

Sayı 4



2022

KLİNİK VE RUH SAĞLIĞI PSİKOLOJİK DANIŞMANLIĞI DERGİSİ

TÜRK PSİKOLOJİK DANIŞMA VE
REHBERLİK DERNEĞİ





Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği
Turkish Psychological Counseling and Guidance Association
Genel Merkez / Central Office

ISSN: 2822-4582

KLİNİK VE RUH SAĞLIĞI PSİKOLOJİK DANIŞMANLIĞI DERGİSİ
JOURNAL OF CLINICAL AND MENTAL HEALTH COUNSELING

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınıdır.
Publication of Turkish Psychological Counseling and Guidance Association

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Adına Sahibi/Owner
Mesut Yıldırım

Baş Editör/Editor-in-chief

Prof. Dr. Ayşe Rezan Çeçen Eroğul

Editörler / Editors

Doç. Dr. Raşit Avcı

Doç. Dr. Tuğba Sarı

Ulusal ve Uluslararası Akademik Danışmanlar Kurulu
National and International Advisory Board

- Dr. Ahmet Can, Governors State University, ABD
Prof. Dr. Ali Eryılmaz, Yıldız Teknik Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Dr. Alim Kaya, Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC
Prof. Dr. Bilge Uzun, Bahçeşehir Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Cecilia A. Essau, University Of Roehampton, İngiltere
Prof. Dr. Christine Bhat, Ohio University, Athens ABD
Prof. Dr. Erdinç Öztürk, İstanbul Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Firdevs Savi-Çakar, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Fulya Cenkseven-Önder, Çukurova Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Gernot Aich, University Of Education Schwaebisch Gmuend, Almanya
Doç Dr. Nalan Kazaz, AAB Üniversitesi, Kosova
Prof. Dr. Nergüz Bulut-Serin, Lefke Avrupa Üniversitesi, KKTC
Doç. Dr. Nursel Topkaya, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Özgür Erdur-Baker, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Ragıp Özyürek, İstanbul Aydın Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Sharon Bowman, Ball State University, Muncie, Indiana-ABD
Prof. Dr. Şenel Poyrazlı, Penn State Harrisburg, ABD
Prof. Dr. Yaşar Özbay, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Türkiye

Dil Editörü

Arş. Gör. Senem Ezgi Vatandaşlar

Teknik Düzenleme

Arş. Gör. Alper Karababa

Arş. Gör. Halil Emre Kocalar

Yayın İdare Merkezi Adres-Tel./Publication Management Center Address- Phone

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği
Öncebeci Mah. Umut Sok. No.50/4 Kolej/ANKARA Tel: 0312 430 3674 Dergi

Web Sayfası/Journal Webpage

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/krspdder>

Makaleler	Sayfa
<p>Çocukluk Travmaları ve Güvenli Çocuk Becerilerinin Geliştirilmesi: Vaka Örneği</p> <p><i>Childhood Traumas and Developing Safe Child Skills: A Case Study</i></p> <p>Sümer ÖZTANRIÖVER, Aslı BUGAY SÖKMEZ</p>	1-32
<p>Suriye ve Irak'tan Gelen Savaş Mağduru Çocuk ve Genç Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyi</p> <p><i>Posttraumatic Stress Disorder Level in Child and Young Refugees Of War Victims Coming from Syria and Iraq</i></p> <p>Hüseyin Berken BİNAY, Şaziye Senem BAŞGÜL</p>	33-46

ARAŞTIRMA

Açık Erişim

RESEARCH

Open Access

Çocukluk Travmaları ve Güvenli Çocuk Becerilerinin Geliştirilmesi: Vaka Örneği

*Childhood Traumas and Developing Safe Child Skills: A Case Study***Sümer ÖZTANRIÖVER, Aşlı BUGAY SÖKMEZ****Yazar Bilgileri****Sümer ÖZTANRIÖVER**

Uzm. Dr. Psikiyatrist &
Psikoterapist
sumeroztanriover@hotmail.com

Aşlı BUGAY SÖKMEZ

Doç. Dr.
Orta Doğu Teknik
Üniversitesi
Kuzey Kıbrıs Kampüsü
Psikolojik Danışma ve
Rehberlik Programı, KKTC
abugay00@gmail.com

ÖZET

Çocukluk çağında yaşanan istismar, ihmal ve travmalar; bir çocuğun olduğu gibi davrandığında cezalandırıldığı-rededildiği-ihmal edildiği ve böylece güvenlik duygusundan mahrum edildiği için çocuk olmaktan, kendisi gibi davranmaktan alıkoymakta, kendini reddetmesine yol açmaktadır. Güvenli bağlanmaya sahip olanlar ki bu sadece ebeveynlerden değil, ailenin başka bir üyesinden, bir aile dostundan, öğretmenlerden varlığının koşulsuz kabul edilmesi ve onaylanmasını alarak güvenli bir dayanak bulmuş olanlar; bir şekilde bu travmaları ağır bir hasar almadan veya daha kolay atlatabilirken, güvensiz bağlanması olanlar daha fazla risk altındadırlar. Böyle bir danışanın terapistin yargısız kabulü ile bağlanma travmasını onarmak, varolan kaynaklarını güçlendirmek ve yeni kaynaklar eklemek için güvenli çocuk becerilerini kullanabilmesi, içindeki çocuğu yargısızca kabullenebilmesi, travmanın neden olduğu utanç duygusunun giderilmesine, otantik benliğine ulaşarak özdeğerinin ve kendine güveninin artmasına yardım edecek; psikolojik esnekliğini artıracak, sorunlarla başa çıkabilmesinde yardımcı olacaktır. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı, özellikle de travmatik bir çocukluk geçiren, nasıl hissettiğine erişmekte zorluk çeken, güven ve başkalarıyla bağlantı kurma konusunda zorluk yaşayanlar için, içsel çocuk ile temas ve onun yaralarını fark edip ihtiyaçlarını giderebilmek için danışana “güvenli çocuk becerilerinin” terapide nasıl öğretildiğini özetlemektir.

Makale Bilgileri**Anahtar Kelimeler**

Çocukluk travması
Travma
Terapi
Vaka örneği

Keywords

Childhood trauma
Trauma
Therapy
Case Study

Makale Hakkında

Geliş: 07/12/2022
Düzeltilme: 13/12/2022
Kabul: 26/12/2022

ABSTRACT

Childhood abuse, neglect and traumas; which a child is punished-rejected-neglected when he behaves as he is and thus deprived of the sense of security, prevent him from being a child, from behaving like himself, and causes him to reject himself. Those who have secure attachment, who have found a secure support, unconditional acceptance and approval of their existence not only from parents, but also from another member of the family, a family friend, and teachers; can somehow survive these childhood traumas without severe damage. On the other hand, those with insecure attachment are at greater risk. Such a client's ability to use safe child skills to repair attachment trauma, strengthen existing resources and add new resources with the therapist's nonjudgmental acceptance, to accept the child inside without judgment, will help to eliminate the feeling of shame caused by the trauma, and to reach his authentic self and increase his self-worth and self-confidence, and will increase his psychological flexibility and help him cope with problems. In this context, the aim of this study is to teach the client how “safe child skills” in therapy, in order to be able to contact the inner child and realize his/her needs and meet his/her needs, especially for those who have had a traumatic childhood, have difficulty in accessing how they feel, have difficulty in trusting and connecting with others. To summarize, in this study, the use of safe child skills in psychotherapy will be presented through two different case examples.

Atıf için: Tanrıöver, S. ve Bugay-Sökmez, A. (2022). Çocukluk travmaları ve güvenli çocuk becerilerinin geliştirilmesi: Vaka örneği. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 2(2), 1-32.

Ethical Declaration: The study was carried out within the framework of the Helsinki Declaration and all participants whose informed consents were obtained took part in this study as volunteers. The ethics committee of Middle East Technical University was consulted for ethical approval of this study.

GİRİŞ

Günümüzde duygusal ve psikolojik sorunları iyileştirmek için birçok farklı yaklaşım kullanılmaktadır. Bilindiği üzere, Davranışçı yaklaşımlar gibi bazı terapi biçimleri, “içimizdeki çocuk” kavramını kullanmaz ve hatta geçmişe pek yaklaşmaz. Ancak psikoanalitik temelli bazı yaklaşımlar için farklı adlarla adlandırılabilirler da “içimizdeki çocuk” kendimizi ve ilişkilerimizi anlamak ve yeniden yapılandırmak için önemli bir faktördür. Özellikle de travmatik bir çocukluk geçiren, nasıl hissettiğine erişmekte zorluk çeken, güven ve başkalarıyla bağlantı kurma konusunda zorluk yaşayanlar için, içsel çocuk ile temas ve onun yaralarını fark edip ihtiyaçlarını gidermek terapi için önemli bir başlangıç noktasıdır.

