakım, empati, duyguların paylaşımı, kabul edilme, saygı ihtiyaçlarının karşılanmaması ile ilişkili şemaları içerir. Bir şema alanında kişilerin aileleri uzun ayrılıkların yaşandığı, şiddet uygulama eğilimli/istismarcı (taşkın, belirsiz), ihmalkar (kopuk, soğuk, reddedici) ve kısıtlayıcıdır (Young ve diğerleri, 2009; Roediger, 2015).

2.3.2.1.1 Terk edilme/İstikrarsızlık (Ortada Bırakılmış Olmak)

Ebeveynlerden birinin terk ya da ölüm yoluyla uzun süreli evde bulunmaması bu şemanın oluşmasında etkilidir. Geride kalan ya da halihazırda var olan ebeveynlerinin de duygusal destek ve bağ kurmada istikrarsız, belirsiz (öfkeli patlamalar) ve güvenilmez olmaları sebebiyle, bu kişilerden de yeterli duygusal destek, bağlılık, güç ya da korunma

sağlayamayacakları duygusunu ve algısını içeren bu şemaya kişiler sahip olurlar (Young ve diğerleri, 2009; Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.1.2 Güvensizlik/Suistimal Edilme

Bu şema, başkalarının kendisine fiziksel zarar vereceği (yaralama), istismar edeceği (kullanacağı ya da zaafından yararlanacağı), küçük düşüreceği, manipüle edeceği, aldatacağı, yalan söyleyeceği beklentisini içerir. Bu şemanın oluşmasına neden olabilecek diğer durum ve duygular; aşırı ihmal edilmişlik, sürekli olarak hakkını alamamış olma ve var olan durumu değiştirme ihtimalinin olmadığına ilişkin duygulardır (Young ve diğerleri, 2009; Roediger, 2015).

2.3.2.1.3 Duygusal Yoksunluk

Kişinin “normal” olarak atfedildiği kadarıyla duygusal destek arzusunun başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağı beklentisini içeren bu şemanın yoksunluk biçimleri Young ve diğerleri (2009) tarafından üç başlık altında ele alınmıştır. Bunlar;

(1) ilgi, şefkat, sıcaklık ya da arkadaşlık yokluğu olan “ilgi yoksunluğu”,

(2) anlama, dinleme, kendini açma ya da başkalarıyla duyguların karşılıklı paylaşım yokluğu olan “empati yoksunluğu”,

(3) başkalarından alınan güç, yönlendirme ve rehberlik yokluğu olan “korunma yoksunluğu”dur(Young ve diğerleri, 2009).

2.3.2.1.4 Kusurluluk (Yetersizlik)/Utanç

Kişinin bakım vereni tarafından değersizleştirildiği, kusurlu, değersiz, sevilmeye değmeyen, önemli konularda yararsız olarak gösterilmesi sonucu oluşan bu şema da kişi kendisini ortaya koyduğunda (diğerleri tarafından görünür kıldığında) itici, sevilmeyen ve değersiz olabileceği duygusunun yanısıra kişi algıladığı kusuruyla ilgili utanç duygusu da yaşamaktadır. Young ve diğerleri (2009), bu kusurları bencillik, öfke patlamaları, kabul edilemez cinsel arzular olarak örtük bir biçimde ya da itici fiziksel görünüş ve sosyal becerisizlik gibi daha genel bir biçimde algılayabilmektedir (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.1.5 Sosyal İzolasyon (Yalnızlaştırılma)/Yabancılaşma

Roediger'e (2015) göre, bu şema "geç çocukluk ve gençlik döneminde dışlanma, aşağılanma ve beraberinde gelen geri çekilme"nin bir sonucudur. Bu şemaya sahip kişi, aile dışındaki sosyal dünya ile başlayarak kendi dışındaki tüm dünyadan "yalıtılmış", "ayrışmış" olma hali ile diğer insanlardan farklı olma ve/veya herhangi bir grup ya da topluluğun parçası olmama duygusunu taşımaktadır (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.2. Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma

Bu alanda yer alan şemalar, temel ihtiyaçlardan özerklik ve rekabetin ihlali ile ilgili olanları kapsamaktadır. Bu alan, kişinin bağımsız olarak hareket ederek var olabilme ayrılabilme, başarılı performansta bulunma becerisinden algıladıklarıyla çatışan çevre ve kendisi hakkındaki beklentileri içeren şemalardan oluşur. Erken dönem aile ortamı, çocuğun güvenine zarar verecek şekilde, iç içe geçmişlik, aşırı koruyuculuk ya da aile dışında yeteneklerini göstermesi konusunda çocuğun desteklenmediği güvensizlik hissi verecek bir örüntüye sahiptir (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.2.1 Bağımlılık/Yetersizlik

Kişi bu şemaya sahip ise, belirli durum ve yerlerde (alışverişte eşya seçimi, eş seçimi, toplantıda karar verme gibi) olabileceği gibi daha ileri boyuttaki (kişinin kendi öz bakımını kendisinin başkalarının yardımı olmaksızın tek başına karşılayamayacağını düşünmesi) durumlarda günlük sorumluluklarını yerine getirememeye inancı taşımaktadır. Genelde kabiliyetsizlik olarak görülür. Aşırı korumacı aile yapısında oluşması muhtemel görülmektedir (Roediger, 2015; Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.2.2 Zarar Görmeye ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık

Young ve diğerlerine (2009) göre, bu şemaya sahip kişiler, "herhangi bir anda kesin bir felaket olacağı ve ondan korunamayacak olmanın abartılı korkusu"nu yaşamaktadır. Bu korkular tamamı dış kaynaklı olan, *tıbbi felaket* (kalp krizi, AIDS), *duygusal felaket* (çıldırma) ve *çevresel felaketlere* (cinayet kurbanı olmak, uçak kazaları, depremler) odaklanmaktadır (Rafaeli ve diğerleri, 2012). Bu şemanın oluşumunda bakım veren kişinin aşırı kaygılı ve özenli tutumları önemli rol oynamaktadır (Roediger, 2015).

2.3.2.2.3 İç İçe geçme/Gelişmemiş Kendilik

Bu şema, çoğunlukla bireylerin başkasının sürekli desteği olmaksızın mutlu olamama ya da dayanamama düşüncelerini içermektedir. Ebeveyn ya da eşe aşırı derecede bağlılık, bu kişi/kişilerin memnuniyetinin ön plana çıkarılmasına, kişinin bireysel mutluluğunu ikinci plana atmasına yol açmaktadır. Bu şemanın sahibi kişi, bireyselliğini yitirerek diğerleri tarafından boğulduğunu hissedebileceği gibi hiçbir yönelim olmaksızın boşluk duyguları ile varlığını sorguladığı bir durumu da deneyimleyebilir (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.2.4 Başarısızlık

Roediger'e (2015) göre, bakım veren kişilerin fazlasıyla başarıya yönelik olumsuz eleştiriler yapması ile kişide özgüven eksikliği yaşanmaktadır. Bu kişilerin şemaları başarısız olma, halihazırda "başaramayacak olma" ve akranlarına göre "yetersiz olma" inanç ile şekillenmektedir.

2.3.2.3. Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar

Bu alandaki şemalar kişiye erken dönemde sınır koymada sorun yaşanması ve yetersiz kalınması ile kişinin öz kontrolünü gereğince yerine getirememesinden kaynaklanmaktadır (Roediger, 2015). Kişinin diğerlerinin haklarına saygı duyma, onlarla işbirliği yapma, akılcı kişisel hedefler hazırlama ve ulaşmada güçlükler yaşamasına yol açan bu şemalar, kişinin diğerlerine karşı olan sorumlulukları yerine getirmesini de engellemektedir. Bu şemanın karakteristik aile yapısında, çocuğa yeterli gözetim ve rehberlik verilmemesi ile birlikte çocuğun normal rahatsızlık düzeyine tahammül etmekte zorlanmasına yol açılmıştır (Young ve diğerleri, 2009).

2.3.2.3.1 Hak Görme/Büyüklenmecilik

Bu şeması ön planda olan kişi, diğerlerinden üstün olduğuna (grandiözite), (trafik kuralları gibi) bazı kurallardan kendisinin muaf olduğuna, öz hak ve imtiyazlara sahip olduğuna, diğerlerinin ihtiyaç, istek ve duyguları karşılıklılık esasınca sınırlandırılmadığına inanmaktadır. Kişi, aynı zamanda kendi istek ve arzularının yerine gelmesinde başkalarına gelebilecek zarara bakmaksızın kendi sahip olabileceğine ve yapabileceğine odaklanmaktadır. Bu şemaları aktif olan kişiler, bazı durumlarda aşırı rekabetçilik ya da başkaları üzerinde güç

ve/veya kontrol elde etmek için hakimiyet kurmayı amaçlarken abartılı derecede üstün olmayı (“en başarılı”, “en ünlü”, “en ...” olmak) hedeflemektedir (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.3.2 Yetersiz Öz-denetim/Öz-Disiplin

Bu şema, kişinin hedeflerini gerçekleştirmek, kişinin duygu ve isteklerinin aşırı ifadesini kontrol altında tutabilmek için gerekli öz-denetimi sağlamaya ve engellenmeye karşı tolerans göstermemesi veya bunu kendisinin de yapmayı reddetmesini içermektedir. Diğer taraftan “huzursuz kaçınma” olarak adlandırılabilir “acı, çatışma, yüzleşme, sorumluluktan ve aşırı çabadan kaçınma” kişinin doyumunu, bağlılığını ve bütünleşmesini gerçekleştirememesi pahasına tercih edilebilmektedir (Rafaeli ve diğerleri, 2012). Bu şemanın oluşumunda, kişinin çocukluğunda kendisinden yeterince talepte bulunulmamış olması etkilidir.

2.3.2.4. Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik

“Baskalarına odaklı olma” olarak da adlandırılabilir bu şema, “kendi-yönelimli olma ihtiyacının karşılanmasındaki eksiklikler ile ilişkili”dir. Kişi başkalarının tutku, duygu ve tepkilerine aşırı odaklanarak kendi gereksinimleri pahasına sevgi ve onay almak, bağlılık ve aidiyet hissini sürdürmek, misillemeden kaçınmak ihtiyacı ile davranmaktadır. Bunun gerçekleşmesi içinde kişinin duyguları, istek ve ihtiyaçlarını bastırması ve/veya farkındalığının azalmış olması gerekmektedir. Bu şemada ebeveynler, çocuğa sevgi, ilgi ve onay alabilmek için kendilerinin önemli yönlerini bastırması ve durumu olduğu gibi kabullenmesini öğretirken kendi ihtiyaçları ve isteklerinin çocuğunkinden daha önemli ve değerli olduğu hissini verir (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.4.1 Boyun Eğicilik

İhtiyaçları ve duyguları bastırma olmak üzere iki ana biçimde ele alınabilecek olan boyun eğicilik şemasında kişi kendi duygularını bastırırken kontrolü diğerlerine teslim etmiştir. Bunun başlıca nedeni, kişinin öfke, karşılık görme ve terk edilmekten kaçınmasıdır. Kaçınma sonucunda kişi sık sık kapana kısılmışlık hissi ile aşırı itaat gösterebilmektedir. Ancak bu şema, kişinin duygularının sığlaşmasına ya da pasif agresif ve ya kontrolsüz öfke patlamaları gibi

davranışlar sergilemesine, psikosomatik semptomlar ve madde kötüye kullanımına yol açabilmektedir (Young ve diğerleri, 2009; Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.4.2 Kendini Feda/Fedakarlık

Bu şema, kişinin “kendi memnuniyeti pahasına gönüllü olarak başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye aşırı odaklanmasını” içermektedir (Rafaeli ve diğerleri, 2012). Bu şemanın ortaya çıkma nedenleri, “başkalarının acısına aşırı hassasiyet sonucu başkalarının acısına sebep olmayı engelleme, bencillik duygusundan kaynaklı suçluluktan kaçınma, başkalarına muhtaç olarak algılanan bağlantıyı sürdürme” olarak gösterilebilir.

2.3.2.4.3 Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık

Roediger (2015), bu şemanın oluşumunda çocuğa bakım verenleri tarafından onay, takdir ya da ilgi görme için istenilen davranışı göstermesi ısrarla istenmiş ve kabul görmüştür. Kişi de zaman içerisinde statü, onaylanma, sosyal kabul, para ya da başarı gibi öz-değerlerini arttırmaya yönelik davranışları ile dikkat ve hayranlık uyandırma eğiliminde olur ve buna aşırı önem verir. Young ve diğerlerine (2009) göre, kişinin öz-saygısı, kendi değerlendirmelerinden çok, öncelikle başkalarının tepkilerine bağımlı hale gelmektedir. Bu durum, kişinin çoğunlukla gerçekçi ve tatmin edici olmayan ya da reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet içerisindeki önemli hayati kararlar almasına sebep olmaktadır.

2.3.2.5. Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık/Ketleme

Dört şemayı içinde barındıran bu alandaki şemalar, katı kuralları olan talepkar ve cezalandırıcı aileler de ortaya çıkmaktadır. Bu ailelerde önemli olan haz ve sevinç duygusunu yaşamak yerine görevleri ve kuralları, mükemmel düzeyde uygulamak, bu esnada duyguları saklamak ve rahatlamayı kontrol altında tutmaktır. Böyle ailede yaşayan kişi, karamsar ve kötümserdir ve eğer sürekli olarak “dikkatli ve tetikte olmayı başaramazsa herşeyin bozulacak olma endişesi”ni taşır (Rafaeli ve diğerleri, 2012).