İçimizdeki çocuk, önde gelen psikolojik düşünürler Sigmund Freud ve Carl Jung'un çalışmalarından temelleniyor olmasına rağmen, günümüzde daha çok popüler psikolojideki yeri ile gündeme gelmektedir. Kronolojik olarak içimizdeki çocuk kavramı ele alındığında, içimizdeki çocuktan ilk bahseden 20. yüzyıla kişilik teorileri ile damgasını vuran Freud'dur. Bilindiği gibi, Freud kişiliğin id, ego, süperegö olmak üzere üç ögeden oluştuğunu öne sürmüştür. Sağlıklı bir hayat için bu üç öge denge içinde çalışmalıdır. Kısaca hatırlayacak olursak; İd; zihnin duygusal ve irrasyonel, Ego; rasyonel ve Süperegö ise zihnin ebeveynsel ve toplumsal değerlerini yansıtan ahlaki kısmıdır. Freud'un tanımına göre, İd zihnin kurallara uymayan, asi ve içinden nasıl geliyorsa öyle davranmaya meyilli “çocuk” ögesidir. Freud'a göre “bugünkü kişiliğimizin temelleri çocukluğumuzda yatar” (Burger, 2006, s. 149). Bu nedenle de birey her zaman için çocukluğundan izler taşır. Travmalar da her zaman çocukluktan başlar. Çünkü çocukluk henüz savunma mekanizmalarının gelişmediği ve riskli olayları fark etme, baş etme becerilerinin henüz kazanılmadığı bir dönemdir. Bu dönemde çocuk egosentrik düşünür ve başına gelen tüm olumsuzlukların sebebi olarak kendisini görür. Örneğin anne-babası boşanan bir ailde çocuk egosentrik düşünce nedeniyle kendisini boşanmanın sebebi olarak algılayabilir, bu da çocuğun yaşadığı suçluluk gibi olumsuz duyguları artırır ve travma yaşamasına neden olabilir. Freud, bireyin yaşadığı duygusal ve davranışsal problemlerin ve ilişkisel zorlukların kaynağının, içimizdeki çocuğu bilinçli olarak tanımamak olduğunu ifade eder (Geçtan, 2014). Freud'a göre psikolojik olarak olgunlaşmamız biyolojik olarak olgunlaşmamızla aynı hızda olmaz. İşte bu nedenle, bazen bir yetişkinin çocuk becerileri güdük kalabilir.

Bir diğer önemli kuramcı olan Carl Jung, Freud'dan ayrıldıktan sonra 'içimizdeki çocuğa' büyük ilgi gösterdi. Arketipi psikoloji literatürüne kazandıran Jung'un, “evrensel ve süreklilik taşıyan ilk imgeler, karakterler ya da kalıplar” olarak tanımladığı bireyselleşmeyi temsil eden arketipler listesine "Çocuk arketipini" dahil ederek, “içimizdeki çocuğun” aslında bugünün bir parçası olduğunun altını çizmiştir (Darıcı, 2013, s. 77). Jung'a göre bilinçaltımızdan gelen içimizdeki çocuk; masumiyet, duyarlılık, oyunculuk, neşe ve yoğun meraklılığı temsil eder, ancak bu özelliklerin ne modern toplumda ne de yetişkin hayatında yeri yoktur. Oysa, Jungçu kuramda, çocuk arketipi çocukluk deneyimlerimizle ve duygularımızla yani geçmişle bağlantı kurmamızı sağlayan önemli bir araçtır ve belki de köprüdür. Zaten ancak bu sayede daha sağlıklı bir şekilde olgunlaşabilir ve gelecekte beklenen ve isteklerimizi anlayarak geleceği yapılandırabiliriz (Jung, 1984).

İçimizdeki çocuğu temel alan kuramların en güncellerinden biri de Amerikalı psikiyatrist ve psikoanalist Eric Berne'nin geliştirmiş olduğu Transaksiyonel Analiz (TA) kuramıdır. Eric Berne'e göre, insanlararası ilişkilerde üç temel ego durumu vardır: Çocuk, anne-baba (ebeveyn) ve yetişkin. Bu kurama göre, birey çevre ile ilişkisinde itaatkâr davrandığında çocuk, otoriter olduğunda ebeveyn ve mantıklı olduğunda ise yetişkin ego durumundadır (Berne, 1958).

Eric Berne'nin betimlediği üç ego durumu ile Freud'un kişiliğin üç ögesi arasında birçok benzerlik görülmesine rağmen Eric Berne'nin kuramı Freud'dan oldukça farklıdır. En büyük fark, Freud bu kişilik öğelerinin bilinçdışı olduğunu iddia eder. Oysa Berne'ye göre çocuk ego durumu bilinçdışı değil, bilinçlidir (Erskine, 1988). Bu nedenle de kolaylıkla davranışlarda gözlenebilir. Freud'un yaklaşımında id; utandıran, bastırılması, kontrol edilmesi gereken bir öge olarak ele alınmasına rağmen Berne çocuk ego durumunu kişiliğin önemli ve değerli bir bölümü olarak görür. Berne'ye göre, çocuk ego durumunu benimseyen kişiler; sezgisel, yaratıcı, eğlenceli ve sevimlidir (Erskine, 1988). Bu özelliklerde onlara hem aile hem iş hayatında olumlu katkı sağlayabilir. Bununla birlikte çocuk ego durumunu sıklıkla kullanan bireyler sorumluluk ve sorun çözmede sorunlar yaşayabilir. Buna göre Berne, çocuk ego durumunu salt olumsuz olarak görmemekte, kullanım sıklığına ve yerine göre sorun yaratabileceğini vurgulamaktadır. Yine idin aksine bu kuram çocuksu davranışların susturulması ya da bastırılması gereken olumsuz bir parça olarak değil, bireyin hayatında süreklilik göstermesi gereken, önemli bir öge olarak ele alınması gerektiğini söyler (Berne, 1988). Genellikle toplumun beklentisi içimizdeki çocuğu reddederek, ihmal ve inkâr etmemiz ve çocukçu özelliklerimizi terk ederek "büyümemiz", "hassas olmayı bırakmamız" yönündedir. Oysa, Berne çocuk ego durumu da dahil olmak üzere, insan ilişkilerinde çocuk, anne-baba (ebeveyn) ve yetişkin ego durumlarından birinin kullanılması gerektiğini belirtir. Bu kurama göre, bu üç ego durumundan birinin günlük yaşamda belli sıklıkta, doğru yer zamanda kullanılması normal ve sağlıklıdır (Akkoyun, 1995).

Çocuk ego durumu, çocukluk deneyimlerinden izler taşır. İşte bu nedenle, bugünkü bir olay, geçmiş deneyimleri tetiklediğinde de birey bir zamanlar olduğu çocuk gibi davranabilir (Berne, 2016: 13). Bir diğer deyişle, çocuğun kişiliğinin geliştiği dönemde yaşanan olumsuz bir olayın benzeri ileride tekrar yaşandığında birey geçmişteki çocuğa döner ve o çocuğun tepkileri ile olayları karşılar.

TA kuramına göre çocuk ego durumu kendi içinde doğal çocuk ve uyarlanmış çocuk olmak üzere iki biçimde ele alınır. Doğal (özgür) çocuk, ego durumunun eğitilmemiş ve toplumsallaşmamış yanıdır. Genellikle, bağımsız, eğlenceli ve sevimlidir ve başkalarının ne dediğini umursamaz. Bazen bu durum hoşluk yaratırken bazen de saygısızlığa varabilir (Minibaş-Poussard, 2004).

Uyarlanmamış Çocuk ise, daha çok eğitilmiş ve toplumsal kuralları bilen çocuktur. Uyarlanmamış Çocuk eğer çok eğitilirse ve kurallara uyuyorsa uslu, az eğitilirse ve kurallara karşı çıkıyorsa asi olarak görülür. Bu noktada doğal ve asi çocuk çokça karıştırılır ama aradaki en temel fark; doğal çocuk istediğini kendiliğinden yapar ama asi çocuk kendi istediğinden çok otoriteye karşı çıkmak üzerine davranışta bulunur.

Sonuç, olarak birçok kurama göre bireyin sağlıklı ve daha anlamlı bütüncül bir hayat yaşayabilmesi için içindeki çocuğun psiko-soyal ihtiyaçlarının fark edilmesi ve koşulsuz şefkat ve kabulle giderilmesi gerekmektedir. Bunun ilk adımı içimizdeki çocuğu görmek, tanımak ve iyileştirmektir. Bu noktada, Freud ve Jung'un kuramlarına göre terapinin amacı; danışanların sorunlarının çocukluktan kaynaklı doğasını anlayarak içgörü kazanmaları ve değişim için farkındalık geliştirmektir. Transaksiyonel Analiz terapisinin amacı ise, çocuk ego durumundaki karmaşıklıkları çözerek uyumlu çocuğu keşfetmedir. İşte bu noktada bu makalenin amacı içimizdeki çocuğa ya da TA terminolojisi ile çocuk ego durumuna bazı beceriler öğretmek ya da var olan becerilerini geliştirmesini sağlayarak biyolojik gelişimle psikolojik gelişim arasında uyumu ve işbirliğini sağlamaktır.

Çocukluk Çağı Travmaları ve Kendine Ebeveynlik Yapmak

Travma, içimizdeki çocuğun -otantik benliğimizin- reddedilmesine ve gizlenmesine neden olur. Çoğu zaman yaşanan zorlu yaşantılara “çocuksu” tepki vermemiz toplum tarafından uygun olmayacağı, toplumun beklentisi olan “ağlama” “güçlü ol” ve “üstesinden gel” gibi davranışları gösterebilmek ve kendimizi travma sonrası öğrendiğimiz güvenli olmayan dünyada var edebilmek için başa çıkma mekanizmalarını kullanırız. Bazen de incinmekten korumak için yarattığımız savunma mekanizmalarını çokça kullanarak sahte bir benlik oluşturabiliriz ve bunun çoğu zaman ciddi bir psikopatolojik sonucu olabilir. Araştırmalar, sahte benlik sunumun başta depresyon olmak üzere birçok akıl sağlığı hastalığı ile ilgili olduğunu doğrulamaktadır (Mun & Kim, 2021).

Oysa, içimizdeki çocuk terapisi, danışanı çocukluğuna dürüstçe, empati ve şefkatle bakmaya teşvik eder. Çocukluk travmalarındaki çocuğu, bir yetişkin gibi yargılamak, suçlamak ve kınamak yerine; danışanın o travmadaki kişinin henüz çocuk olduğunu hatırlamasını sağlar. İçimizdeki çocuğu ya da çocuk ego durumunu ayrı bir varlık olarak kabul etmek, kendi yargılarımızdan kopmamıza ve onu empati ile değiştirmemize ve böylece gerçek iyileşmeyi sağlar. İşte bu noktada, ego durumları arasındaki işbirliği çok önemlidir. Ebeveyn ego durumunun çocuk ego durumuna daha kabullenici, yargısız ve şefkatli bir ebeveyn gibi davranması içimizdeki çocuğun özşefkati deneyimlemesine fırsat verir. İçimizdeki çocuğun sahte benlik oluşturmaksızın, kendini daha sağlıklı ve işlevsel ifade edebilmesi için bireyin kendine ebeveynlik yaparak bazı koruyucu ve ilişkileri geliştirici çocuk becerilerini öğrenmesi ve geliştirmesi bu çalışmanın temel konusudur.

Çocukluk Çağı Travmalarının Etkileri

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler geçmişte kalan, unutulmuş anılar olmayıp kişiyi ciddi bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarıyla baş başa bırakmaktadır. Felitti ve arkadaşları, her sorusu bir puan olan 10 soruluk olumsuz çocukluk deneyimleri (Adverse Childhood Experiences, ACE) anketi ile büyük bir örneklem grubuyla (13,494) toplumsal bir tarama yapmışlar ve çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin ve aile içi işlev bozukluğunun sadece çocukluk çağında değil yetişkin yaşamda da beden ve ruh sağlığını bozduğunu ve hatta erken ölüme yol açtığını ortaya koymuşlardır (1998). Bunlar çocukluk çağı istismarı (fiziksel, duygusal, cinsel), ihmali (fiziksel, duygusal), hanehalkı disfonksiyonu (ebeveynin akıl hastalığı, tutuklu olması, annenin şiddete maruz kalması, boşanması, ayrılığı) gibi olumsuz çocukluk çağı deneyimleridir (Felitti ve diğerleri, 1998).

Fiziksel istismar ve ihmali ile cinsel istismarın verdiği zararlar kişi tarafından açık olarak algılanabilirken duygusal/sözel istismar ile duygusal ihmalin verdiği zararların (toksik stres) algılanması hem maruz kalan kişi hem de sorgulamadıklarında uzmanlar tarafından algılanması çok zor olabilmektedir. Spinazzola ve arkadaşları (2014) yaptığı araştırmada psikolojik olarak kötü muameleye maruz kalan gençlerin, fiziksel veya cinsel istismara uğramış gençlerle karşılaştırıldığında çoğu durumda onlara eşdeğer veya daha yüksek seviyede davranışsal sorunlar, semptomlar ve bozukluklar sergilediklerini belirlemişlerdir.

Psikolojik kötü muamele, duygusal istismar ve duygusal ihmali içeren ebeveyn davranışları ile çocuğa değersiz, kusurlu, sevilmeyen, istenmeyen veya yalnızca bir başkasının ihtiyaçlarını karşıladığında değerli olduğunu ve tehlikede olduğunu hissettirdiğinde ortaya çıkmaktadır (Navarre, 1987). Kronik psikolojik kötü muamele, çocuğun kendilik ve kişisel güvenlik duygusunu yok ederek kendilikle ilgili düşünsel alanı, duygusal alanı, sosyal alanı, öğrenme ve beden sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bunlar; benlik saygısında düşüklük, kaygı bozukluğu, depresyon, duygusal dengesizlik-tepkisizlik, dürtü kontrol sorunları, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve fiziksel olarak kendini kötüye kullanma; sosyal yetersizlik ve

antisosyal davranışlar, bağlanma sorunları, sempati ve empatide düşüklük, kendini soyutlama; öğrenme bozuklukları, akademik başarıda düşüklük ve bozulmuş ahlaki akıl yürütme; fiziksel sağlık ile ilgili gelişme geriliği, somatik şikâyetler, kötü yetişkin sağlığı ve yüksek ölüm oranıdır (Hart ve diğerleri, 1998; National Research Council of the National Academies, 2014; Nemeroff, 2016; Kumari, 2020)

Çocukluk çağında yaşanan bu olumsuz deneyimler ayrıca bedenin kronik strese maruz kalması sonucu nöroendokrin ve bağışıklık sistemi fonksiyonlarını da bozarak yetişkinlikte doğrudan ve dolaylı sağlık risklerine yol açabilmektedir (Shonkoff ve diğerleri, 2009). Çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının yetişkin yaştaki kalp, akciğer, karaciğer hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını ciddi oranda artırdığı bilinmektedir. Ayrıca obezite, sigara-alkol-madde kullanımı, fiziksel hareketsizlik gibi sağlığı riske atacak davranışlarla depresyon ve intihar olaylarının da görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir (Anda ve diğerleri, 2008; Anda ve diğerleri, 1999).

Duygusal/sözel istismara yol açan durumlar; bakımverenlerin duygularını düzenleyememesi (öfkesini, üzüntüsünü veya korku-kaygısını), çocuk-ergen hata yapınca orantısız tepki vermesi (bağırma, hakaret, aşağılama, alay etme), çocuğun-ergenin duygularını reddetmesi, eleştirmesi-alay etmesi veya bastırması, dayak atmakla-terk etmekle tehdit etmesi, eleştirmesi, suçlaması, bakımverenin kuralcı-mükemmeliyetçi-otoriter olması, kaygıları nedeniyle aşırı koruyucu-kontrolcü tutumu, aşırı öğüt vermesi, dinlememesi, çocuğuyla dert ortaklığı yapması (“çocuğum en iyi arkadaşım, dert ortağım” söylemleri), çocuğa duygu sömürüsü yapması, tutarsız davranması (bir gün kızdığına başka gün hoşgörölü davranması) örnek olarak verilebilir.

Duygusal ihmale yol açan durumlar ise bakımverenin sevgiyi esirgemesi ve çocuğu görmezden gelmesinin göstergesi olan fiziksel temastan kaçınması, sarılmaması, çocuğun fiziksel yakınlığına iterek tepki göstermesi, soğuk ve mesafeli olması, çocuğun istenmeyen davranışlarını; alınma-çöküntüyle karşılaması veya kendini geri çekerek-küserek cezalandırması, bakımverenin meşgul-depresif veya hasta olması ve çocukla az-hiç ilgilenememesi, küçük yaşta ebeveynlerden ayrılmak (bakımı için başka aile üyelerinin yanına bırakmak, hastalık-boşanma-ölüm vd), çocuğun sosyal ilişkilerini, faaliyetlerini kısıtlaması, eğitim ihtiyacını karşılamaması, bakımverenin olumsuz duygulara tahammül edememesi nedeniyle ve çocuk mutlu olsun diye hemen her istediğini yapması, çocuğa rehberlik yapmaması (okul, arkadaş ilişkileri, eğitim) ve sağlıklı sınırlar koymaması örnek olarak verilebilir.

Sonuç olarak ebeveynlerinden birinin-ikisinin tekrarlayan aşağılamalarına çaresizce maruz kalmak ve bunu kontrol edememek; cinsel ve fiziksel istismar kadar hatta ondan biraz daha fazla zarar vermektedir (Spinazolla ve diğerleri, 2014). Sürekli eleştiren, suçlayan, aşağılayan, uygun şekilde tedavi edilmeyen psikiyatrik hastalığı (Alkol-madde bağımlılığı, depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni gibi) olan bir ebeveynle yaşamak, beyin ve bağışıklık sisteminin işleyişini kalıcı olarak değiştirebilir. Ailevi şefkat eksikliği-ebeveyn uyuşmazlığı gibi aile işlev bozukluğuna maruz kalmak da beyin gelişiminde hasara yol açmakta, beyin hacim ve boyutunu küçültmektedir (Teicher & Samson, 2016).

Gelişimsel Travma Bozukluğu

Travmanın; gelişimin ‘kritik’ zamanlarında yani erken çocukluk ya da ergenlik dönemlerinde yaşanmış olması, tekrarlayıcı, uzamış ya da birikici bir biçimde yaşanması ve bakımveren kişi tarafından ihmal ya da istismar (fiziksel/cinsel/duygusal) yoluyla uygulanmış olması Gelişimsel Travma Bozukluğuna neden olmaktadır (Courtis, 2014). Gelişimsel Travma Bozukluğunda kendini düzenleyememe, dikkat ve odaklanma sorunları, kendilik algısında bozukluk (kendini değersiz, kusurlu hissetme ve kendinden nefret etme), diğer insanlarla geçinme sorunları (kimseye güvenememe, küçük şeylere aşırı tepki gösterme,

alınanlık gibi nedenlerle arkadaş edinememe), kendini taciz edenlere aşırı bağlı olma ve gereksinim duyma görülmektedir. Çünkü korku, bağlanma ihtiyacını arttırmaktadır, hatta rahatlama kaynağı korkunun kaynağı olsa bile (Van der Kolk, 2015).

Toksik Stres

Sağlıklı bir beyin mimarisi, stresli deneyimlerle başa çıkabilmek için duyarlı bakıcılara ve çocukların öğrenmesine yardımcı olan olumlu ilişkilere dayanmaktadır (Franke, 2014). Çocukluk çağı toksik stresi ise anormal bir stres tepkisini önlemek için bir bakıcının bakımı veya desteğinin olmamasıyla birlikte şiddetli, uzun süreli veya tekrarlayan bir sıkıntıdır (National Scientific Council on the Developing Child, 2014).

Teicher'e göre çocuklukta başlayan psikopatolojilerin yaklaşık %45'inin en önemli önenebilir nedeni, çocukluk çağındaki kötü muameledir. Çocuklukta kötü muamele, beyin gelişimi üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir ve neredeyse tüm psikiyatrik bozukluklarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında tanımlanamayan bir kafa karışıklığı olmuştur. Başlangıçta psikiyatrik hastalığa atfedilen bu beyindeki yapısal ve işlevsel anormallikler, kötüye kullanımın daha doğrudan bir sonucu olabilir. (Teicher & Samson, 2016).