2.3.2.5.1 Olumsuzluk/Karamsarlık

Bu şema, Roediger (2015) tarafından “olumsuzu öne çıkartmak” olarak adlandırılırken bu şemaya sahip kişilerin karamsarlığının kişilik özelliği haline geldiğini belirtmiştir. Bu

karamsar kişilik yapısı sürekli olarak hayatın (acı, ölüm, kayıplar, hayal kırıklıkları, çatışma, suçluluk, kızgınlık, çözülmeyen problemler, olası hatalar, ihanet, herşeyin yanlış gidecek olması gibi) olumsuz yönlerini görmekte, bunlar için ipucu aramaktadır. Bu esnada hayatın olumlu yönleri küçümsenerek göz ardı edilmektedir. Diğer bir ifadeyle, bu şema ekonomik sorunlar gibi küçük düşmeye ya da kötü durumda sıkışıp kalmaya yol açabilecek yanlış yapma korkusunu içermektedir. Bu şeması aktif kişiler, sürekli gergin, kaygılı ve kararsız bir görünüm sergilerler (Young ve diğerleri, 2009).

2.3.2.5.2 *Duygusal Baskılama/Ketleme*

“Yakışmayan” davranış sergileme ve ayıplanmaktan korkması sebebiyle anlık ve dürtüsel davranmayı engelleyen (Roediger, 2015) bu şemada baskılanma alanları; (a) öfke ve saldırganlığın baskılanması; (b) sevinç, duygu, cinsel heyecan, oyun gibi olumlu dürtülerin baskılanması; (c) kişinin kırılma gibi duyguları ve ihtiyaçlarını özgürce ifade etme güçlüğü yaşaması; (d) duyguları göz ardı ederek akılcılığa aşırı önem vermek olarak tanımlanmıştır (Young ve diğerleri, 2009).

2.3.2.5.3 *Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik*

Kişi bu şema ile eleştirilerden kaçınmak için temelde içselleştirilmiş eylem ve davranışların oldukça yüksek standartlarını karşılamaya çabalamak zorunda olduğu inancını taşımaktadır (Young ve diğerleri, 2009). Bu yüksek standartlar kişinin tatmin edici ilişkiler yaşamasına, başarı, haz ve rahatlama duygularını kendine özgü bir şekilde yaşamasına engel olmaktadır. Bu şemanın genel aile yapısında çocuktan üstün başarı beklenmektedir.

Young ve diğerleri (2009), yüksek standartları; (a) mükemmeliyetçilik, detaylara aşırı dikkat ya da kendi yapabilirliğinin iyi olmasının standartlara bağlı olduğunu azımsama; (b) yüksek ahlaki, töresel, kültürel ve dinsel kurallar ile desteklenen hayatın bir çok alanını kapsayan katı kurallar ve “zorunluluklar”; (c) daha da başarılı olma abartılı ihtiyacını karşılamak için zaman ve verimliliğe takıntılı olma, olarak tanımlamıştır.

2.3.2.5.4 *Cezalandırıcılık/Acımasızlık*

Kişi kendisi de dahil olmak üzere diğer hata yapanların sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği inancını taşıdığı bu şemada, standartlarını ya da beklentilerini karşılamayan kişilere

karşı (kendisini de dahil) öfkeli, tahammülsüz, cezalandırıcı ve sabırsız olma eğilimindedir; ki bu eğilim kişinin hataları affetmesini güçleştirmektedir.

2.3.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve İstismar Olgusu

Young, Klosko ve Weishaar'a (2009) göre, sınır kişilik bozukluğundaki uyumsuz şemalar “benliğin yönleri”dir, ki bu yönler, genel kişilik yapısına uyum göstermemektedir. Bu şemalar birbirinden ayrı yapılarda -duygulanımda, benlik algısı ve kişilerarası ilişkilerde- istikrarsızlık ile zayıf dürtü kontrolü olarak kendilerini gösterirler. Bu uyumsuz şemalar ne kadar istikrarsız olurlarsa o kadar güçlü ve etkili olurlar, ki bu da onları sınır kişilik bozukluğunun istikrarsız patolojik yapısına uygun hale getirmektedir (Young ve diğerleri, 2009).

Young ve diğerlerine (2009) göre şemalar çocukluğun erken dönemlerinde ve ergenlikte kişinin içinde bulunduğu gerçekliği yansıtan temsiller olarak oluşmaya başlamaktadır. Kişiler yaşamlarının devamında da kurdukları ilişkilerle ve diğerleri ile yaşanmışlıklarıyla birlikte daha önceden oluşan, aşına oldukları (uyumlu ya da uyumsuz) bu şemaları daha fazla kullanma eğiliminde olurlar. Bu eğilim kişinin kendisini -psikanalizin “tekrarlama zorlantısı” olarak tanımladığı- benzer durumlar, ilişkiler ve koşullar içinde bulmasına yol açmaktadır (Young ve diğerlerine, 2009).

Young'a (2009) göre, zedeleyici (toksik) çocukluk dönemi deneyimleri erken dönem uyumsuz şemaların birinci nedenidir ve bu deneyimlerin dört tipi olduğundan bahseder. Bunlar, (1) temel duygusal ihtiyaçların zedeleyici engellenişi, (2) istismar maruz kalma, (3) çok fazla iyi muameleye maruz kalma ve (4) seçici içselleştirme ya da önem verdiği kişilerle (ki bu kişiler istismar eden aile bireyi de olabilmektedir) özdeşim kurma olarak tanımlanmıştır (Young ve diğerlerine, 2009).

Harding ve diğerleri (2012), Young ve diğerlerinden (2009) alıntıladığı üzere, “Güvensizlik/Suiistimal edilme”, “Kusurluluk/Utancı” ve “Zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık” şemalarının gelişimin erken dönemlerinde maruz kalınan travmatik olaylar ve istismar ya da ihmal durumları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Wright ve diğerleri (2009) çalışmalarında, duygusal ihmal ve istismarın, anksiyete ve depresyona ilişkin belirtileri ile “Kusurluluk/Utancı”, “Zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık” ve “Fedakarlık” şemaları arasında aracı rolünden bahsederken sadece duygusal ihmal ve çözülme belirtileri

arasında ise “Kusurluluk/Utanç” ve “Zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık” şemalarının aracı rolünün olduğunu belirtmişlerdir (Wright ve diğerleri, 2009).

Harding ve diğerleri (2012), Bilişsel terapinin travma sonrası stres bozukluğunun oluşumu ve gelişiminde, travmatik yaşantılanımının ardından kişinin kendisine, diğerlerine ve dünyaya ilişkin olumsuz inançların etkinliğini arttırdığını, -sosyal psikoloji ve bilgi-işleme kuramlarının da belirttiği üzere- travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan bilişsel tepkilerin özümseme/özdeşim (asimilasyon) ve uyum (akomodasyon) yoluyla işlenmesinin şemaları ve işlem süreçlerini etkilediğini araştırmışlardır. Harding ve diğerleri (2012), çalışmanın sonucunda, olumlu travma-öncesi şemaların özümseme/özdeşim (asimilasyon) yoluyla işlenmesinin etkisizleşmesi ve travma-sonrası şemaların olumsuz yönde uyum yoluyla etkin hale gelerek travma-öncesi var olan olumsuz şemaların özümseme yoluyla güçlenmesinin ihmal ve istismar gibi travmatik yaşantılanım sonrasındaki şema sürecini açıkladığını belirtmişlerdir.

Calvete (2014), aileden veya akranlardan birinin istismarcı olmasının erken dönem uyumsuz şemalar üzerinde olumsuzlaştırıcı etkisi ve erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik döneminde depresif duygudurumunu ve sosyal kaygıyı arttırıcı etkisine yönelik çalışmada, erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda duygusal şiddetin ve çocuğun mizacının önemli rol oynadığını ortaya koymuştur.

Harding ve diğerlerinin (2012) çalışmasında cinsel istismar mağdurları ile mağdur olmayanlar arasında Young ve diğerlerinin (2009) belirttiği 5 şema alt grubu arasında farklılık olmadığını, genel olarak şemaların tamamının değerlendirilmesinde cinsel istismar mağdurlarında olumsuzluğun fazla olduğunu, aynı zamanda cinsel istismar mağdurlarında erken dönem uyumsuz şemaların olumsuz değerlendirilmesi yüksek olanların TSSB ve depresif belirtilerinin de yüksek olduğu görülmüştür.

Harding ve diğerleri (2012), Lumley ve Harkness’in 2007 yılında yaptığı çalışmadan aktardığı üzere, “Zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık” ve “Güvensizlik/Suiistimal” şemaları TSSB tanısı için tahmin ettirici özelliğe sahip iken benzer bir durumun anksiyete belirtileri ve şemalar arasında da geçerli olduğunu belirtmişlerdir.

2.4. Terapötik İşbirliği/İttifak

2.4.1. Terapötik İşbirliği/İttifak Tanımı

Eltz, Shirk ve Sarlin (1995), terapötik işbirliğini, hasta ve terapistin sorunun çözümünde birlikte çalışıldığını hissetmelerinin yanısıra hastanın terapistini destekleyici ve yardımsever bulması olarak tanımlamışlardır.

Zorzella, Rependa ve Muller (2017), alan yazında terapötik işbirliği tanımının en fazla referans alındığı Edward S. Bordin'in psikoterapi kuramlarından ayrı olarak yaptığı terapötik işbirliği, terapinin amaçları ve görevleri üzerinde anlaşma sağlandığı hasta ve terapist arasında kurulan duygusal bağ olarak tanımlamaktadır.

Shirk ve Karver (2006), terapiye katılım, işbirliği ve ilgilenmeyi hem çocuk hem de yetişkin psikoterapisinin 3 temel unsuru olarak görmektedir. *Terapiye katılımı*; tedavide işbirliğini, ilgiyi ve uyumu artırıcı her türlü davranış ve stratejiler; *terapiye ilginin* de sosyal problemlere alternatif çözümler, derinlemesine nefes egzersizleri ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi değişim için gerekli görülen terapi uygulamalarına hastanın düzenli ve aktif katılımı olarak tanımlamıştır. *Terapötik işbirliğinin* ise terapötik katılım ve ilgiden daha karmaşık bir kavram olduğunu ve yetişkin psikoterapi tarihinde farklı biçimlerde ele alındığını belirten Shirk ve Karver (2006), Zorzella ve diğerlerinin (2017) terapötik işbirliğinin bağ, amaç ve görevleri kapsayan üç unsurlu tanımına benzer bir tanım yapmıştır.

Türkiye'de psikoterapi uygulamalarında terapötik işbirliğinin öncüllerinden olan SoygütPekak (2012), terapist ve danışan arasında görevlerde ya da belirli bir tekniğin uygulanması açısından yapılan bir anlaşmayı *görevlerde işbirliği*; tedavinin amaçlarında ya da öngörülen sonuçlarındaki anlaşmayı *amaçlarda işbirliği* ve terapist ve hasta arasındaki karşılıklı güven ve kabulü *duygulanımsal bağ/ilişkisel işbirliği* olarak tanımlarken terapötik işbirliğini de bu unsurların bütünü olarak kavramsallaştırmıştır (Soygüt-Pekak, 2012).

Beck ve diğerleri (2008), davranışsal, bilişsel ve duygusal kısımlarını değiştirmek için terapide sadece fantezi ve anılarını bir araya getirmenin yeterli olmayacağını tedavinin bilişsel, ilişkisel ve dışavurumsal alanlarının da dikkate alınarak devam ettirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Buna göre, bilişsel terapinin en önemli özelliklerinden biri olan hedef belirleme, terapötik işbirliğini beraberinde getirmektedir. Diğer bir deyişle, terapötik işbirliğinin

gerçekleşmemesi halinde terapist ve danışan arasında hedef belirlense bile sonuçlar hedefler doğrultusunda olmamaktadır.

Roediger (2015), Bilişsel Davranışçı Terapide terapist ve danışan arasında bir tür “iş ilişkisi”nin kurulmakta ve bu ilişkinin Eksen 1 bozukluklar ile akut ruhsal rahatsızlığı olanların tedavisinde yeterli olarak nitelendirilebilecek etkiyi oluşturduğunu; ancak kişilik bozuklukları gibi ilişki soruların görüşmelerde ağırlıklı olarak ele alındığı ruhsal rahatsızlıklarda Bilişsel Davranışçı Terapinin “iş ilişkisinin” tedavi sürecinde etkili olmadığını düşüncesini ortaya koymuştur. Roediger (2015), Jeffrey Young’ın kurucusu olduğu Şema Terapide ise, terapist ile danışanı arasındaki “iş ilişkisi” ile terapötik ilişki arasında gidip geldiğini, görüşmelerin ilk aşamasında kurulacak olan iş ilişkisinin ilişki sorularını olan hastaların “duygusal maruz bırakmaya” hazırlanmasında gerekli olduğunu; ancak sonrasında danışanın geçmiş ve günlük yaşamdaki ilişkilerinin görüşmelere rahatlıkla aktarılması için terapist ile danışandaki güven ilişkisinin kurulmasının gerekliliğinin ön planda olduğunu belirtmiştir.