Ulusal Çocuk Sağlığı Araştırması (NSCH, 2013) tarafından olumsuz çocukluk deneyimleri üzerine yapılan yeni bir araştırmaya göre ülkedeki çocukların neredeyse yarısının en az bir veya daha fazla ciddi çocukluk travması yaşadığı belirlenmiştir. Bu devasa oran yaklaşık 35 milyon ABD'li çocuğa denk gelmektedir. Yani savaştaki her bir askere karşılık kendi evinde tehlike içinde on çocuk bulunmaktadır (Van der Kolk, 2018). ACE'leri deneyimleyen çocukların, toksik stres ve travmanın bir belirtisi olan bir zorlukla karşılaştıklarında sakin ve kontrollü olmakta zorlandıkları, okulu kaçırma veya sınıf tekrarı yapma olasılıkları daha yüksek ve okul etkinliklerine katılma olasılıkları ise daha düşüktü (Stevens, 2013). Gerek çocukluk gerekse yetişkinlikte yaşanan stres deneyimleri üç grup altında incelenebilir: Pozitif, tolere edilebilir ve toksik stres (Shonkoff ve diğerleri, 2012).

Pozitif stres; bir çocuğun büyümesi ve gelişimi için gerekli olan olumlu, normal bir stres tepkisidir. Olumlu stres tepkileri seyrek, kısa ömürlü ve hafiftir. Çocuk, ebeveyn koruması ile güvence gibi güçlü sosyal ve duygusal tamponlarla bu stresli olayda desteklenir. Çocuk her olumlu stres tepkisinden (ör. yeni insanlarla tanışmak veya yeni bir görev öğrenmek) motivasyon ve dayanıklılık kazanır ve böyle stresli bir olayla meydana gelen biyokimyasal reaksiyonlar başlangıç durumuna geri döner (Bull, 2012). Olumlu bir stres tepkisini tetikleyebilecek durumlara örnek olarak yeni bir bakıcı ile ilk gün veya aşı olma verilebilir (Hillary & Franke, 2014).

Tolere edilebilir stres tepkileri ise daha şiddetli, daha sık veya süreklidir. Vücut daha büyük bir tepki verir ve bu biyokimyasal tepkiler beyin mimarisini olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir (ör. boşanma veya sevilen birinin ölümü gibi). Tolere edilebilir stres tepkilerinde, stres ortadan kalktığında duyarlı ilişkiler, güçlü sosyal ve duygusal destek yoluyla çocuğun korunması koşuluyla beyin ve organlar tam olarak iyileşir (Shonkoff ve diğerleri, 2012).

Toksik stres ise vücudun tamamen iyileşmesi için gerekli olan güvence veya duygusal bağların olmadığı; bakıcı desteğinin yetersizliği veya hiç olmaması, stres tepkisinin uzun süreli aktivasyonu ile sonuçlanır ve vücut normal başlangıç işlevine dönemez. Toksik stres örnekleri arasında istismar, ihmal, aşırı yoksulluk, şiddet, hane içi işlev bozukluğu, gıda kıtlığı, bakıcıların madde kötüye kullanımı veya zihinsel sağlık koşulları çocuğu toksik stres tepkisine yatkın hale getirir (Shonkoff ve diğerleri, 2012). Daha az şiddetli

ancak kronik, devam eden günlük stres faktörlerine maruz kalmak da çocuklar için toksik olabilir (Odgers & Jaffee, 2013).

Gerçek veya algılanan bir tehdit karşısında beyinde, sempatoadrenal sistem ve Hipotalamik Hipofiz Adrenokortikal Eksen (HPA) aktive olur ve adrenal bez korteksinden kortizol, medullasından adrenalinnöradrenalin salgılanır ve sempatik sinir sistemi uyarılması ile “savaş ya da kaç” yanıtı ortaya çıkar (Smith & Wylive, 2006; Maniam ve diğerleri., 2014). Devam eden bu durum da stres kaynaklı yaygın inflamasyona, idiyopatik enflamatuvar otoimmün hastalıklara yol açabilir (Tsigos ve diğerleri, 2002; Fries ve diğerleri, 2005).

Erken yaşta toksik stres yaşayan çocuklar, yetişkinliğe kadar ortaya çıkmayabilecek uzun vadeli olumsuz sağlık etkileri açısından da risk altındadır. Bu olumsuz sağlık etkileri; uyumsuz başa çıkma becerileri, zayıf stres yönetimi, sağlıksız yaşam tarzları, akıl hastalığı ve fiziksel hastalıklardır (National Scientific Council on the Developing Child, 2013; Johnson ve diğerleri., 2013; Varese ve diğerleri., 2012). Toksik stres tepkisinin ayrıca depresif bozukluklara, davranış bozukluklarına, TSSB'ye ve psikoz gelişimine yol açtığı düşünülmektedir (Varese ve ark., 2012; Carrion ve ark., 2007). Toksik stresin potansiyel olarak artan kanser riskiyle ilişkilendirilmesi ise hem biyolojik sistemler üzerindeki stres yanıtı hem de kötü sağlık davranışlarının dolaylı etkisi nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Irving ve diğerleri, 2013).

Polivagal Teori ve Beynin Strese Cevabı

Porges’in (2009) öne sürdüğü polivagal teoriye göre bir tehlike ile karşılaşıldığında otonom sinir sisteminin sempatik dalı savaş/kaç davranışı göstermek üzere beden mobilizasyonunu sağlar. Tehdide yanıt olarak ortaya çıkan koruyucu fizyolojik tepkidir; saldırma dürtüsü (korku, panik, öfke) ile savaşarak tehlikeyi bertaraf eder veya tehlikeden kaçarak uzaklaşır (Van der Kolk, 2015). Eğer tehlike çok büyükse ve/veya kaçmak mümkün değilse Parasempatik Dorsovagal bölüm aktive olur ve güçlü bir fren etkisi ile sempatik sistem faaliyetlerini tersine çevirerek hareketsizlik-donma yanıtı ile beden enerjisinin korunmasına yardım eder (Levine, 2013).

Çocukluk çağı kompleks travmalarına maruz kalan bireylerde beynin strese cevabı iki şekilde olmaktadır: İlki “Aşırı Reaktivite” olup durumu hakkında hiçbir kontrole sahip olunmadığında gelişmekte ve küçük bir uyarıcı bile şiddetli bir tepkiye yol açmaktadır. Endişe veya stres altında organizma, sempatik durumdadır. “Tehlike” anlayışı gerçek veya hayali olabilir ve aynı fiziksel yanıtı üretebilir (Van der Kolk, 2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda (TSSB) sempatik hiperaktivite ortaya çıkmakta, bu kişilerin stres tepki sistemleri aşırı reaktif (hassaslaşmış) olup, yeniden yaşantı, tetiklenme, küçük uyarıcılarda bile aşırı tepki gösterme, çarpıntı, titreme, sık nefes alıp verme, kaslarda gerilme ortaya çıkmaktadır (Perry, 1996). Bu durumdaki kişiler yüksek tetikte hayatlarını sürdürürler, iç ve dış tehditleri sürekli olarak değerlendirmeye, yanıtlamaya çalışırlar ve sinir sistemleri aşırı yük altındadır (Van der Kolk, 2015).

Beynin strese ikinci yanıtı “Tolerans” (Parasempatik Dorsovagal Kompleks) olup travmatik olay bir kalıba bağlı ve tekrarlayan bir şekilde olduğunda gelişir. Kişinin deneyime olan tepkisini uzun süreli olarak durdurur ve zihin-beden bağlantısı kopabilir (Perry & Szalavitz, 2012). Ör. Aleksitimiye yol açabilir. Bu durumda kişi duygularıyla bağlantı kuramaz, onları adlandıramaz ve iletmez. Travma ile ilişkilidir ve kişiyi bir zombi gibi uyuşukluk içinde bırakır (Levine, 1997). Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler bağlanmayı da bozmaktadır. Kronik travmaya maruz kalan kişilerde çözülme nedeniyle üzüntü/acı disosiasyonu gelişebilir. Bu durum da zayıf öfke kontrolüne, aşırı gülme-gülümsemeye (Rees, 2007) ve/veya psikosomatik hastalıklara yatkınlığa yol açabilir. (Mauder & Hunter, 2001)

Erken yaşlarda uzun süren terörize durumlar şefkat eksikliğine ve empati yoksulluğuna yol açarak daha güdüsel, saldırgan, psikopatik davranışlara yol açabilir (Perry & Szalavitz, 2012; Levine, 1997; Hare, 2006). Korku ile birlikte üzüntü/acı disosiasyonu, antisosyal kişilik bozukluğunda gözlemediğimiz bir özelliktir. Sosyopatların duyguları bilişsel olarak bilmeleri ancak hissedememeleri hem empati yapamamalarına hem de korkuyu da hissedemedikleri için kriminal olsun olmasın kritik seçimlerde riskli davranışlara itebilmektedir (Dutton, 2013; Hare, 2006).

Toksik sterese maruz kalanlarda öfke disosiasyonu da gelişebilir. Öfkeyi hissedememe veya ifade edememenin (sağlıklı agresyon gösterememenin) dolayısıyla duyguları düzenleyemenin klinik yansıması Depresyona, Kaygı bozukluğuna (Özyurt vd, 2021), Psikosomatik (Maunder & Hunter, 2001) ve Otoimmün hastalıklara (Dupond vd, 1990), çeşitli kanser türlerine (Thomas vd, 2000) ya da psikotik bozukluklara (Hardy, 2017; Varese ve ark., 2012) yatkınlığa yol açabilir. Öfkeyi sağlıklı olarak dışa vurma (sağlıklı agresyon göstermek) hem beden hem ruh sağlığı için bir gerekliliktir. Sağlıklı agresyon, bir kişinin kendini ve/veya sahip olduklarını koruyabilmesi, istediği şeyi/ihtiyacı elde etmek için gücünü harekete geçirerek eylemde bulunması ve sağlıklı sınırlar koymasındır (Levine, 2010). Çocukluk çağı travmalarında yaşanan acizlik hissi, savaş-kaç davranışı (sağlıklı agresyon) gösterme yetisini bozmaktadır. Sempatik sinir sistemi aracılı savaş/kaç yanıtı koruyucu olup kapanmayı engellemektedir (Van der Kolk, 2015; Porges, 2009). Farelerde savaş-kaç yanıtı engellendiğinde suni olarak tetiklenmiş otoimmün hastalığın ağırlaştığı gösterilmiş olup savaş kaç yanıtı engellenmediğinde farelerin strese normal yanıt verme yetisinin onları koruyacağı öne sürülmektedir (Chelmicka-Schorr E, Arnason BG, 1994; Gabor Mate 2003). Sinir sisteminin strese karşı verdiği savaş yanıtının öfke duygusu ile kaç yanıtının ise korku duygusu ile açığa çıktığını düşünmekteyiz.

Çocukluk çağı travmaları nedeniyle sağlıklı agresyon gösteremeyen bu kişiler kendi özbenliğine (duygularına) karşı sağırlaşmakta ve başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak normal hale gelmektedir (Van der Kolk, 2015). Klinik gözlemlerimize göre bu şekilde aşırı empati yapmanın bir travma göstergesi olduğunu, bir tür “ikinci el duygu hissetme” yoluyla yapıldığını düşünmekteyiz. Burada kişi kendi açısından disosiyeye olup ancak başkalarının acısı yoluyla üzüntüyü hissedebilmektedir. Örneğin kişi kendi çocukluk travmasından bahsederken öznel rahatsızlık ölçeği (Subjective Units of Distress Scale, SUDs) ile rahatsızlığının derecesi (0-10 arasında: Olay aklına geldiğinde hiç rahatsız etmiyor, 10: En şiddetli rahatsızlık düzeyi) sorulduğunda hiç rahatsız etmediğini söylemekte ancak aynı durumu yaşayan başka bir çocuk gördüğünde yüksek oranda rahatsız ettiğini söyleyebilir (Tanner, 2012). Bu şekildeki aşırı empatide sağlıklı empatide olmayan kendini sıkıntıya-zarara sokarak yardım etme, yardıma ihtiyacı olduğunu düşündüğü (yardıma ihtiyacı olmasa bile varmış gibi algılama) hemen herkese ebeveynlik yapma şeklinde görülmektedir. Aşırı empati (sağlıksız empati) yapan kişilerin kendilerine karşı hiç empati yapamamaları ironiktir. Sağlıklı empatiyi sağlıksız empatiden ayıran özellik, sağlıksız empati yapanlar kendilerini zararara sokarak başkalarının yardımına koşarken, sağlıklı empati yapanlar kendilerine de empati yaparlar ve kendilerini koruyup kollayarak başkalarına yardım ederler.

Uslu Çocukluk ve İmmatür Yetişkinlik

Çocukluk çağı kompleks travmalarına maruz kalmak sosyal iletişim becerilerinde de eksikliğe (anne-babaya ve/veya bir partnere-arkadaşa-çocuğuna bağımlılık-bağlanamama-kopukluğa) ve dolayısıyla immatür yetişkinliğe (çocuk ve ergen becerilerinde eksikliğe) yol açmaktadır. Fiziksel, cinsel, duygusal travma yaşamış bir çocuğun psikososyal gelişimi sekteye uğramıştır ve ne çocuk olabilmıştır ne ergen, ne de yetişkin. Çocukken bir yetişkin gibi olgun, uslu, kurallara uyan, yaramazlık yapmayan “sorunsuz çocuk”

olarak nitelendirildikleri görülmektedir. Genellikle ergenliklerinde de kaygılı/kaçıngan, kurallara uyan tavırları sürmektedir. Akranlarıyla iletişimleri sıkıntılı olup onları “çok çocuksu” “çok ergen” olarak nitelendirdikleri ve dışlanma yaşadıkları gözlenmektedir. Kendilerinden büyük veya küçüklerle daha iyi anlaştıkları veya yalnız kalmayı tercih ettikleri gözlenmektedir. Bu kişilerin yetişkin olduklarında ise sosyal ilişkiler, stresle baş etme veya sorun çözümü gibi konularda çocuk ego durumunda takılı kalmış ve halen o yaşın (dönemin) enerjisi, şemaları (ör. boyun eğme) ve başa çıkma yöntemlerini kullandıkları yani immatür davranışlar sergiledikleri izlenmektedir. (Miller, 2015) ya da sağlıklı agresyon göstermektedirler.

İstismara uğramış ve ihmal edilmiş çocuklarda duygu düzenlemede de sorunlar görülmekte (Shields & Cicchetti, 2001); daha yüksek düzeyde saldırganlık ve davranış sorunları gibi dışsallaştırma davranışlarıyla (Eisenberg ve diğerleri, 2001; Kim & Cicchetti, 2010) geri çekilme (Rogosch ve diğerleri, 1995; Shields & Cicchetti, 2001) ve sağlıklı agresyon gösterememe, kendini savunamama, donup kalma davranışlarının (Levine, 2015) olduğu bildirilmiştir.

Eğer ailedeki işlev bozukluğu, istismarcının mutlak otoritesinde olacak kadar şiddetliyse, çocuk bağlanma ihtiyaçları nedeniyle (hayatta kalma stratejisi olarak) psikolojik ve duygusal olarak kurtarılma ve rahatlama için bakımverenine dönecektir. Bu durum da istismarcının kimliğini “iyi ve doğru olarak görme” konusunda yoğun bir ihtiyaç yaratır. Bu şekilde Stockholm Sendromu geliştiren istismara uğramış bir kişi de bir hayatta kalma stratejisi olarak bilinçsizce istismarcısı ile bağ kurmakta ve ona olumlu özellikler atfetmektedir (Patricia ve diğerleri, 2003). Empati yoksunu ebeveynlerin yetiştirdiği ve kritik dönemde empatiyi deneyimlememiş çocukların yetişkin olduklarında ebeveynleriyle aynı özelliğe sahip partner arayışına girdiği veya bu özelliği kendilerinin benimsediği görülmektedir (Doidge, 2019).

Güvenli Çocuk Becerileri

Güvenli çocuk becerilerinin köken aldığı temel kavram oyun oynamadır. Çocukların sağlıklı gelişimi için oyun oynama hayati öneme sahip olup fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal faydalar sunar. Çocukların ve ergenlerin motor becerilerini, sosyal davranışsal repertuarlarını geliştirmelerine, alternatif senaryoları simüle etmelerine ve davranışlarının çeşitli olumlu ve olumsuz sonuçlarını güvenli ve ilgi çekici bir bağlamda ele almalarına olanak tanır (Nijhof ve diğerleri, 2018).

Piaget, çocuklukta oyunu yeni deneyimlerin özümsemesi ve uyum sağlanması olarak görür. Bruner de (1972) oyunun birkaç önemli işleve hizmet ettiğini belirtmektedir. Ona göre bunlardan ilki kişinin eylemlerinin sonuçlarını en aza indirmenin ve dolayısıyla riskli bir durumda öğrenmenin bir yoludur ve ikinci olarak oyun, aksi takdirde asla denenemeyecek olan davranış kombinasyonlarını denemek için mükemmel bir fırsat sağlamaktadır. Slade (1954) ise çocuk dramasını, çocuğun doğal bir aktör olması bakımından, başlı başına bir sanat formu olarak tanımlamıştır. Ona göre kişisel oyun, insanı tümünden hareket (top oyunları, koşma, dans etme, dövüşme ve yüzme gibi etkinlikler vs) ve karakterizasyona dahil eder.

Çocukken toksik strese maruz kalan (ör. aşırı eleştiren, küfür, hakaret eden aşağılayan, fiziksel-duygusal şiddet gösteren bakımverenlerinin yanında rahat-güvende hissetmeyen) çocuklar, oyun oynamayı ve dolayısıyla gelişimsel dönüm noktalarını olumsuz etkileyen engellerle karşılaşabilirler (Nijhof vd, 2018).

Bu yüzden çocukluk travmaları nedeniyle olgunlaşmamış olan yetişkinin gelişimsel ihtiyaçlarını telafi edebilmek için oyun oynamayı deneyimlemek ve bu yolla yaratıcılık, kendiliğindenlik, kontrol etme, ilişki kurma, sağlıklı sınırlar belirleme ve kendini korumayı öğrenmesi dolayısıyla kaynaklarını güçlendirmesi amaçlanmaktadır.

Bunun için 3-5 yaşındaki çocukların özelliklerini belirleyip kişiye bunların ödev olarak verilmesini önermekteyiz. Wessely ve diğerleri (2008) travma sonrası psikolojik sıkıntıyı azaltmak için “proaktif olarak dayanıklılık beklentisini ve gerekirse yardım aramayı teşvik eden” psikoeğitimin faydalı olabileceğini öne sürmektedirler. Biz de güvenli çocuk becerileriyle danışanların olaylar karşısında reaktif değil proaktif olmalarını, yardım isteyebilmelerini, esnek ve dayanıklı tepkiler vermelerini amaçlamaktayız. Bütün psikoterapilerin amacı; danışanın içindeki çocuğa, ebeveynlerinden alamadığı koşulsuz sevgiyi, değeri, beğeniyi-takdiri, kabul edilmeyi, anlaşılmayı kendine sunmak, kendini desteklemek bir anlamda kendine iyi ebeveynlik yapmasını sağlamak ve Maxwell Maltz’ın ifade ettiği gibi: “Herhangi bir psikoterapinin amacı, bir bireyin kendine ait olarak oluşturduğu imgeyi değiştirmektir” (Maxwell Maltz, 1995).