Zorzella, Rependa ve Muller (2017) çalışmasında, terapötik işbirliğinin bir yüzyıldır psikoterapinin konusu olduğunu; Sigmund Freud psikanaliz çalışmalarında aktarım kavramı üzerinden, Carl Rogers Humanistik Terapide terapist-danışan ilişkisinin değişimin merkezine koyduğunu, Ralph Greenson “aktarım, çalışma işbirliği ve gerçek ilişki”den oluşan bir terapötik işbirliği modeli ortaya koyması üzerinden açıklamaktadır. Yetişkin terapisinde terapötik işbirliği çalışmalarına daha fazla yer verildiğini; işbirliği kavramının çocukların psikoterapisinde çok fazla araştırma alanına sahip olmadığını belirten Zorzella ve diğerleri (2017), Travma-Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapisinde (TO-BDT), terapötik işbirliği değerlendirmesini terapist, çocuk ve ebeveyn olmak üzere çok yönlü olarak ele almıştır.

2.4.2. Terapötik İşbirliği/İttifak ve İstismar Olgusu

Shirk ve Karver’a göre (2006), gençlerin bilişsel davranışçı terapisinde çocuk, genç veya ebeveyninin tedaviye karşı ilgi ve katılımının etkili bir tedavinin olmazsa olmazlarının başında gelmektedir. Gençlerin terapiyi erken aşamada bırakması, düzensiz aralıklarla seanslara katılması, aykırı (marjinal) olma tutumlarının tedavinin etkisi ve etkinliğini azaltırken hem terapistin hem de gencin terapiye katılımını olumsuz etkilemektedir.

Eltz, Shirk ve Sarlin (1995), yetişkin hastalarda terapötik işbirliğinin terapisinin sonuçlarını etkilediğini, çocuk ve ergenlerde de benzer bir durum olacağını ön görürken

özellikle kişilerarası iletişimde bozulmaya yol açan istismar olgusunun çocuk ve ergenin halihazırdaki bu bozulmasının terapisti ile iletişimde de sorunlara yol açacağını düşünmektedir.

Eltz ve diğerleri (1995), istismar, istismarın çeşitliliği ve istismarcının kim olduğunun terapötik işbirliğini olumsuz etkilediğini varsaydıkları çalışmalarında bu etkenler dışında kişilerarası problemlerin terapötik işbirliğinin gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu sonucuna ulaşılmışlardır. Aynı zamanda tek istismar ile tedavi sonuçları arasında doğrudan bir ilişki olmasa da, istismar mağduru ergenlerden terapistleri ile olumlu işbirliği geliştirmeyenlerin tedaviden daha az yarar sağladıkları görülmüştür (Eltz ve diğerleri, 1995).

Çocukların nadiren kendi kendilerine psikoterapi arayışı içine girmeleri ve kendi tedavileri konusunda sorumluluk hissetmemeleri gibi gelişimsel faktörlerin yanısıra terapinin ne olduğunu veya niçin gerektiğini anlamlandıramamış olmaları, tedavinin en başından itibaren terapist ile kurulan ilişkiyi engellemektedir (Zorzella ve diğerleri, 2017). 20’li yaşlardaki gençlerin terapiden beklentilerini belirlememiş olmalarının da terapötik işbirliğini olumsuz etkilediğini belirten Zorzella ve diğerlerine (2017) göre, terapistler de gençlerin değişken duygudurumuna uyum sağlamakta güçlük çekmekte ve bu da görüşme sürecinde terapist-danışan arasındaki etkileşim ve iletişim yollarını kısıtlamaktadır.

İhmal ve istismar sonrası ortaya çıkan psikolojik sorunlara yönelik psikoterapi yaklaşımlarına da yer verilen akademik çalışmaların “Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TO-BDT)” ağırlıklı olduğu görülmektedir (Cohen, Mannarino, Murray ve Igelman, 2006; Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon ve Steer, 2011; Karakaya, 2014; Pine ve Cohen, 2002). Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapinin bir parçası olan “travma anlatımı (trauma narrative)”, çocuğun travmatik olayını terapistine ve daha sonrasında ebeveyni/bakım vereni ile birlikte katıldığı görüşmede bu kişiye de aktarmasını içermektedir (Cohen, Mannarino, ve Deblinger, 2012).

TO-BDT’nin bu uygulamasının çocuğun travmatik olayını yeniden yaşaması sonrasında hissedeceği olumsuz duygusal değişimden terapistini sorumlu tutacağını ve bu durumun terapötik ilişki ve işbirliğini zarar verebileceğini belirten araştırmalara alan yazında yer verilmiştir. Ancak Zorzella ve diğerleri (2017), TO-BDT’nin “travma anlatımı” uygulamasının terapötik işbirliğini olumsuz etkilemediğini aksine tedavinin 3. ve son görüşmelerinde terapist, çocuk ve ebeveyn tarafından değerlendirilmelerinde terapötik işbirliğinin oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Zorzella'nın (2015), Muller ve Cribbie ile gerçekleştirdiği diğer bir çalışmada, 7-12 yaş arasındaki istismar mağduru çocuklar ve bakım veren yakınları ile Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamasında, çocuğun psikopatolojisi ile terapötik işbirliği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Depresyon, anksiyete, içe kapanma ve somatik şikayetleri *içsel belirtiler*; öfke, suça yönelik ve yıkıcı davranışsal *dışsal belirtiler* olarak ele aldıkları bu çalışmada, cinsiyet farklılığının terapötik işbirliğini etkilediğini, kız çocuklarının ve içsel belirtileri yüksek olan çocukların terapinin erken dönemlerinde terapötik işbirliğine daha yatkın olduklarını bulmuşlardır. Aynı zamanda erken terapötik işbirliğinin, tedavinin sonunda içsel belirtilerin gelişimini öngörebildiğini belirten Zorzella ve diğerleri (2015), dışsal belirtilerin ortaya çıkmasında ve devam ettirilmesinde travmatik yaşantıların dışındaki etkenlerin olabileceğini bu süreci değerlendirirken bakım veren ile çocuk arasındaki uyumsuzluğun terapötik işbirliğini ön görülemez hale getirdiğini öne sürmüştür.

Ormhaug ve Jensen'in (2016) çalışmalarında Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TO-BDT) ve -terapistin ebeveyni dahil edip etmeyeceğine kendisinin karar verdiği ve herhangi bir özel uygulaması olmayan- diğer bir terapiye katılan iki ayrı gruptaki yaşları 10-18 arası değişen ergenler en az bir ihmal ve istismar olayına maruz kalmıştır. Bu iki grup arasında terapinin özellikleri ve ilk-görüşmedeki ilişki değişkenlerinin terapiyi erken bırakma üzerinde etkisine bakılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, bakım verenin ilk görüşmeye aktif katılımının ve ergenin tedavi ile ilgili ebeveyninin yaklaşımı ve onayını algılayış biçiminin, ergenin terapiye devamlılığını etkileyen faktörler olduğu görülürken terapötik işbirliğine TO-BDT'nin "travma anlatımına" dayalı maruz bırakma yönteminin ise terapiyi erken bırakma riskini barındırmadığını ortaya koymuştur (Ormhaug ve Jensen, 2016). Bu çalışmada ergenin terapi erken ayrılmasına etken en önemli faktör özellikle ilk görüşmede, terapisti ile kendisi arasındaki işbirliğini kendisinin nasıl gördüğü değil ebeveyninin nasıl yorumladığıdır. Aynı zamanda ergenlerin her iki terapi uygulamasında da ebeveyninin terapiye devamlılıkla ilgili onayına önem verdikleri görülmüştür.

Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen ve Shirk'ün (2014) çalışmasında, travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış TO-BDT ve diğer bir terapiye (sistemik, psikodinamik, aile terapisi gibi) katılan ergenlik dönemindeki kişilerin TSSB, depresyon, anksiyete ve genel ruh sağlığı problemleri ile terapötik işbirliği arasındaki ilişkiye ve terapi uygulamaları arasında bu ilişki bağlamında farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Çalışma sonuçları, TO-BDT ve diğer terapi uygulamaları arasında terapötik işbirliği değerleri arasında farklılık olmadığı, tedavi sonuçları açısından ise TO-BDT, diğer terapi uygulamalarına kıyasla TSSB, depresyon ve genel

ruh sağlığı sorunlarında daha fazla azalmaya yol açarken bu farklılığın anksiyete belirtileri için geçerli olmadığı görülmüştür. Aynı zamanda görüşmelerin ortasında yapılan değerlendirmede terapötik işbirliğinin TO-CBT uygulamasında şikayetlerin tamamında azalmayı öngördüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Watts, O’Sullivan ve Chatters (2018), ocukluk dönemi ihmal ve istismara maruz kalmış ve halen madde kullanımı olan bireylerle yapılan terapi uygulamalarında istismarın şiddeti, tedavi sresinin uzunluğu, duygudurum kontrolü/yönetimi ve kişilerarası güven unsurlarının terapötik işbirliği üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, özellikle kişilerarası güven ve duygudurum kontrolü/yönetiminin terapötik işbirliğini etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

2.5. Psikolojik Destek Alma Tutumları

Rsch ve diğerleri (2013), gençlerde güçlü bir kendilik-sınıflandırması ve daha az damgalanma stresi olmasının psikiyatrik tedaviye karşı tutumların olumlu olmasında etkili olduğunu ortaya koyarken özellikle gençlerin psikolojik yardım arama davranışında ve tutumunda “damgalanma-ilişkili stresin” araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir (Rsch ve diğerleri, 2013).

O’Connor, Martin, Weeks ve Ong (2014) alışmalarında, gençlerin psikolojik destek almaya yönelik davranışlarını öngördüğünü düşündükleri unsurları; (1) sağlığa dair inançlar, (2) kişilik özellikleri ve (3) tutumları olarak değerlendirmişlerdir. Kişilik özelliği olarak dışadnklğn yanısıra yardım aramanın algılanan faydası ve engelleri ile sosyal desteğin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları ve davranışları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Francis, Boyd, Aisbett, Newnham ve Newnham’ın (2006) Avustralya’da gerçekleştirdikleri çalışmada, kırsal kesimde yaşayan 14-16 yaşlarındaki gençlerin “kimse yardımcı olmaz” önyargısı ve olası yardım kaynaklarına ulaşım yollarını bilmemesinin psikolojik yardım almaya yönelik tutum ve davranışlarını olumsuz etkilediğini, aynı zamanda sosyal etiketlenme, sorununu kendisinin zebileceğine inanma/güvenme, akıl ve ruh sağlığını “delilik” olarak tanımlamanın da gençleri ruh sağlığı alanında yardım almaktan uzaklaştıran etkenler olduğu görülmüştür.

Mitchell, Whittle, Shaw ve Law’a (2016) göre, gençlerin psikolojik yardım almaya yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen etkenleri açıklamadan önce önemli olan, gençlerin

ruh sağlığı ve hastalıkları hakkında dűşünceleri ve yorumlarının ne olduğudur. Gençler ruh sağlığı sorunlarının başlıca nedenlerini sosyal ve çevresel etkenler olarak görürken ruhsal hastalıkları bir “rahatsızlık” olarak görmekten çok, bir “zayıflık” olarak algılamaları da yardım alma sürecine engel olmaktadır. Mitchell ve diğerleri (2016), suça sürüklenen çocuklarla yaptıkları çalışmada, psikolojik yardım almaya yönelik olumlu düşünce ve tutumlarını arttıracak etkenleri; (1) bakım verenlerinin de tedaviye dahil edilmesi, (2) yardım önerilerinin çeşitli olması, (3) önerileri tercih etmede esnek olunması ve (4) sağlanan güven ortamıyla birlikte önyargıların azalması olarak açıklamışlardır.

Ocampo, Shelley ve Jaycox (2007), Latin gençlerin sevgili şiddeti sonrası psikolojik yardım arama davranışı ve bu konuda akranlarına destek vermesi üzerine yaptıkları çalışmada, gençlerin bu konuda bir yetişkinden psikolojik yardım almaktan kaçındıklarını, çoğunlukla kendi akranları başlama eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur. Akranlarından aldıkları psikolojik desteğin çoğunlukla ilişkilerini devam ettirmeye yönelik olduğunu ve bu durumun mantıksal olarak doğru bulmasalar dahi sorgulamadıkları ve şiddeti gizleme eğiliminde olduklarını belirten Ocampo, Shelley ve Jaycox’ın (2007) bu çalışması, psikolojik yardım almaya yönelik tutumları ve davranışları belirlemede kültürel etkenlerine vurgu yaparken farklı ülkelerde de olsa şiddetin gizlenme eğiliminde olduğunun iyi bir örneği niteliğindedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırma Yöntemi

Bu araştırma, nicel yöntemlerden korelasyonel desene göre tasarlanmıştır.