Güvenli Çocuk Becerileri ‘zarar görme ve zarar verme’ ilkesine bağlı olarak kişilerin yetişkin taraflarının çocuk taraflarına, çocukken yapamadığı; çocukların doğal özellikleri olan bir dizi eylemi, suçluluk duymadan ve oyun oynama bilinci ile yapabilme becerisi kazandırmasıdır. Bunlar psikolojik esnekliğine katkıda bulunacak olan ve ihtiyacına binaen “asla yapmam-yapamam” dediği; hayır deme, sınır koyma, duygularını gösterme, düşüncelerini, ihtiyaçlarını, isteklerini açıklıkla ve güvenle ifade etme ve bunları karşılama, kendiliğini ortaya koyabilme, oyun becerisini kullanma (sosyal davranışlar, rol yapma vs) gibi bir dizi ödevi kapsamaktadır. Castro vd (1993) çocuklardaki spontane rol yapmanın herhangi bir mantıksal kalıp izlemediğini; sık sık tekrarlandığını; duygusal katılımın önemli olduğunu, sosyal davranışların oluşmasına, geliştirilmesine ve olgunlaşmaya katkı sağladığını belirtmektedirler. (Castro vd, 1993) Aynı durumun travmatize yetişkinler için de geçerli olacağını öne sürmekteyiz.

Güvenli Çocuk Becerilerinin Psikoterapide Kullanılması

Psikolojik travmanın tedavisinde birçok psikoterapötik yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar arasında göz hareketi ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) terapisi, travma odaklı bilişsel davranışçı terapi (TFCBT: Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy/exposure therapy), stres yönetimi (SM: stress management), destekleyici terapi, psikodinamik terapi ve hipnoterapi bulunmaktadır. TSSB tedavisinde TFCBT, EMDR ve stres yönetiminin diğer terapilerden daha etkili olduğuna dair bazı kanıtların olduğu bildirilmiştir. (Bisson & Andrew, 2007)

EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) terapisi, travmatik deneyimlerin neden olduğu rahatsızlığı duyarsızlaştırmayı ve bunları bireyin otobiyografik belleğinde yeniden işlemeyi ve semptomlarda rahatlamayı amaçlayan etkili bir travma tedavisidir (Adams, 2020, Hardy, 2017; Shapiro, 1995; van der Vleugel vd, 2012). Dünya Sağlık Örgütü ve Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence) tarafından da EMDR terapisinin travmadaki etkinliği kabul edilmiştir (NICE 2005; WHO 2013).

Yetişkin travma sonrası stres bozukluğunda (Navarro vd, 2018), kompleks çocukluk travması olan çocuk ve yetişkinlerin çocukluk travmalarının tedavisinde kullanılan EMDR'nin klinik etkinliğini destekleyen kanıtların giderek arttığı bildirilmektedir (Chen vd, 2018).

EMDR terapisi, standartlaştırılmış protokoller ve prosedürlerden oluşan sekiz aşamalı (danışan öyküsü, hazırlık, değerlendirme, duyarsızlaştırma, yerleştirme, beden tarama, kapanış, yeniden değerlendirme) ve üç yönlü (geçmiş, şimdi, gelecek) bir tedavi yaklaşımıdır. Üç yönlü yaklaşımla patolojinin temelini oluşturan geçmiş olaylar, rahatsız edici güncel sorunlar ve gelecekteki zorluklar hedeflenerek duyarsızlaştırma ve yeniden işleme yapılır. Duyarsızlaştırma aşamasında sırasında görsel, işitsel ve dokunsal çift yönlü uyarımlardan (bilateral stimülasyon) biri veya birkaçı kullanılır (Shapiro, 2001).

Güvenli çocuk becerileri; çocukluğunda olumsuz yaşam olayları ve travmalara maruz kalan ve gelişimsel ihtiyaçları karşılanmamış olan çocuk-ergen-yetişkin her yaştaki danışana verilebilir, herhangi bir psikoterapotik müdahaleye entegre edilebilir ve klinik kanaate dayalı olarak psikoterapinin her aşamasında kullanılabilir. Çocuk danışanlarda ebeveynle birlikte ve ebeveyn gözetiminde bu ödevlerin verilmesi ve uygulanması gerekir. Ebeveynin kendisinin çocukluk-bağlanma travmaları olması durumunda bu ödevleri çocuğuyla birlikte ve oyun oynama bilinciyle yapmaları; bağlanma ilişkilerinin onarılmasına yardımcı olabilir.

Biz çocukluk çağı vd. travmalarla ilgili klinik pratiğimizde EMDR yaklaşımını kullanmaktayız. Güvenli çocuk becerileri danışanın ihtiyacına göre; hazırlık aşamasında kaynak yükleme olarak veya işleme sırasında bilişsel, gelişimsel ve eğitsel müdahaleler olarak kullanılabilir. Biz güvenli çocuk becerilerini; danışanın özellikle çocukluk öyküsü alındıktan sonraki seanslarda ve danışanın bunları almaya uygun olduğuna dair verilen klinik karara göre uygulamaktayız. Çoğunlukla ikinci veya üçüncü seansta kullanmaktayız ancak duruma göre ilk seansta da (örneğin OKB’li çocuklarda, uzaklık-ekonomik durum vd nedenlerle terapiye gelemeyecek-nadiren gelebilecek danışanlarda) verebilmekteyiz.

Güvenli Çocuk becerileri

İlgili alanyazını ve klinik deneyimleri dikkate alarak, danışanların ihtiyacı olan çocuk becerilerini altı başlık altında toplayabiliriz. Bunlar oyun oynamak, yaramazlık yapmak, yalan söylemek, kötü söz kullanmak (argo-küfür), birinden bir şey istemek (yardım istemek dahil) ve kendini övmektir.

1. Oyun Oynamak:

TDK’na göre oyun “Yetenek ve zekâ geliştirici, belli kuralları olan, iyi vakit geçirmeye yarayan eğlencedir.” Lenore Terr de oyunu eğlenceye yönelik bir etkinlik olarak tanımlamakta ve oyunun yani eğlencenin olmamasının insanı köreltiğini ve hatta genel bir oyun eksikliğinin bir toplumu köreltip, donuklaştırdığını belirtmektedir. Ayrıca bir etkinliğin oyun olması için onun kaygısız ve endişesiz bir şekilde gerçekleştirilmesi gerektiğini ve eğlenmek amacını taşıyan her etkinliğin bir oyun olduğunu vurgulamaktadır.(Terr, 2000)

1996’da Texas Austin Üniversitesinde rastgele atış ederek çok sayıda insanı vuran Charles Whitman’ın çocukken babasından fiziksel istismar gördüğü ve hiç oyun oynamadığı, bahçede oyun oynayan akranlarını korku dolu gözlerle seyrettiği öğretmenleri tarafından belirtilmiştir (Terr, 2000, s. 34).

Terr, oyun oynamanın yetişkinler için de bir ihtiyaç olduğunu; keyif verdiğini, bütünlük duygusu ve bir yere ait olma duygusu kazandırdığını, bir şeyler öğrenmek için fırsat sunduğunu, gerginliği azalttığını, ilham verdiğini, sosyal ilişkiler için de önemli olduğunu, esneklik kazandırdığını ve bugünün dünyasında oyunun içimize giden yolda tüm kapıları açan kayıp bir anahtar olduğunu belirtmektedir (Terr, 2000).

Kısaca oyun, çocuklar için yetişkin dünyasının bir simülasyonudur. Zihin teorisini pekiştirir yaratıcılık, problem çözme kapasitesini sosyal ilişkilerdeki becerileri artırır. (Koçyiğit vd. 2007).

Çocuklukta oyun oynama, yetişkin yaşamda kritik olan prefrontal korteksin (PFC) yönetici işlev becerilerinde (Bell ve ark., 2007); problem çözme, işbirliği ve yaratıcılık gibi unsurların gelişmesinde (Yogman vd. , 2018) önemli bir rol oynamaktadır. Oyun ve öğrenme ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olup zihinsel, fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimi sağlamaktadır (Dewar, 2017).

Ayrıca fazla oyun oynamanın, düşük kortizol seviyeleri ile ilişkili olduğu; oyunun ya stresi azalttığını ya da stressiz hayvanların daha fazla oynadığını düşündürdüğü bildirilmektedir. (Wang ve Aamodt, 2011). Oyun oynamanın, özellikle bakım vermeyle birlikte olduğunda, olumsuzluğu modüle ederek veya tamponlayarak toksik stresle başa çıkmaya ve dayanıklılığı geliştirmeye yardımcı olduğu belirtilmiştir (Gamer vd. 2012).

2. Yaramazlık Yapmak

“Çocukken kimin yanında kendinizi güvende hissediyordunuz?” (Van der Kolk B, 2018) sorusu çocuklukta ihmal ve/veya istismar yaşantısı hakkında bir fikir verebilir. Çocukken birinin yanında kendini güvende hissetmek; istediğiniz gibi davranma, isteklerinizi-düşüncelerinizi söyleme, duygularınızı ifade etme, şımarabilme ve hata-yaramazlık yapabilmekle; yani tamamen çocuk olmanızla ilgili olduğunuz gibi sevdiğinizizi, kabul edildiğinizi hissetmektir. Eğer çocuk birine sırtını dayayabiliyorsa belirli sınırlar dahilinde suçluluk ve utanç hissetmeden yaramazlık yapabilir. Çocukken hiç yaramazlık yapmamak ise hiç çocuk olmamakla eşdeğerdir.

Çocuklardaki yaramazlık yapmak da aslında bir oyun-keşif-öğrenme deneyimidir; çocuk olmakla ilgilidir ve çocuklarda olmaması gereken değil, olması gereken hatta olmazsa olmaz bir özelliktir. Çocuklukta yaramazlık yapmak-yapabilmek; bağımsızlık, kontrol ve güç ihtiyaçlarını karşılamak, benliğini dışa vurmak-korumak, sınır belirlemek, yaratıcılık, spontanite, inisiyatif alabilmek ve karar vermek, hata yapmak ve hatalarıyla sevilme-kabul edilmek ihtiyaçlarının karşılanması, dışa vurulmamış duygularını dolaylı olarak ifade edebilmesi ve sağlıklı agresyon gösterebilmesi için güvenli bir yol sunar. Sağlıklı agresyon göstermenin sadece psikolojik sağlamlık için değil bedensel sağlık için de elzem olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalar bastırılmış öfkenin hem kanser gelişiminde hem de ilerlemesinde önemli bir faktör olabileceğini gösteren kanıtlar olup kanserle savaşmak için öfkeyi harekete geçirmenin faydalı olabileceği bildirilmiştir. (Thomas vd, 2000)

Siegel (1999) bir kişinin optimal işlev gösterebilmesi için ihtiyaç duyduğu ideal duygusal bölgeyi “tolerans penceresi” olarak tanımlar. Tolerans penceresi, hiper uyarılma ile hipo uyarılma arasındaki bölge olup kompleks travma ile bu aralık daralmakta, duygu düzenleme zorlaşmakta (Ogden vd, 2006; Schore, 2003; Van der Kolk, 1996) dolayısıyla stres toleransı azalmaktadır.

Tolerans penceresi dar olan travmatize çocuklarda ve yetişkinlerde oyun bilinci ile bilerek ve isteyerek yanlış görünen bir şey yapmanın (yaramazlık yapmak) kaynaklarını besleyeceğini, duygu düzenlemesini kolaylaştıracağını (ör. suçluluk ve utanç duygularının üstesinden gelmek) ve stres toleransını artırarak özgüvenin yükselmesine katkıda bulunacağını öngörmekteyiz.

3. Yalan Söylemek (Kandırmaca):

Yakın zamanda yapılan araştırmalar yalan söylemenin 2 veya 3 yaşında normatif olarak ortaya çıktığını ve özellikle 3 ile 7 yaşları arasında artan yaşla birlikte hızla geliştiğini göstermiştir. Yalan söylemenin çocukların zihinsel durumlarının gelişmesinde ve sosyal gelenekleri anlamalarında merkezi bir role sahip olduğu düşünülmektedir (Lee, 2013). Zihin kuramı (Theory of mind), sosyal etkileşim için gerekli olan, kendinin ve başkalarının zihinsel durumlarını anlama ve ayırt edebilme; başkalarının niyetini anlama, davranışlarını tahmin etme ve buna göre davranabilme yeteneğidir (Wellman, 2014).

Zihin kuramı yeteneği ne kadar yüksekse, çocukların o kadar erken ve daha iyi yalan söyledikleri bulunmuştur. (Chandler ve ark., 1989). Yapılan bir çalışmada beynin yürütücü işlevleri ile yalan söyleme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve daha yüksek stroop görev puanları olan çocukların yalan

söyleme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mevcut bulgular, çocuklardaki yalan söyleme becerilerinin gelişiminin sadece çocukların zihin kuramı becerileriyle değil, aynı zamanda PFC'in yürütücü işlev becerileriyle de ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çocukların aldatması genellikle sorunlu olarak kabul edilirken, mevcut çalışmanın sonuçları, yalan söylemenin çocukların diğerlerinin zihnini anlama ve yürütücü işlevler açısından bilişsel gelişimi ile olumlu yönde ilişkili olduğunu göstermektedir (Talwar ve Lee, 2008).

Çocukluk çağı travması nedeniyle duygu düzenlemede sorun yaşayan bireylerin (Ogden vd, 2006; Schore, 2003; Van der Kolk, 1996) yalan söylemekte zorlanacaklarını, ayrıca hasar görmüş bir zihin kuramı nedeniyle duygusal ifadeleri, sözel olmayan ipuçlarını değerlendirmede sorun yaşadıkları (Simon, 2019) için yalanı ayırt etmekte de sorun yaşayacaklarını varsayabiliriz.

Klinik gözlemlerimiz; travmaya uğramış ve çocukluğunda “uslu/sorunsuz çocuk” olarak nitelenen yetişkinlerin kendilerini tanımlamalarında yalan söyleyemediklerini/ “Doğrucu Davut” olduklarını, yani her koşulda ve durumda zorlantılı bir şekilde ve kendilerini zora sokma pahasına da olsa doğruyu söyleme eğiliminde olduklarıdır.

Kanımızca yalan söylendiğini ayırt edebilme, belki de nasıl yalan söyleneceğini bilmemekten kaynaklanıyor olabilir. Eğer durum böyleyse yalan söyleme ödevi ile yalanın söyleyerek deneyimlenmesi, bir başkasının yalan söylerken fark edilmesini kolaylaştırabilir. Yalan söyleme ödevi espri-şaka yapma amaçlı kadırmaca oyunu şeklinde de yapılabilir. Tüm bunların spontanite ve yaratıcılık gelişimi ile sosyal becerilerdeki önemi yadsınamaz.

Bu yüzden çocuklara “asla yalan söylenilmemelidir” öğretisi yerine, “hangi durumlarda yalan söyleyebilmeliyiz” öğretisinin faydalı olduğunu düşünüyoruz. Örneğin çocuğun tanımadığı, bilmediği, kafasının karıştığı yetişkinlerle iletişimde mutlak güvenliğini koruyabilmesi veya istismarcı-zorba bir akranyla başa çıkabilmesi ve kendini koruyabilmesi için yalan söyleyebileceğini bilmesi elini güçlendirecektir.

Empati ve zihin teorisi gibi sosyal bilişsel becerilerin oyunculuk eğitimi ile ve rol yapma ile geliştirildiği öne sürülmektedir (Goldstein ve Winner, 2012). Bu yüzden çocuklarda yalan söylemenin etik açıdan oyun şeklinde kurgulanması ve kâr amacı gütmeyen şaka-kadırmaca-hikaye üretme şeklinde yapılması, böylelikle suçluluk duymadan yalan söyleyebilmeleri için gereklidir. Karşılıklı hikâye anlatma ayrıca psikoterapi metodu olarak da kullanılmaktadır. (Stirtzinger, 1983)

Yalandan haksız bir çıkar elde ediliyor veya karşısındaki kişi zarar görüyorsa bu güvenli bir çocuk becerisi değildir, etik-ahlaki olarak yanlıştır, sosyal iletişimi sekteye uğratar ve özgüveni zedeler. Bu bağlamda çocukla karşılıklı hikâye uydurmak; hayal gücünü kullanmasına, yaratıcılığının gelişmesine katkıda bulunacaktır. Yalan söylemenin hangi koşullarda kullanılacağı, hangi durumlarda kullanılmaması gerektiğinin sınırları da açık olarak belirlenmelidir.

4. Kötü söz söylemek

Kötü söz kullanmak birçok insan için hem ağrı azaltıcı (hipoaljezik) bir etki yaratır; (Stephens ve ark., 2009) hem de duygusal bir tepki yoluyla ağrı toleransını artırır (Stephens ve Allsop, 2012). Yapılan çalışmalarda geleneksel kötü sözlerin (küfür-argo) ağrı eşliğini %32, ağrı toleransını ise %33 oranında

artırdığı (Stephens ve Robertson 2020); ancak çok fazla kötü söz kullanmanın ise ağrı azaltma etkisini göstermediği (Stephens ve Umland, 2011) bildirmiştir.

Kötü sözlerin güçlü duyguların (Anderson ve Trudgill,2007) özellikle de öfkenin dışavurumu olduğu ve bireyin refahı tehdit edildiğinde dayanılmaz olan duygularla (iç çatışma, bastırma vs) başa çıkmasına yardımcı olarak katarsis etkisi yaratarak duyguyu yatıştırdığı ileri sürülmektedir (Patrick, 1091). Robertson kötü söz aracılı hipoaljezinin, sosyo-kültürel öğrenilmiş davranışları aşan evrensel bir fenomen olduğunu ve insanların akut ağrılı uyarılarla baş etmelerine yardımcı olmak için bir müdahale olarak kötü söz kullanılmasının teşvik edilebileceğini önermektedir (Robertson ve ark., 2017).

Kötü söz kullanımının birey için yararları; stresi gidermesi, ağrıyı azaltması, saldırganlığın engellenmesi(Jay, 2009)., kendine güvenin gelişmesine yardım ettiği ve sosyal açıdan da sinyal verme işlevi yaparak istenmeyen davranışları durdurduğu, grup bağlarını geliştirdiği, mizahı ortaya çıkardığı şeklinde sıralanmaktadır (Vingerhoets vd., 2013). Biz de kötü söz kullanmanın sağlıklı agresyonu ortaya çıkarmaya ve duygu regülesyonuna yardım ettiğini düşünmekteyiz.