Araştırmada; yaşları 12-18 arasında değişen ergenlik dönemindeki ihmal ve istismar mağduru çocuklara uygulanan ölçeklerin, çalışmanın amacına uygun olan alt ölçeklerinin birbirleri ile arasındaki ilişki araştırılmıştır. Alt ölçeklerdeki değişkenlerin birlikte değişim gösterip göstermediği, ilişkili ise olumlu/olumsuz yönlü ilişki derecesi saptanmaya çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmaya katılan bireylerin ölçekleri samimi olarak doldurduğu varsayılmaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki ihmal ve istismar olgusu ile ilgili alanyazında dikkati çeken, konunun 1970’li yıllar itibariyle akademik çalışmalarda ve sosyal medyada daha sık yer alması ile beraber ihmal ve istismara maruz kalan çocuk sayısında da artışın devam etmesine yapılan vurgudur (Nasıroğlu, 2014).

Türkiye’deki çocuğa yönelik şiddete ilişkin istatistiklere bakıldığında da, akademik çalışmalarda belirtilen artışı destekleyen sonuçlar olduğu görülmektedir. Bilgin’in (2015) cinsel istismar mağdurlarının psiko-sosyal durumlarını istismar özellikleri açısından ele aldığı tez çalışmasında, 2009-2013 yılları arası Türkiye’de çocuk cinsel istismar mağdurlarının sayısını; 2013 yılı Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü Adli İstatistiklerine göre 2009 yılında 12.720 çocuk, 2010 yılında 25.924 çocuk, 2011 yılında 16.354 çocuk, 2012 yılında 16.897 çocuk, 2013 yılında 16.938 olarak vermiştir (akt. Bilgin, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocuklar üzerinden yaptığı çalışmada, 2011-2013 yılları arasında ihmal ve istismar mağduru çocuk sayısındaki %37 oranında bir artış olduğu görülmektedir (TÜİK, 2014). 2014 yılında Güvenlik birimlerine suç

mağduru olarak gelen kız çocuklarının %19,1'inin mağduriyet nedeninin cinsel suçlar olduğu görülürken bu oran suç mağduru erkek çocuklar için %2,2'dir (TÜİK, 2015). 2015 yılında güvenlik birimlerine suç mağduru olarak gelen 122 bin 209 çocuğun %10,4'ünün cinsel suçlardan ve %7,8'i aile düzenine karşı suçlardan, %3,7'si kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, %3,6'sı tehdit mağdur edildiği görülmektedir (TÜİK, 2016a). 2014-2015 yıllarında Ankara ili genelinde adli birimlerce hakkında işlem yapılan kız çocuklarının mağduriyet nedeni olarak "cinsel suç"a bakıldığında %30 oranında artış olduğu görülmektedir (TÜİK, 2016b).

Örnekleme: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016 Faaliyet Raporunda belirtildiği üzere, Ankara ilinde Çocuk Destek Merkezlerinde 2016 yılı içerisinde kalan çocuk sayısı 80'dir (ASPB, 2016). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının onayı ile Keçiören ilçesinde bulunan Atatürk Çocuk Destek Merkezi ve Ayaş ilçesinde bulunan Ayaş Çocuk Destek Merkezi Müdürlüklerinde devlet koruması ve bakımı altında bulunan kız çocukları ile çalışılmıştır. Çalışmanın bir kuruluştaki kalan ergenlik dönemi kız çocuklarını kapsamaması sebebiyle, örneklem seçimi, seçkisiz olmayan örnekleme biçimlerinden uygun örnekleme tekniği ile oluşturulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. (Ruhsal) Belirti Tarama Testi (SCL90-R)

1977 yılında Derogatis tarafından geliştirilen, Kılıç (1991) tarafından Türkçe standardizasyonu yapılan Belirti Tarama Testi (SCL90-R), kişinin kendisinin doldurduğu, kişideki şikayet/belirtilerin ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlarda yaygınlaştığını gösteren 90 sorudan oluşan 10 alt ölçekten 5'li likert tipi bir ölçektir. 90 ifadeye, 0-4 arası verilen puanlar "0 hiç, 1 çok az, 2 orta derecede, 3 oldukça fazla, 4 her zaman" olacak şekilde derecelendirme yapılmaktadır. Uygulanmasındaki ve anlaşılmasındaki kolaylık nedeniyle günümüzde en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Testin Kılıç (1991) tarafından yapılan standardizasyon çalışması sonrasında, güvenirlik katsayıları, somatizasyon için 0.82, obsesif-kompulsif için 0.84, kişiler arası duyarlılık için 0.79, depresyon için 0.78, kaygı için 0.73, öfke ve düşmanlık için 0.79, fobik anksiyete için 0.78, paranoid düşünce için 0.63, psikotizm için 0.73, ve ek skala için 0.77 olarak hesaplanmıştır (Kılıç, 1991).

3.4.2. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF)

Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği, Fischer ve Farina tarafından geliştirilmiş ve Fisher ve Turner tarafından kısa form haline getirilmiştir. PYAİTÖ-KF'un Türkçe standardizasyonu 2011 yılında Topkaya tarafından yapılmıştır. 10 maddeden oluşan ve 4'lü likert tipi olan ölçekten alınabilecek puanlar en düşük 0 ile en yüksek 30 arasında değişmektedir. Yüksek puan, psikolojik destek almaya yönelik tutumun olumlu yönde olduğuna işaret etmektedir. İç tutarlılık güvenilirliği için Cronbach Alfa değeri ve yapısal güvenilirliği için McDonald'ın omega değeri hesaplaması yapılmış ve her ikisinin de 0,76 olduğu görülmüştür (akt. Topkaya, 2014).

3.4.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF3)

Young ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen Young Şema Ölçeği (YŞÖ), 16 şema ve 205 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin ilk kısa formu (*Young Şema Ölçeği*, YŞÖ-KF) Cecero ve arkadaşları tarafından 2004 yılında 15 şema ve 75 maddeden oluşturulmuştur. Aynı yıl Young tarafından "Onay Arayıcılık, Cezalandırıcılık ve Karamsarlık şemaları" YŞÖ-KF2'ye eklenerek Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3) oluşturulmuştur. YŞÖ-KF3 ölçeği, 90 maddelik 18 şema boyutu ve 5 şema alanı içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir madde 6'lı Likert tipi olmak üzere (1 Benim için tamamıyla yanlış, 2 Benim için büyük ölçüde yanlış, 3 Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla, 4 Benim için orta derecede doğru, 5 Benim için çoğunlukla doğru, 6 Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) kişi tarafından değerlendirilmektedir. Bir kesme puanı olmayan ölçekten alınan yüksek puanlar, erken dönem uyumsuz şemanın varlığını ve şiddetini göstermektedir (Sarıtış ve Gençöz, 2011). YŞÖ-KF3'ün Türkiye'deki geçerlik-güvenirlik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından üniversite örnekleme ile gerçekleştirilmiştir. Soygüt ve diğerlerinin (2009), yaptıkları faktör analizleri sonucunda; Young'ın özgün formundan farklı olarak bazı şema boyutları bir yapının altında birleştirilmiştir. Bunlar; (1) İç İç Geçme ile Bağımlılık; (2) Hak Görme ile Yetersiz Özdenetim; (3) Güvensizlik/Suistimal Edilme ile Sosyal İzolasyon; (4) Boyun Eğicilik, Terk Edilme/İstikrarsızlık ve Bağımlılık boyutlarının birleştirilmesi şeklinde olmuştur. Analizlerin tamamı bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğinin, şema boyutları açısından $r = ,66 - ,82$, şema alanları açısından ise, $r = ,66 - ,83$ arasında değiştiği bulgusu elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının ise şema boyutları için $\alpha = ,63 - ,80$, şema alanları için ise $\alpha = ,53 - ,81$ arasında değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin birleşen geçerliği için şema boyutları ve şema alanları ile psikolojik belirtiler arasındaki

ilişkilerin incelenmesinde Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90) Genel Belirti Düzeyi Endeksi (GSI) ve Kaygı, Depresyon, Kişilerarası Duyarlık alt ölçekleri arasındaki korelasyonlara bakılmıştır. Buna göre şema boyutları ve şema alanlarının, depresyon alt faktörüyle $r = ,55 - ,68$ ($p < ,01$), kaygı alt faktörüyle $r = ,18 - ,54$ ($p < ,01$) ve kişilerarası duyarlık alt faktörüyle $r = ,20 - ,60$ ($p < ,01$) aralığında anlamlı farkı bulunmaktadır (Soygüt ve diğerleri, 2009).

3.4.4. Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu (TİÖ-HF)

Terapötik İşbirliği Ölçeği (TİÖ), Horvath ve Greenberg tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soygüt ve Işıklı (2008) tarafından yapılmıştır. 36 maddelik ölçeğin hasta formunun iç tutarlılık katsayısı 0,90, alt ölçekler için 0,78, 0,81 ve 0,74 olduğu görülmüştür. Ölçek, Bordin'in (1979) kuramlar üstü terapötik işbirliği kavramsallaştırmasına uygun olarak 12'şer maddeden oluşan üç alt faktöre ayrılmıştır: görev, amaç ve bağ. Ölçek bu alt ölçeklerden alınan toplam puanlar özelinde ve genel puan üzerinden değerlendirilebilmekte; alınan yüksek puan terapötik işbirliğinin arttığını göstermektedir (Soygüt ve Işıklı, 2008).

3.5. İşlem

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri Daire Başkanlığından çalışmanın yapılacağı Atatürk ÇODEM ve Ayaş ÇODEM'lerinde ölçek uygulaması yapılması için uygulama onayı alınmıştır. Kuruluşlarda korunma ve bakım altında bulunan ihmal ve istismar mağduru 12-18 yaşlarındaki kız çocuklarına öncelikle çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve kişisel bilgilerinin çalışmaya dahil edilmeyeceği açıklanmıştır. Ölçekler sırasıyla Psikolojik Destek Almaya İlişkin Tutum Ölçeği, (Ruhsal) Belirti Tarama Testi, Terapötik İşbirliği Ölçeği (Hasta Formu) ve Young Şema Ölçeği-Kısa Formu3 olarak uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulaması Nisan 2018-Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Form ve ölçekler aracılığıyla toplanmış olan verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 24 paket programı kullanılmıştır.

Bilgi formundan alınan bilgilerin uygulanan ölçeklerin her biri için ayrı ayrı, frekans, yüzde, ortalama, mod, medyan hesaplanarak dağılımın normalliğini test etmek için çarpıklık katsayısı (skewness) ile basıklık (kurtosis) katsayısı hesaplanmıştır.

Belirti Tarama Testinin (SCL90-R) alt ölçekleri ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) puanları arasındaki ilişkinin Pearson çarpım moment korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

Belirti Tarama Testinin (SCL90-R) alt ölçekleri ile Terapötik İttifak Ölçeği (TİÖ) puanları arasındaki ilişkinin Pearson çarpım moment korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Young Şema Ölçeği-Kısa Formunun (YŞÖ-KF3) şema boyutları ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) puanları arasındaki ilişkinin Pearson çarpım moment korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Young Şema Ölçeği-Kısa Formunun (YŞÖ-KF3) şema boyutları ile Terapötik İttifak Ölçeği (TİÖ) puanları arasındaki ilişkinin Pearson çarpım moment korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Normallik koşulu sağlanmazsa, Pearson çarpım moment korelasyon katsayısı yerine Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Sonuçların anlamlılığı $p < 0,05$ değerine göre değerlendirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR ve YORUM

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda uygulanan ölçeklerin istatistiksel analizlerine yer verilmektedir.

4.1. Betimleyici İstatistik Bilgiler

Araştırmaya katılan çocukların kimlik bilgilerinin gizliliğine önem verilmiş ve yaş unsuru dışında hiç bir bilgiye yer verilmemiştir. Araştırmanın örnekleminin 12-18 yaş aralığında olacağı öngörülmüştür.

Çalışmaya 12 ve 13 yaşında 1'er kişi katılırken örneklemin %33,8'ini 17 yaşındaki kız çocukları oluşturmaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 15,88'dir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin genel ve her bir alt ölçeğinde elde edilen toplam puanların betimleyici istatistik bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 1. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) Betimleyici İstatistikleri

| Sorular | N | Min. | Mak. | Ort. | Std. Sapma |
|---|----|------|------|------|------------|
| 1.Akıl sağlığında bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilk tercihim bir uzmandan yardım almak olur. | 65 | 1 | 4 | 3,22 | ,93 |
| 2.Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor. | 65 | 1 | 4 | 3,00 | 1,03 |
| 3.Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam, psikoterapi olarak rahatlayabileceğimden eminim. | 65 | 1 | 4 | 2,95 | ,94 |
| 4.Bir kişinin, gerektiği hâlde bir uzmandan yardım almadan çatışmalarıyla ve korkularıyla baş etmeyi istemesi takdir edilecek bir tutumdur. | 65 | 1 | 4 | 2,22 | ,99 |
| 5.Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardım almayı isterim. | 65 | 1 | 4 | 2,97 | 1,02 |
| 6.Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim. | 65 | 1 | 4 | 2,69 | ,97 |
| 7.Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım alarak çözebilir. | 65 | 1 | 4 | 2,78 | 1,02 |

Tablo 1.Devamı Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF) Betimleyici İstatistikleri

| Sorular | N | Min. | Mak. | Ort. | Std. Sapma |
|---|----|------|------|------|------------|
| 8.Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeri benim için şüphelidir. | 65 | 1 | 4 | 2,83 | ,93 |
| 9.Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almak başvurulacak son çare olmalıdır. | 65 | 1 | 4 | 2,55 | ,87 |
| 10.Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genellikle kendi kendine çözülürler. | 65 | 1 | 4 | 2,63 | ,91 |
| GENEL | | | | 2,78 | ,49 |

“Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formu (PYAİTÖ-KF)”nun alt ölçeği bulunmamaktadır (Topkaya, 2014). Bundan dolayı değerlendirmede, her bir soruya en az ve en fazla verilen puanlar ile puanların ortalaması esas alınmıştır. PYAİTÖ-KF’nun genel ortalamasının 2,78 olduğu, bu da psikolojik destek almaya ilişkin tutumun kısmen olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Çalışmanın uygulaması gerçekleştirilirken ölçeğin PYAİTÖ-KF’nun ters puanlanan 2, 8, 9 ve 10. Maddelerinin ergenlerin yorumlamakta güçlük çektiği gözlemlenmiştir. Çalışmada bu durum, birebir ölçek uygulaması yapılması sebebiyle genel ortalamanın düşmesini/artmasını önlemiştir.

Tablo 2. Terapötik İttifak Ölçeği - Hasta Formu (TİÖ-HF) Betimleyici İstatistikleri

| Alt Ölçek | N | Min. | Mak. | Ort. | Std. Sapma |
|--------------|----|------|------|------|------------|
| Amaç | 65 | 3,33 | 6,75 | 5,11 | ,97 |
| Bağ | 65 | 2,25 | 6,92 | 5,39 | 1,05 |
| Görev | 65 | 3,08 | 7,00 | 4,90 | ,85 |
| GENEL | 65 | 3,53 | 6,53 | 5,13 | ,87 |

Soygüt ve Işıklı (2008), Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formundan (TİÖ-HF) alınan yüksek puanının, terapötik işbirliğinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanacağını belirtmiştir. Çalışmada “Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formunun (TİÖ-HF)” üç alt başlığı ve genel değerlendirmesinde, ergenlerin terapideki işbirliğindeki üç unsurdan, Soygüt’ün (2012), terapist ve hasta arasındaki karşılıklı güven ve kabulü olarak tanımladığı *duygulanımsal bağ/ilişkisel işbirliği* alt ölçeğinin diğer alt ölçeklere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, ergenler terapide amaç ve görevden önce ilişkisel işbirliğine

daha fazla önem vermektedir. Testin genel değerlendirmesine göre terapötik işbirliğinin yüksek olduğu; ancak örnekleme her ne kadar işbirliğinin yüksek düzeylerde olduğunu belirten gençler varsa bir o kadar çok düşük düzeyde olduğunu ifade eden gençler olduğu standart sapma değerlerinden anlaşılmaktadır.

Tablo 3. Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF3) Betimleyici İstatistikleri

| Alt Ölçekler | N | Min. | Mak. | Ort. | Std.Sapma |
|--|----|------|------|-------|-----------|
| Terk edilme/İstikrarsızlık | 65 | 5 | 30 | 16,08 | 5,94 |
| Duygusal Yoksunluk | 65 | 5 | 30 | 22,60 | 6,18 |
| Kusurluluk/Utancı | 65 | 6 | 36 | 15,45 | 7,20 |
| Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma | 65 | 8 | 35 | 21,17 | 6,66 |
| Bağımlılık/Yetersizlik | 65 | 11 | 47 | 25,20 | 9,14 |
| Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanısızlık | 65 | 5 | 30 | 14,66 | 5,59 |
| Başarısızlık | 65 | 6 | 36 | 15,69 | 7,66 |
| Yetersiz Öz-Denetim/Öz-Disiplin | 65 | 10 | 42 | 23,65 | 7,07 |
| Kendini Feda | 65 | 5 | 30 | 16,05 | 5,97 |
| Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık | 65 | 6 | 36 | 22,85 | 7,05 |
| Olumsuzluk/Karamsarlık | 65 | 8 | 30 | 16,62 | 5,77 |
| Duygusal Baskılama/Ketleme | 65 | 5 | 25 | 13,85 | 5,00 |
| Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik | 65 | 3 | 18 | 9,02 | 3,93 |
| Cezalandırıcılık/Acımasızlık | 65 | 9 | 36 | 23,80 | 7,04 |

Soygüt ve diğerleri (2009), YŞÖ-KF3'ün ülkemizdeki geçerlik-güvenirlik çalışmasında Young'ın özgün formundan farklı olarak yaptıkları faktör analizi sonrasında bazı şema boyutlarının diğer bir şema alanlarına yakınlığı görüldüğünden bu yapılar diğer şemanın altında bir araya getirilmiştir. (1) İç İç Geçme ile Bağımlılık şemasına; (2) Hak Görme ile Yetersiz Özdenetim şemasına; (3) Güvensizlik/Suistimal Edilme ile Sosyal İzolasyon şemasına; (4) Boyun Eğicilik şeması ise, Terk Edilme/İstikrarsızlık ve Bağımlılık şemalarına dağıtılmıştır. Sonuç olarak Soygüt ve diğerleri (2009), Young'ın 18 şeması 14 şema olarak değerlendirirken bu çalışmada da 14 şema olarak analiz gerçekleştirilmiştir.

Young Şema Ölçeği-Kısa Formu3 (YŞÖ-KF)nun değerlendirmesinde, "Bağımlılık/Yetersizlik" şemasının en yüksek değerleri aldığı, öne çıkan diğer şemaların sırasıyla "Cezalandırıcılık/Acımasızlık", "Yetersiz Öz-Denetim/Özdisiplin", "Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık", "Duygusal Yoksunluk" ve "Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma" olduğu görülmektedir.

Örneklemin en az bir ihmal ve istismar türüne maruz kalmış olmasına rağmen “Terk edilme/İstikrarsızlık” şemasının 16,08 ortalamasının olduğu ve “Güvensizlik/Suistimal Edilme” şemasını da içinde olduğu “Sosyal İzolasyon” şemasının ise 21,17 ortalama puan ile 6. en yüksek şema değerlerine sahip olması dikkat çekmiştir.

“Bağımlılık/Yetersizlik” şeması, kişinin kendisini beceriksiz ve kabiliyetsiz olarak görmesi olarak, sorumluluklarını yerine getirmekte çaresizlik hissi oluşması ile kendini göstermektedir. Çalışmada da çocukların bu şemasıyla kendi yaşamları ile ilgili kararlar alırken aileleriyle bağımsız hareket edemedikleri görülmektedir (Roediger, 2015; Rafaeli ve diğerleri, 2012).

Tablo 4. (Ruhsal) Belirti Tarama Testi (SCL90-R) Betimleyici İstatistikleri

| Alt Ölçekler | N | Min. | Mak. | Ort. | Std. Sapma |
|--------------------------------|----|------|------|-------|------------|
| Somatizasyon | 65 | 1 | 43 | 19,55 | 11,32 |
| Anksiyete | 65 | 2 | 40 | 16,35 | 9,77 |
| OKB | 65 | 0 | 32 | 16,03 | 7,11 |
| Depresyon | 65 | 5 | 46 | 25,03 | 10,56 |
| Kişilerarası Duyarlılık | 65 | 0 | 33 | 16,42 | 8,07 |
| Psikotizm | 65 | 0 | 36 | 13,05 | 8,31 |
| Paranoid Düşünceler | 65 | 0 | 21 | 9,65 | 5,31 |
| Öfke/Düşmanlık | 65 | 0 | 22 | 9,06 | 5,53 |
| Fobi | 65 | 0 | 22 | 7,57 | 6,23 |
| Ek Skalalar | 65 | 2 | 23 | 12,17 | 6,12 |

Belirti Tarama Testinin (SCL90-R)'nin istatistiksel değerlerine bakıldığında, ölçeği cevaplandıran çocukların depresif şikayetlerinin fazla olduğu, bunu somatik (baş ağrısı, bulantı, kas ağrıları) ve kişilerarası duyarlılık (başkaları tarafından eleştirilme, karşı cinsten kişilerle ilgili sıkılganlık hissi, kendini diğerlerinden aşağı görme gibi) şikayetleri izlemektedir. Çalışmanın bulguları, çocukluk dönemi ihmal ve istismar olgusunun depresif şikayetlerin ortaya çıkması üzerindeki etkisini doğrulamaktadır (Deblinger, Behl ve Glickman, 2006; Kendall-Tackett, 2002).

4.2. Güvenirlilik Analizleri

Araştırmada kullanılan ölçeklerin, alt ölçekleri için güvenirlilik analizi yapıldığında, genel olarak çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin güvenirlilik değerlerinin kabul edilebilir aralıklarda olduğu görülmüştür. Ancak örneklem sayısının özel nitelikte kapalı bir grup olan

istismar mağduru az sayıda kız çocuğundan oluşması, bazı değerlerin düşük olmasına yol açmıştır.

Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Formunun (PYAİTÖ-KF), Türkçe standardizasyonunda, güvenilirlik katsayısının ,76 olduğu; bu çalışmada da ,69 olduğu görülmektedir. PYAİTÖ-KF'unun ters puanlandırılan sorularının (2., 8., 9., 10.) güvenilirlik katsayısının düşürdüğü görülürken testin bütünlüğünün bozulmaması için bu sorular analizlerden çıkarılmamıştır.

TİÖ-HF güvenilirlik analizinin bağ ve amaç alt ölçeklerinin alfa katsayıları yüksek çıkmakla birlikte, görev alt ölçeğinin alfa değeri diğerlerine oranla daha düşük çıkmıştır.

TİÖ-HF'nin bu çalışmadaki güvenilirlik katsayı sonuçları amaç alt ölçeği için 0,75 (0,82), bağ alt ölçeği 0,78 (0,78), görev alt ölçeği 0,60 (0,74) ve genel olarak ise 0,86 (0,90) olarak bulunurken parantez içinde verilen değerler Soygüt ve Işıklı'nın (2008), ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ortaya çıkan verileridir.

Young Şema Ölçeği-Kısa Formunun (YŞÖ-KF3), Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (Soygüt ve diğerleri, 2009) ile karşılaştırıldığında, bu çalışmadaki 6 alt ölçeğin katsayısının daha yüksek çıktığı; ancak 8 alt ölçeğin geçerlilik katsayısının kısmen düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada yüksek güvenilirlik katsayısı sırasıyla; "Kusurluluk/Utanç", "Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanaksızlık", "Başarısızlık", "Kendini Feda", "Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık", "Cezalandırıcılık/Acımasızlık" alt ölçekleridir.

Kılıç (1991) tarafından Türkçe standardizasyonu ile çalışmanın güvenilirlik katsayıları kıyaslandığında; 3 alt ölçek - OKB, Öfke/Düşmanlık ve Ek Skalalar- dışında diğer 7 alt ölçeğin katsayılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3. Normallik Analizleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerin her bir alt ölçeği için dağılımın basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmıştır.

Dağılımlar incelendiğinde, Belirti Tarama Testinin (SCL90-R), "somatizasyon" alt ölçeği ve Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formunun (TİÖ-HF) "amaç" alt ölçeği dışında tüm alt

ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -1 ile +1 aralığında olup, dağılımları normal olarak değerlendirilebilmektedir.

4.4. Korelasyon Analizleri

Çalışmanın amacı doğrultusunda, ihmal ve istismar mağduru ergenlerin psikopatolojik özellikleri ile psikolojik destek almaya ilişkin tutumları arasındaki ilişkiye bakılmış ve sonuçlara Tablo 5’te yer verilmiştir.

Tablo 5. SCL90-R ile PYAİTÖ-KF alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi

| SCL90-R Alt Ölçekleri | Pearson Korelasyon Katsayısı |
|--------------------------------|------------------------------|
| Somatizasyon | -,28* ($\rho = -,27^*$) |
| Anksiyete | -,33** |
| OKB | -,26* |
| Depresyon | -,23 |
| Kişilerarası Duyarlılık | -,34** |
| Psikotizm | -,24 |
| Paranoid Düşünceler | -,28* |
| Öfke/Düşmanlık | -,17 |
| Fobi | -,23 |
| Ek Skalalar | -,21 |

** $p < .01$, * $< .05$ düzeyinde anlamlı
 ρ Spearman's rho değeri

PYAİTÖ-KF ile SCL90-R alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman, “Kişilerarası Duyarlılık”, “Anksiyete”, “Somatizasyon”, “Paranoid Düşünceler” ve “Obsesif Kompulsif Belirtiler” ile PYAİTÖ-KF puanları arasında olumsuz bir ilişki bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle psikopatolojik özelliklerden bazılarının artışı psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu olumsuz etkilemektedir.

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin psikopatolojik özellikleri ile terapötik işbirliği puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına dair SCL90-R alt ölçekleri ile TİÖ alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6. SCL90-R alt ölçekleri ile TİÖ alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi

| Alt Ölçekler | Amaç | Bağ | Görev |
|--------------------------------|---------------------------|------------|--------------|
| Somatizasyon | -,08 ($\rho = -,10$) | -,02 | -,14 |
| Anksiyete | -,04 | ,00 | -,16 |
| OKB | -,05 | ,05 | -,16 |
| Depresyon | -,05 | ,06 | -,12 |
| Kişilerarası Duyarlılık | -,01 | ,09 | -,11 |
| Psikotizm | -,04 | -,01 | -,28* |
| Paranoid Düşünceler | ,17 | ,15 | ,027 |
| Öfke/Düşmanlık | -,02 | ,01 | -,19 |
| Fobi | ,05 | -,05 | -,14 |
| Ek Skalalar | -,11 | -,17 | -,34** |

** $p < .01$, * $< .05$ düzeyinde anlamlı
 ρ Spearman's rho değeri

Somatizasyon alt ölçeği ile TİÖ-Amaç alt ölçeğinin dağılımlarının normal olmaması sebebiyle, korelasyon analizinde Spearman's rho değeri hesaplanmıştır.

Tablo 6'da görüldüğü üzere, terapötik işbirliği ile psikolojik belirtiler arasında terapötik görev alt ölçeği ile “psikotizm” ve “ek skalalar” arasında olumsuz yönde bir ilişki ortaya çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle psikotik şikayetler ve ek skalada yer alan ölüm düşüncesi, iştahta azalma, aşırı yemek yeme ve uyku problemlerinin artması terapötik işbirliğinde özellikle terapide görev işbirliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin şemaları ile psikolojik destek almaya ilişkin tutumları arasındaki ilişkiye dair bilgiler Tablo 7'de yer verilmektedir.

Tablo 7. YŞÖ-KF3 alt ölçekleri ile PYAİTÖ-KF arasında Korelasyon Analizi

| Alt Ölçekler | Pearson Korelasyon Katsayısı |
|--|------------------------------|
| Terk edilme/İstikrarsızlık | ,14 |
| Duygusal Yoksunluk | ,12 |
| Kusurluluk/Utanc | -,06 |
| Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma | ,18 |
| Bağımlılık/Yetersizlik | -,07 |
| Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanısızlık | ,20 |
| Başarısızlık | ,06 |
| Yetersiz Öz-Denetim/Öz-Disiplin | ,22 |
| Kendini Feda | ,13 |
| Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık | ,40** |
| Olumsuzluk/Karamsarlık | ,03 |
| Duygusal Baskılama/Ketleme | -,06 |
| Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik | ,16 |
| Cezalandırıcılık/Acımasızlık | ,31* |

** $p < .01$, * $< .05$ düzeyinde anlamlı

Yapılan analiz sonucunda, “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık” ve “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemaları ile psikolojik destek almaya ilişkin tutumlar arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir.

İhmal ve istismar mağduru ergenlerin şemaları ile terapötik işbirliği arasındaki ilişkiye ilişkin bilgilere ise Tablo 8’de yer verilmektedir.

Tablo 8. YŞÖ-KF3 alt ölçekleri ile TİÖ alt ölçeklerinin Korelasyon Analizi

| Alt Ölçekler | Amaç | Bağ | Görev |
|--|--------|-------|--------|
| Terk edilme/İstikrarsızlık | -,15 | ,06 | -,04 |
| Duygusal Yoksunluk | ,26* | ,12 | ,24 |
| Kusurluluk/Utanc | -,34** | -,14 | -,35** |
| Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma | -,02 | ,00 | -,10 |
| Bağımlılık/Yetersizlik | -,26* | -,04 | -,27* |
| Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanısızlık | ,04 | ,11 | ,08 |
| Başarısızlık | -,10 | ,03 | -,08 |
| Yetersiz Öz-Denetim/Öz-Disiplin | ,06 | ,09 | ,04 |
| Kendini Feda | -,05 | ,11 | ,00 |
| Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık | ,21 | ,29* | ,15 |
| Olumsuzluk/Karamsarlık | -,16 | ,04 | -,08 |
| Duygusal Baskılama/Ketleme | -,13 | -,11 | -,10 |
| Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik | -,03 | ,01 | -,02 |
| Cezalandırıcılık/Acımasızlık | ,34** | ,37** | ,36** |

** $p < .01$, * $< .05$ düzeyinde anlamlı

Yapılan analiz sonucunda, (1) “Duygusal Yoksunluk” şemasının terapötik amaçlar ile; (2) “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemaları ile terapötik amaç, bağ ve görevlere dair işbirliği arasında, (3) “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık” ile terapötik bağ arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Aynı zamanda, “Kusurluluk/Utaç” ve “Bağımlılık/Yetersizlik” şemaları ile terapötik amaç ve görevler arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

Young ve diğerleri (2009) 18 adet şemayı 5 genel başlık/alan altında toplamışlardır. İhmal ve istismar mağduru ergenlerin 5 şema alanı ile psikolojik destek almaya ilişkin tutumları arasındaki ilişkiye dair bilgilere Tablo 9’da yer verilmektedir.

Tablo 9. PYAİTÖ ile şema alanlarının korelasyonu

| YŞÖ Alanları | Alfa Değeri |
|---|-------------|
| Alan 1: Ayrıştırılmış ve Reddedilmiş Olma | ,168 |
| Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma | ,051 |
| Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar | ,223 |
| Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik | ,335** |
| Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık/Ketleme | ,187 |

**p < .01 düzeyinde anlamlı

Çalışma sonucunda, şema alanlarından “Baskalarına Yönelimlilik” ile psikolojik destek almaya ilişkin tutumlar arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 10. TİÖ ile şema alanlarının korelasyonu

| YŞÖ Alanları | Bağ | Görev | Amaç |
|---|-------|-------|-------|
| Alan 1: Ayrıştırılmış ve Reddedilmiş Olma | ,004 | -,139 | -,131 |
| Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma | ,027 | -,134 | -,152 |
| Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar | ,092 | ,036 | ,057 |
| Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik | ,248* | ,094 | ,108 |
| Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık/Ketleme | ,164 | ,102 | ,05 |

* < .05 düzeyinde anlamlı

Terapötik işbirliğinin ilişkisel/bağ alt boyutu ile “Baskalarına Yönelimlilik” arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu Tablo 10’da görülmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar ve Tartışma

Çalışmada yaşları 12-18 arası değişen ergenlik dönemindeki ihmal ve istismar mağduru çocukların psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları ve terapötik işbirliği ile psikopatolojik özellikleri ve erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Çocukluk döneminde ihmal ve istismara maruz kalmanın genel ruh sağlığı üzerine etkilerini araştıran birçok çalışmaya alan yazında yer verilmektedir (Deblinger ve diğerleri, 2006; Kendall-Tackett, 2002; Liu, Gong, Nie, He, Xio, Shen ve Luo, 2017). Bu çalışmaya katılan çocukların da kolayca ağlama, yalnızlık hissi, her şey için çok fazla endişe duyma ve cinsel arzuya ilginin kaybı başta olmak üzere depresif şikayetlerinin diğer şikayetlerden daha fazla olduğu görülmüştür. Ön plana çıkan diğer şikayetlerin somatik ve kişilerarası duyarlılık ile ilgili olduğu ortaya konmuştur.

Türkiye’de doğrudan ihmal ve istismar mağduru çocuk ve gençlerle yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu, ihmal ve istismar olgusunun çoğunlukla yetişkinlerle geri dönük ölçümler kullanılarak gerçekleştirildiği görülmektedir. Benzer bir durum, sayısı oldukça az olan ihmal ve istismar mağdurlarının erken dönem şemalarının araştırıldığı çalışmalar için de geçerlidir (Özdin ve diğerleri, 2018; Sarıtaş, 2007; Yiğit ve Erden, 2015). Bu çalışma birebir ergenlik dönemindeki gençlerle gerçekleştirilmiş olması sebebiyle önem arz etmektedir.

Çalışma sonucunda, ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarından “Bağımlılık/Yetersizlik” şemasının en yüksek değeri aldığı görülmüştür. Soygüt ve diğerlerinin (2009), “İç İçe Geçme/Gelişmemiş Kendilik” şeması ile “Bağımlılık/Yetersizlik” şemasını birleştirildiği çalışmanın “Verilerin Analizi” kısmında belirtilmiştir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda ihmal ve istismar mağduru ergenlerin “İç içe geçme/Gelişmemiş Kendilik” şemalarının da aktif olduğu görülmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre, “Bağımlılık/Yetersizlik” şemasının örneklemin çoğunluğunda var olması, çocukların kendilerini beceriksiz ve kabiliyetsiz olarak algıladığı/yorumladığı, sorumluluklarını yerine getirememenin sonucu ortaya çıkan çaresizlik hissini taşıdıklarını göstermektedir. “İç içe Geçme/Gelişmemiş Kendilik” şeması da çocukların

kendi yaşamları ile ilgili kararlar alırlarken aileleriyle iç içe olmalarının kendi olmalarını engelleyen düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın bulgularını destekleyen nitelikte, Rostami, Saadati ve Ghezelseflo (2015) çalışmalarında çocukluk döneminde ihmal ile cinsel ve duygusal istismara maruz kalan bireylerin “Bağımlılık/Yetersizlik” ve “İç içe Geçme/Gelişmemiş Kendilik” şemalar arasında olumlu yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (Rostami ve Saadati ve Ghezelseflo, 2015).

Aynı zamanda Özdin ve diğerleri (2018), “Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma” şema alanında yer alan ikiüçlü depresyon hastalarında “Zarar Görmeye ve Hastalanmaya Karşı Dayanıksızlık” şeması ile çocukluk dönemi duygusal, fiziksel ve cinsel istismar arasında yüksek, tek yönlü depresyon hastalarında “Bağımlılık/Yetersizlik” şeması ile duygusal istismar arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Özdin ve diğerleri, 2018).

Yiğit ve Erden (2015), “Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma” ve “Kopukluk/Reddedilmişlik” şema alanlarının çocukluk dönemi istismar olgusu ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu gösterdikleri çalışmada; cinsel istismarın özellikle “Bağımlılık/Yetersizlik” şemasını aktive ettiğini, bunun sonucunda çocuğun diğerlerinden ayrı hareket etmesini, karar vermesini sağlayan özgürlük algısının ve özgüveninin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde bu çalışmada da “Bağımlılık/Yetersizlik” şemasının ön plana çıktığı görülmektedir.

Çalışmada ergenlerin terapideki işbirliğinde üç unsurdan, “terapist ve hasta arasındaki karşılıklı güven” ve “birbirlerini kabulü” olarak tanımlanan ilişkişel işbirliğine, terapide belirlenen ortak amaç ve yöntemlerden daha fazla önem verdikleri görülmektedir. Ölçeğin genel değerlendirmesinde de terapötik işbirliğinin yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü her iki kuramda ergenlerin istedikleri zaman ve sürekli aldıkları danışmanlık hizmetinin yanı sıra danışmanları ile sosyal faaliyetlere katılmaları ve mağduriyetlerine ilişkin devam eden adli işlemlerin de danışmanlar tarafından yürütülmesi gibi sebeplerle; terapötik işbirliğinde öncelikle güven birlikteliğinin ön plana çıkmasının beklenen ve istenen bir durum olduğu düşünülmekte; bulgular da bu düşünceyi desteklemektedir.

Bu çalışmada, ihmal ve istismar mağduru çocukların psikopatolojik şikayetleri ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin araştırılmasının en önemli nedeni, yurt içi ve yurt dışı çalışmalarında da desteklendiği üzere, ergenlik dönemindeki gençler

psikolojik destek almaktan kaçınılmaktadır. Bu yaş grubundaki gençlerde sıkça karşılaşılan “diğerleri tarafından anlaşılmadığı” düşüncesine geçmişlerinde ihmal ve istismara maruz kalmış olmaları da eklendiğinde -Herman’ın (2016) da belirttiği üzere- yaşadıklarını anlatmaları daha da güçleşmekte ve bu konuda konuşmaktan kaçınılmaktadırlar. Bu durumda da ihtiyaçları olan psikolojik ve psikiyatrik desteği görememekteler. Bu çalışmanın bulgularının da bu durumu doğrular nitelikte olduğu; “Kişilerarası Duyarlılık”, “Anksiyete”, “Somatizasyon”, “Paranoid Düşünceler” ve “Obsesif Kompulsif Belirtiler” artarken psikolojik yardım almaya ilişkin tutumların olumsuzlaştığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, çocuklar bahse konu şikayetleri hakkında psikolojik yardım almaktan kaçınılmaktadırlar. Bir anlamda, psikopatolojik şikayetler arttıkça, psikolojik destek almaya yönelik olumlu tutum azalmaktadır.

Çalışmada, psikopatolojik özellikler ile terapötik işbirliği arasındaki ilişkinin yönü, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar ile psikopatolojik özellikler arasındaki ilişki ile aynı özelliktedir. Ergenlerin psikotik belirtileri arttığında terapide uygulanan yöntemlere ilişkin işbirliğinin azaldığı görülmektedir. Aynı zamanda ek skalalar olarak adlandırılan “iştah, ölüm düşünceleri, iştahta azalma/artma şikayetleri arttığında da terapide uygulanan yöntemlerle ilgili işbirliği azalmaktadır.

Erken dönem uyumsuz şemalarla psikolojik destek almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiye bakıldığında; çocukların “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık” ve “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemaları ile arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, çocuğun “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık” ve “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemaları aktive olduğunda psikolojik destek almayı daha makul görmekteyler.

Erken dönem uyumsuz şemalar ile terapötik ittifak arasındaki ilişkiye bakıldığında; çocukların “Duyusal Yoksunluk” şemasının terapide ortak amaçların belirlenmesine yardımcı olduğu; “Cezalandırıcılık/Acımasızlık” şemasının, görüşmede belirlenen amaçlar ve yöntem ile işbirliğine girmesini desteklediği, güven ilişkisinin kurulmasına yardımcı olmaktadır. Terapide güven ilişkisini arttıran diğer bir şema ise “Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık”tır.

Young ve diğerleri (2009) 5 şema alanından “Başkalarına Yönelimlilik” alanını, kişinin kendi gereksinimlerini göz ardı edercesine başkalarının tutku, duygu ve tepkilerine aşırı odaklanması ve bunun sonucunda sevgi ve onay almak, bağlılık ve aidiyet hissini sürdürmek, misillemeden kaçınmak ihtiyacını karşılamaya yönelik davranmayı gerektirmektedir (Young ve diğerleri, 2009). Bu çalışmada da “Başkalarına Yönelimlilik” alanını ile psikolojik destek

almaya ilişkin tutumlar ve terapötik işbirliğinin ilişkisel/bağ alt boyutu arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, ihmal ve istismar mağduru çocuklar Young ve diğerlerinin (2009) belirttiği üzere bu şemanın oluşumundaki ebeveynleri ile iletişimlerinde kendi istek ve ihtiyaçlarını bastırarak diğerinin sevgi, ilgi ve onayını alabilmek için onların isteklerini gerçekleştirmek gerektiği inancının terapistleri ile kurdukları iletişime yansıttıkları ve bunun bir sonucu olarak da psikolojik destek alma konusunda tutumlarının olumlu etkilendiği görülmektedir. Şemaların araştırılması, ilerleyen süreçte ihmal ve istismar mağduru kız çocukları ile yapılacak terapi uygulamalarında tedavi sürecini ve sonucunu olumlu etkileyeceği kanısı oluşurken, henüz çocukluk döneminde iken yaşadıkları cinsel, fiziksel ve psikolojik ihmal ve istismar sebebiyle duygusal açıdan oldukça hassas bu grubun yaşamışlıklarının yanı sıra güncel duygu, düşünce ve davranışlarının ardında yer alan şemaları değerlendirmeleri kendilerini verilen psikolojik destek hizmetini arttırması açısından oldukça önemlidir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği her iki kuruluştaki -Atatürk ve Ayaş Çocuk Destek Merkezi (ÇODEM)- çocuklar, “şema” kavramıyla ilk defa bu çalışmayla karşılaşmamışlardır. Çocuklar ÇODEM’ne kabul edilmelerinden bir hafta sonra “Anka Çocuk Destek Programı” uygulanmasına dahil edilmektedir. Prof. Dr. Kültegin ÖGEL’in öncülük ettiği bu programın teorik alt yapısını Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Farkındalık Temelli Terapiler (Mindfulness) ve Diyaletik Davranış Tedavisi (DDT) oluşturmaktadır (ASPB, 2016). Çocuklar bu program kapsamında bireysel görüşmelerinde ve grup çalışmalarında geçmiş yaşamışlıkları, güncel iletişim sorunlarına ilişkin bilişsel süreçleri, otomatik düşünceler ve düşünceleri yeniden yapılandırma hakkında bilgilendirilmektedirler. ANKA programının sonucu olarak bu çalışmada kızların şemaları yorumlamaları daha kolay olmuştur.

Ergenlik dönemindeki çocuklara şemalarını yorumlatmak çalışmanın başlıca güçlüğü olurken diğer bir güçlüğü ise -net bir yüzde vermek mümkün olmasa da-, çocukların büyük bir çoğunluğunda (1) davranış problemleri (madde kullanımı, suç geçmişi gibi) ve (2) duygudurumlarında anlık değişimler olmasıdır. Her iki durumunda çocukların ölçekleri tutarlı bir şekilde doldurmalarını etkilediği kanısı oluşmuştur. Lobbetael, Arntz, Löbbes ve Cima’nın (2009) çalışmasında, antisosyal, sınırdaki kişilik ve C kümesi kişilik bozuklukları (bağımlı, kaçınan ve obsesif kompulsif) tanısı alan hastalar, şema modlarını hem kendileri hem de terapistleri değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeler karşılaştırıldığında, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanların terapistlerin değerlendirmelerinden çok farklı -kendilerini daha

uyumlu modlarda gördüklerine dair- değerlendirmeler yaptıkları görülmüştür (Lobbestael ve diğerleri, 2009).

Watts, O'Sullivan ve Chatters (2018), çocukluk döneminde ihmal ve istismar mağduru olan kişilerin madde kötüye kullanımlarının terapi süreçlerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Yukarıda bahsedilen güçlükler göz önünde bulundurulduğunda, madde kullanımı, suç geçmişi gibi davranış problemlerini kontrol ve aracı değişken olarak değerlendirildiği çalışmalar yapılmasının uygun olacağı kanısı oluşmuştur.

Uslu ve Kapçı'nın (2014) Türkiye'de çocukların cinsel sömürüsü ve cinsel istismarı konusunda 2002 ile 2013 yılları arasında yayınlanan araştırmaların sistematik değerlendirilmesini yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, örneklem büyüklüğüne ve sonuçların genellenebilirliğe sahip araştırmaların az olduğu; cinsel istismar mağduru çocukların sosyo-demografik özellikleri ve psikiyatrik belirtilerine dair bulguların tekrarlandığı; birbirini tamamlayacak farklı disiplinlerce disiplinler arası çalışmaların olmadığı eleştirisini yapmaktadır (Uslu ve Kapçı, 2014).

Aynı zamanda cinsel şiddet mağduru çocukların tedavisine ilişkin araştırmaların ülkemizde önemli eksikliklerinin olduğuna işaret eden (Uslu ve Kapçı, 2014), travma ve travma tedavisinin etkilerinin ve etkinliğinin araştırılmasına ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Uslu ve Kapçı'nın (2014) bu yorumlarına ek olarak ihmal ve istismar mağduru çocukların ailelerinin de dahil edildiği terapi modellerinin uygulanması ve hali hazırda uygulanan danışmanlık hizmetlerinin de etki ve etkinlik değerlendirmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu nedenle yapılan çalışma sonucunda; koruma altında bulunan çocuklara yönelik gerçekleştirilen rehabilitasyon hizmetlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi ve çocukların eve dönüş sürecinde yeniden mağduriyet yaşamamaları için çocukların duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen en temelde yer alan şemalarına görüşmelerde daha fazla yer verilmesine, kurum içi ve kurum dışında terapiye katılım düzeylerine, bir psikolog ve/veya psikiyatristten destek almaya dair düşünce ve davranışlarının değerlendirilmesine ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

Ülkemizde çocuk cinsel istismarında yapılacak disiplinlerarası bilimsel çalışmalara verilecek desteğin, devlet koruması altında hizmet verilen çocukların psikoterapileri süreçlerine olumlu katkılarının olacağı ve onların üstün yararına olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, ASPB. (2016). *2016 Faaliyet Raporu*. 21 Mart 2017, <http://www.aile.gov.tr/data/58b58e4c691407119c139239/2016%20%20Faaliyet%20Raporu.pdf>
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2016). *ANKA Eğitim Kitapçığı*. Ankara.
- Allen, J. L. ve Rapee, R. M. (2004). Anxiety disorders. *Cognitive behaviour therapy for children and families* içinde (s. 300-319). UK: Cambridge University Press.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı* (DSM-5) (E. KÖROĞLU, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- Baiden, P. ve Fallon, B. (2018). Examining the association between suicidal behaviors and referral for mental health services among children involved in the child welfare system in Ontario, Canada. *Child Abuse and Neglect*, 79, 115-124.
- Beals, D. E. (1998). Reappropriating schema: Conceptions of development from Barlett and Bakhtin. *Mind, Culture and Activity*, 5(1), 3-24.
- Bebbington, P. ve Marwaha, S. (2015). Mood as a mediator of the link between child sexual abuse and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 661-663.
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., ... Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 29-37.
- Beck, A. T. (2015). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi* (M. ŞAHİN, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- Beck, A. T., Freeman, A. ve Davis, D. D. (2008). *Kişilik bozuklarının bilişsel terapisi* (T. ÖZAKKAŞ, Çev. Ed.). İstanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2004).
- Bilgin, Ö. (2015). *Cinsel istismar mağduru çocukların psiko-sosyal durumlarının istismara ait özellikler açısından tanımlanması* (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Bilginer, Ç., Çöp, E., Göker, Z., Hekim, Ö., Sekmen, E. ve Üneri, Ö. (2017). İlaç içerek intihar girişiminde bulunan gençler ve koruyucu-önleyici hizmetlere genel bakış. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 243-250.

- Blasio, P. D., Miragoli, S., ve Procaccia (2011). The role of PTSD in understanding child allegations of sexual abuse. *Post-Traumatic syndromes in childhood and adolescence*. UK: Wiley-Blackwell.
- Briere, J. N. ve Scott, C. (2016). Travma terapisinin ilkeleri: Belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz, DSM-5 için güncelleştirilmiş. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 38, 735-746.
- Carr, A. (2006). Sexual abuse. *The handbook of child and adolescent clinical psychology* (2. baskı) içinde (s. 964-1021).
- Cohen, J.A., Mannarino, A. P. ve Deblinger, E. (2012). Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications. New York: Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A. P., Murray, L. K. ve Igelman, R. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766.
- Deblinger, E., Behl, L. E. ve Glickman, A. R. (2006). Treating children who have experienced sexual abuse. *Child and adolescent therapy* (3. baskı) içinde (s. 383-416).
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon M. K., ve Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- Dereobalı, N., Karadağ, S. Ç. ve Sönmez, S. (2013). Okulöncesi eğitim öğretmenlerinin çocuk istismarı, ihmali, şiddet ve eğitimcilerin rolü konusundaki görüşleri. *Ege Eğitim Dergisi*, 14(1), 50-66.
- Dünya Sağlık Örgütü, DSÖ (2002). *World report violence and health*. Switzerland: Geneva.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R. ve Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 419-431.
- Francis, K., Boyd, C., Aisbett, D., Newnham K. ve Newnham, Kr. (2006). Rural adolescents' attitudes to seeking help for mental health problems. *Youth Studies Australia*, 25, 42-49.

- Harding, H. G., Burns, E. E. ve Jackson, J. L. (2012). Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early malaadaptive schemas: Implications for understanding differences in posttraumatic stress disorder symptom severity. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 560-575.
- Herman, J. (2106). *Travma ve iyileşme: Şiddetin sonuçları ev içi istismardan siyasi teröre* (5. Baskı) (T. TOSUN, Çev.). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Higgins, D. (2004). Differentiating between child maltreatment experiences. *Family Matters*, 69, 50-55.
- Karakaya, I. (2014). Çocukluk çağı travmalarında travma odaklı bilişsel davranışçı tedavi modeli. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 350-357.
- Kendall-Tackett K. (2002). The health effect of childhood abuse: for pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect* 6(7), 715-730.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. ve Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesinin (SCL90-R) geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2), 45-52.
- Kliethermes, M., Nanney, R.W., Cohen, J. A. ve Mannarino, A.P. (2013). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models* içinde (s.184-202). New York: The Guilford Press.
- Liu, R. T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: Current findings and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 140-153.
- Liu, J., Gong, J., Nie, G., He, Y., Xio, B., Shen, Y. ve Luo, X. (2017). The mediating effects of childhood neglect on the association between schizotypal and autistic personality traits and depression in a non-clinical sample. *BioMed Central Psychiatry* 17, 352-359.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Löbber, A. ve Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 571-579.

- Miller-Perrin, C. L. ve Perrin, R. D. (1999). *Child Maltreatment: An introduction*. California: Sage Publications.
- Mitchell, P., Whittle, N., Shaw, J. ve Law, H. (2016). Removing the barriers; adolescent coping and attitudes towards mental health services in custodial settings – Can be improve services? *The journal of forensic psyhiatry and psychology*, 27(2), 248-264.
- Muzik, M., Umarji, R., Sexton, M. B. ve Davis, M. T. (2017). Family social support modifies the relationships between childhood maltreatment severity, economic adversity and postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health Journal*, 21, 1018-1025.
- Nasıroğlu, S. (2014). Çocuk istismarında rehabilitasyon ve tedavi merkezleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 67-78.
- Ocampo, B. W., Shelley, G. A. ve Jaycox, L. H. (2007). Latino teens talk about help seeking and help giving in relation to dating violence. *Violence Against Women*, 13(2), 172-189.
- O'Connor, P. J., Martin, B., Weeks, C. S. ve Ong, L. (2014). Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the Health Belief Model. *The Journal of Advance Nursing*, 70(11), 2577-2587.
- Ormhaug, S. M. ve Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Reserach*, 1-15. 21 Mart 2017, <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1189617>.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T. ve Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64.
- Özdin, S., Sarisoy, G., Şahin, A. R., Arik, A. C., Güz, H. Ö., Böke, Ö. ve Karabekiroğlu, A. (2018). Early maladaptive schemas in patients with bipolar and unipolar disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(2), 151-156.
- Pine, D. S. ve Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Price, L.H., Kao, H.T., Burgers, D.E., Carperter, L.L. ve Tyrka, A.R. (2013). Telomeres and early-life stress: An overview. *Biological Psychiatry*, 73(1), 15-23.

- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E. (2012). *Şema terapi: Ayırıcı özellikler*. (H. A. KARAOSMANOĞLU ve N. AZİZLERLİ, Çev. Ed.). İstanbul: Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- Rezaei, M., Ghazanfari, F. ve Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414.
- Roediger, E. (2015). *Şema terapi nedir?: Şema terapinin temellerine, modellerine ve uygulanmasına giriş*. (S. ATAMAN, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2009).
- Rostami, M. ve Saadati, N. ve Ghezelseflo, M. (2015). The relationship between childhood abuse experience and primary stress confronting methods and maladaptive schemas. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(6), 269-277.
- Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Müller, M., Paust, T., ...Rössler, W. (2013). Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 210, 1313-1315.
- Salloum, A. (2015). *Grief and trauma in children: An evidence-based treatment manual* (s. 1-16). New York: Routledge.
- Sarıtaş, D. ve Gençöz, T. (2011). Psychometric properties of “Young schema questionnaire-short form 3” in a Turkish adolescent sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11(1), 83-96.
- Sarıtaş, D. (2007). Anne kabul-red algısının ergenlerin psikolojik sıkıntılarına etkisi: Erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolü (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Schore, A. N. (2013). Relational trauma, brain development, and dissociation. *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* içinde (s. 3-23). New York: The Guilford Press.
- Shirk, S. ve Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. *Child and adolescent therapy* (3. Baskı) içinde (465-492). New York: The Guilford Press.
- Soygüt G. P. (2004). Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak psikoterapi: psikoterapi süreçlerinde bağlanma ve terapötik ittifak. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 63-77.

- Soygüt G. P. ve Işıklı, S. (2008). Terapötik ittifakın değerlendirilmesi. Terapötik ittifak ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 398-408.
- Soygüt, G. P., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young şema ölçeği kısa form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.
- Soygüt, G. P. (2012). Bilişsel davranışçı terapide teknik, bağlanma ve ittifak: Vaka İncelenmesi. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Stowkowy, J., Liu, L., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., ... Addington, J. (2015). Core schemas in youth at clinical high risk for psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 203-213.
- Sütçigil, L. (2017). *Travma sonrası stres bozukluğu ve BD Terapiler*. Levent SÜTÇİGİL'e ait 2017-2018 yılı Güz Yarıllı ders notları (96 sayfa teksir). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Gaziantep.
- Taillieu, T. L. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse and Neglect*, 59, 1-12.
- Topkaya, N. (2014). Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu yordamada cinsiyet, psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama ve sosyal damgalanma. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14(2), 471-487.
- Türkçapar, M. H. (2018). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama* (11. Baskı). Ankara: Hekimler Yayınları Birliği.
- Türkçapar, M. H. (2017). *Bilişsel davranışçı temel ilkeler*. Mehmet Hakan Türkçapar'a ait 2016-2017 yılı Bahar Yarıllı ders notları (93 sayfa teksir). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Gaziantep.
- Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2014). *İstatistiklerle çocuk* (sayfa 106-109). Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
- Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2015). Güvenlik birimine gelen ve getirilen çocuklar, 2014. 21 Mart 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18525>
- Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2016a). Güvenlik birimine gelen ve getirilen çocuklar, 2015. 21 Mart 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21544>

- Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2016b). Güvenlik birimine gelen ve getirilen çocuklar, 2016. Ankara. 21 Nisan 2017, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2016c). İntihar istatistikleri, 2015. 17 Haziran 2016, www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516
- Uslu, R. İ. ve Kapçı, E. G. (2014). Karanlığa ışık tutmak Türkiye’de çocukların cinsel sömürü ve cinsel istismarı son 12 yılda yayınlanan araştırmaların sistematik değerlendirilmesi. Alp Ofset Matbaacılık Ltd. Şti.
- Ünlü, G., Aksoy, Z., Ersan, E. E. (2014). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirmesi. Pamukkale Medical Journal, 7(3), 176-183.
- Watts, J. R., O’Sullivan, D. ve Chatters, S. J. (2018). Strengthening the working alliance for clients with substance use disorders and child maltreatment histories. *Journal of Mental Health Counseling*, 40(1), 58-74.
- Whipple, E. E. (2006). Child abuse and neglect: consequences of physical, sexual, and emotional abuse of children. *The crisis in youth mental health* içinde (s. 205-229). USA: Praeger.
- Wolynn, M. (2016). Seninle başlamadı: Kalıtsal aile travmalarının kim olduğumuza etkileri ve sorunların üstesinden gelmenin yolları. İstanbul: Sola Unitas.
- Wright, M. O., Crawford, E. ve Castillo, D. D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33, 59-68.
- Wurtele, S. K. (1997). Sexual abuse. *Handbook of prevention and treatment with children and adolescent* içinde (s. 357-384). New York: John Wiley and Sons.
- Yiğit, İ. ve Erden, G. (2015). Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 47-59.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema terapi: Uygulayıcılar için rehber*. İstanbul: Litera Yayınevi.
- Zara-Page, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103-113.

Zorzella, K. P. M., Muller, R. T., ve Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse and Neglect*, 50, 171-181.

Zorzella, K. P. M., Rependa, S. L. ve Muller, R. T. (2017). Therapeutic alliance over the course of child trauma therapy from three different perspectives. *Child Abuse and Neglect*, 67, 147-156.



EKLER

7.1. EK 1: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF)

| <i>Lütfen, ölçeğin maddelerinde yer alan ifadelere katılma düzeyinizi, her maddenin karşısında bulunan numaralardan birini yandaki düzeylere göre işaretleyerek belirtiniz.</i> | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| 1. Akıl sağlığımda bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilk tercihim bir uzmandan yardım almak olur. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam, psikoterapi olarak rahatlayabileceğimden eminim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Bir kişinin, gerektiği hâlde bir uzmandan yardım almadan çatışmalarıyla ve korkularıyla baş etmeyi istemesi takdir edilecek bir tutumdur. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardım almayı isterim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım olarak çözebilir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeri benim için şüphelidir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almak başvurulacak son çare olmalıdır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genellikle kendi kendine çözülürler. | 1 | 2 | 3 | 4 |

7.2. Ek 2: Terapötik İşbirliği Ölçeği (TİÖ) Hasta Formu

Aşağıdaki her bir cümleyi okuduktan sonra, ifadelerle ilgili değerlendirmenizi sağdaki yedi kutucuktan birinin içine (x) işareti koyarak yapınız.

| | Hiçbir zaman | Çok Seyrek | Seyrek | Bazen | Sık sık | Çok sık | Her zaman |
|--|--------------|------------|--------|-------|---------|---------|-----------|
| 1. Terapistimin yanında kendimi rahat hissetmiyorum. | | | | | | | |
| 2. Terapistim ve ben sorunlarımın düzelmesi için terapide neler yapmam gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz. | | | | | | | |
| 3. Bu görüşmelerin sonucunda ne olacağı konusunda endişelerim var. | | | | | | | |
| 4. Terapide yaptıklarım, bana sorunumla ilgili yeni bir bakış açısı kazandırıyor. | | | | | | | |
| 5. Terapistim ve ben birbirimizi anlıyoruz. | | | | | | | |
| 6. Terapistim, terapiden neler beklediğimi doğru anlıyor. | | | | | | | |
| 7. Terapide yaptıklarımı kafa karıştırıcı buluyorum. | | | | | | | |
| 8. Terapistimin bana yakın hissettiğine inanıyorum. | | | | | | | |
| 9. Terapistimle görüşmelerimizin amaçlarını belirleyebilmiş olmayı isterdim. | | | | | | | |
| 10. Terapiden ne elde etmem gerektiği konusunda terapistime katılmıyorum. | | | | | | | |
| 11. Terapistimle zamanı etkin kullanmadığımıza inanıyorum. | | | | | | | |
| 12. Terapistim terapide neye ulaşmak istediğimi anlamıyor. | | | | | | | |
| 13. Terapide üzerime düşenlerin ne olduğunu biliyorum. | | | | | | | |
| 14. Bu görüşmelerin amaçları benim için önemli. | | | | | | | |
| 15. Terapide yaptıklarımızın, sorunlarımla ilişkili olmadığını düşünüyorum. | | | | | | | |
| 16. Terapide yaptıklarımın, istediğim değişikliklere ulaşmamda bana yardımcı olacağını hissediyorum. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 17. Terapistimin iyiliğimi gerçekten düşündüğüne inanıyorum. | | | | | | | |
| 18. Görüşmelerde terapistimin benden ne beklediğini biliyorum. | | | | | | | |
| 19. Terapistim ve ben birbirimize saygı duyuyoruz. | | | | | | | |
| 20. Terapistimin bana gösterdiği duygularında tam olarak dürüst olmadığını hissediyorum. | | | | | | | |
| 21. Terapistimin bana yardım edebileceğine inanıyorum. | | | | | | | |
| 22. Terapistim ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz. | | | | | | | |
| 23. Terapistimin beni takdir ettiğini hissediyorum. | | | | | | | |
| 24. Benim için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz. | | | | | | | |
| 25. Bu görüşmelerin sonunda neler yaparak değişebileceğimi daha iyi anladım. | | | | | | | |
| 26. Terapistim ve ben birbirimize güveniyoruz. | | | | | | | |
| 27. Terapistim ve ben sorunlarımın neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz. | | | | | | | |
| 28. Terapistimle olan ilişkim benim için çok önemli. | | | | | | | |
| 29. Eğer yanlış şeyler söyler ya da yaparsam, terapistim terapiye devam etmeyecekmiş gibi geliyor. | | | | | | | |
| 30. Terapistim ve ben terapiden neler kazanmam gerektiği konusunda hemfikiriz. | | | | | | | |
| 31. Terapide yaptığım şeyler bana yerimde saydığımı hissettiriyor. | | | | | | | |
| 32. Ne tür değişikliklerin benim yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık. | | | | | | | |
| 33. Terapistimin yapmamı istediği şeyler bana anlamlı gelmiyor. | | | | | | | |
| 34. Terapimin sonucunda neye ulaşacağımı bilemiyorum. | | | | | | | |
| 35. Sorunumu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum. | | | | | | | |
| 36. Onun onaylamadığı şeyler yaptığım da terapistimin beni önemsemediğini hissediyorum. | | | | | | | |

7.3. Ek 3: (Ruhsal) Belirti Tarama Testi (SCL90-R)

Yaş :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?
Cevap

Tanımlama :

0 Hiç
1 Çok az
2 Orta derecede
3 Oldukça fazla
4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı

2. Sinirlilik ya da içinin titremesi

3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşla gitmeyen düşünceler

4. Baygınlık ve baş dönmeler

5. Cinsel arzuya ilginin kaybı

6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu

7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri

8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri

9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük

10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler

11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi

12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar

13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi

14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali

15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri

16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma

17. Titreme

18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi

19. İştah azalması

20. Kolayca ağlama

21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi

22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi

23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma

24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları

| | |
|---|------|
| 25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu | .... |
| 26. Olanlar için kendini suçlama | .... |
| 27. Belin alt kısmında ağrılar | .... |
| 28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi | .... |
| 29. Yalnızlık hissi | .... |
| 30. Karamsarlık hissi | .... |
| 31. Her şey için çok fazla endişe duyma | .... |
| 32. Her şeye karşı ilgisizlik hali | .... |
| 33. Korku hissi | .... |
| 34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali | .... |
| 35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi | .... |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu | .... |
| 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | .... |
| 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak | .... |
| 39. Kalbin çok hızlı çarpması | .... |
| 40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi | .... |
| 41. Kendini başkalarından aşağı görme | .... |
| 42. Adele (kas) ağrıları | .... |
| 43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi | .... |
| 44. Uykuya dalmada güçlük | .... |
| 45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme | .... |
| 46. Karar vermede güçlük | .... |
| 47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu | .... |
| 48. Nefes almada güçlük | .... |
| 49. Soğuk ve sıcak basması | .... |
| 50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu | .... |
| 51. Hiç bir şey düşünmeme hali | .... |
| 52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması | .... |
| 53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi | .... |
| 54. Gelecek konusunda ümitsizlik | .... |
| 55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük | .... |
| 56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi | .... |
| 57. Gerginlik veya coşku hissi | .... |
| 58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi | .... |
| 59. Ölüm ya da ölme düşünceleri | .... |
| 60. Aşırı yemek yeme | .... |
| 61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma | .... |
| 62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma | .... |
| 63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması | .... |
| 64. Sabahın erken saatlerinde uyanma | .... |
| 65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali | .... |
| 66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama | .... |
| 67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği | .... |
| 68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması | .... |
| 69. Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme | .... |
| 70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi | .... |
| 71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi | .... |
| 72. Dehşet ve panik nöbetleri | .... |

73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

7.4. Ek 4: Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ-KF3)

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

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

1. Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.
4. Uyumsuzum.
5. Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.
7. Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
15. Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.
19. Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimizden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.

67. Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.