5. Birinden Bir Şey İstemek

Zayıf benlik saygısı olanlar 'özeni, ilgiyi ve değeri hak etmedikleri' hissine sahip olabilirler. Başkalarına gösterdikleri ilgi, özen ve nezaketi kendilerinden esirgeyebilirler (Kille ve ark., 2017; Don ve ark., 2019). Yardım istemek-isteyebilmek hem özdeğerle hem de güvenlikle ilgilidir ve öğrenilmiş bir davranıştır. Eğer küçükken çocuğun ihtiyaçları karşılanmadıysa, bunun için suçlandı-cezalandırıldı-utandırıldıysa yardım istemenin yararsız-kötü olduğunu öğrenmiş ve bundan vazgeçmiş olabilir. Bunun dışında çocuk, verdikleri oranında değer görmüşse, yani koşullu sevilmişse de isteyemeyecek, tersine başkalarına bir şeyler vererek değer kazanmaya çalışacaktır. Yine küçükken bakımverenler zor durumda ve yardıma muhtaç haldeyse de çocuk istememeyi ve kendine yetmeyi, başkalarının (bakımverenlerinin-kardeşlerinin vd) ihtiyaçlarını karşılamayı öğrenmektedir. (Van der Kolk, 2015)

Özdeğeri (benlik saygısı) düşük olan insanlar ayrıca yardım ve desteğe ihtiyaç duydukları için güçsüz-yetersiz görünecekleri endişeleri ve utanç hissi nedeniyle de yardım isteyemeyebilirler. Birinden bir şeyler isteyebilmek özdeğerle (yüksek benlik saygısıyla) ilgili olup özeni ve ilgiyi kendine hak görmek ve yardım edilmeye değer biri olduğuna inanmaktan geçer.

6. Kendini Övmek (Kendini Takdir Etmek)

Benlik saygısı, kendinize saygı ve hayranlık duymaktır. Amerikan Psikoloji Derneği, benlik saygısını "kişinin benlik kavramında yer alan niteliklerin ve özelliklerin olumlu olarak algılanma derecesi" olarak tanımlar (Dictionary of Psychology. American Psychological Association. Self-esteem. APA, nd)

Yüksek benlik saygısı, sadece kendinizi beğenmek değil, aynı zamanda kendinize sevgi, değer, haysiyet ve saygı da kazandırmaktır. Olumlu benlik saygısı, aynı zamanda öğrenme, başarıya ve dünyaya katkıda bulunma kabiliyetinize ve kendi başınıza bir şeyler yapma özerkliğine inanmak anlamına gelir (Meškauskienė, 2013).

Başka bir deyişle benlik saygısı, kendiniz hakkında (içte ve dışta) nasıl hissettiğinizdir, kendiniz hakkında ne düşündüğünüzü ve değer verdiğinizi ve başkalarıyla nasıl ilişki kurduğunuzu kapsar. Aynı zamanda, başkalarının size nasıl baktığını, size nasıl davrandığını ve size değer verdiğinde kendinizi nasıl hissettiğinizle de ilgilidir. Bu nedenle, istismara uğrayan veya travma yaşayanların (özellikle çocukken) aynı anda ve gelecekte düşük benlik saygısından muzdarip olmaları daha olasıdır. (AlShawi ve Lafta, 2014).

Özsaygısı düşük olan biri kendini iyi hissetmek için başkalarının takdirine, desteğine ve onayına ihtiyaç duyar. Kendini-yaptıklarını-sahip olduklarını abartarak, olduğundan daha iyi olduğunu kanıtlamaya çalışarak övünüp böbürlenir. Bunu yaparken kendini başkalarıyla kıyaslayarak onları kötülemeye ve küçümsemeye de başvurabilir. Hemen daima kendine güvensizlikten kaynaklanır. Sağlıklı bir benlik saygısına sahip olan biri ise başkalarından onay-destek görmek için değil ve kendini kimseyle kıyaslamadan, kendini desteklemek için abartma ihtiyacı duymadan, kendini-yaptığını över.

Aynı şekilde bir kişinin başkaları tarafından övülmeye-iltifata verdiği tepki de onun benlik saygısıyla ilgili olabilir. Kendisiyle ilgili olumlu bir benlik imajına sahip olan kişilerin iltifatları bir hediye olarak görüp takdir ve teşekkürle karşılarken, kendisiyle ilgili olumsuz bir benlik imajına sahip olan kişiler ise iltifatı reddettikleri veya olumsuz değerlendirdikleri görülmektedir. (Pomerantz, 1978). Yapılan bir araştırmada düşük benlik saygısı olan bireylerin yüksek benlik saygısı olanlara kıyasla iltifatları aldıktan sonra kendileriyle ilgili daha fazla endişe ve olumsuz etki hissettiklerini ve bunun da bu iltifatları değersizleştirmelerine yol açtığı gösterilmiştir. Bu olumlu geribildirim, kendileriyle ilgili inançlarıyla uyumadığı için genellikle şüphe ve güvensizlikle karşılaşmakta ve reddedilmektedir. (Kille ve ark., 2017).

Yapılan araştırmalar olumlu kendi kendine konuşmanın, başarının en büyük göstergesi olduğunu belirlemiştir. (Tod vd., 2019; Walter vd., 2019). Kendini övme (kişinin kendisi hakkında olumlu bir ifadeye bulunması) hem iç konuşma yoluyla hem de başkalarına yapıldığında özgüveni yükseltecek bir eylemdir. Ancak sosyal ortamlarda kendini övmenin -konuşma arasında ve yeri geldiğinde iyi yaptığı şeylerden bahsetmenin- övünme veya böbürlenmeye kaçmadan yapılması ve sınırlarının çok iyi korunması gerekmektedir. (Dayter, 2014). Tıpkı başkalarını (ör. çocuklarını) takdir ederken nasıl bir rahatsızlık duyulmuyorsa kendini de takdir ederken de rahat hissedilmesi gerekmektedir.

Güvenli Çocuk Becerileri Ödevleri

Danışana yaşadığı travmalar nedeniyle normal bir çocukluk yaşayamayan bir anlamda hiç çocuk olamayanların yetişkin yaşamda bazı açılardan çocuk kaldıkları/immatür davranışlar sergiledikleri açıklanmalı ve yeniden çocuk olmayı öğrenerek yaşanmamış çocukluğun telafi edilebileceği açıklanmalıdır. Bunun için 3-5 yaş çocukların özelliklerini ve kendisinin bunlardan yapamadıklarını belirleyerek ödev olarak verileceği, bunları yapabilmeyen psikolojik esnekliği sağlayacağı ve kaynaklarını güçlendireceği yönergesinin verilmesi gerekir. Buradaki kuralın “Kimsenin zarar görmeyecek olması, ne kendisi, ne de başkaları” olduğu açıklanmalıdır. Ayrıca normal bir çocukluk geçiren her çocuğun ‘oyun oynadığı, yaramazlık yaptığı, yalan söylediği, duyduğu argo kelimeleri-kötü sözleri anlamını bilmeden taklit ettiği, şımarıklık yaptığı-birşeyler istediği ve kendini övdüğü’ açıklanmalıdır: Çok uslu çocuk danışanlara da öncelikle yaramazlık yapıp yapmadığı sorulabilir, sonra da “Bir çocuğun yaramazlık yapmadan büyüyemeyeceği” yönergesi ile ‘hangi yaramazlıkların güvenli olduğu’ çocukla ve ebeveynle birlikte belirlenerek ödevlerin verilmesini önermekteyiz. Danışanın ödevlerini kendisinin yazması gerekir:

Ödevler

1. Oyun oynamak: Hergün yapılacaklar: Şarkı söylemek, dans etmek.

Bir kez yapılacak olan (danışan eğer isterse aralıklı olarak yapabilir): Kendine (içindeki çocuğa) bir oyuncak almak ve onunla oynamak. Kural: Oyuncuğunu hiç kimseye vermeyecek, çocuğuna bile.

Aralıklı yapılacak diğer oyun becerileri: Hobileriyle ilgilenmek, lunaparka gitmek, çığlık atmak, resim yapmak, koşmak, bisiklete binmek vd sporları yapmak; çamurda oynamak, üstünü kirletmek ve o şekilde gezmek (hem oyun hem yaramazlık becerisi) olabilir.

2. Yaramazlık yapmak (Haftada bir kez yapılacak)

a) Kırmaya uygun bir objeyi, ör. bardak kırmak (sağlıklı agresyon gösteremiyor, yani kendisini kıranları kıramıyor, hakkını savunamıyor, sınırlarını belli edemiyor ve ‘hayır’ diyemiyorsa, bunları yapana dek 10 günde bir, bir objeyi kırmaya devam edecek. Oyunculuk becerileri yetişkin yaşama hazırlanma için önemlidir ve rol yapma ile başlar. Bu yüzden ilk obje kırmasını birileri varken yapacak ve sanki yanlışlıkla yapmış gibi rol yapacak. Danışanın bir şey kırmayı evin içinde güvenlik içinde yapabilmesi için neyi, nerede ve nasıl kıracağı ile ayrıntılar mutlaka konuşulmalı. Mutfak tezgahının üstü-içi, balkon, evde boş bir alan, küçük çocuk ve hayvanların olmadığı bir zaman, kırma ödevi için belirlenebilir. Belirli bir yükseklikten bırakılarak, sert bir zemine vurularak, metal bir aletle vurularak kırılabilir.

Psikolojik esnekliği olmayan bazı danışanlar bir şey kırmanın korkunç bir israf, suç işleme, kendinin ayıplanacağı-kızılacağı korkusu, kırık parçalarının birilerine-kendine korkunç zararlar vereceği ile ilgili rasyonel olmayan inançlara sahip olabilirler. Bu kişiler bir şey kırdıklarında da genellikle orantısız şekilde suçluluk hissetmektedirler.

Danışan eğer kıramayacağını söylüyorsa bunu neden yapamadığını sormak, yaparsa ne olacağını konuşmak önemlidir. Ör. danışanın çocukluğunda sağlıksız agresyonu olan aile üyesinin eşyaları kırması ile ilgili travması olabilir ve bu durum tetiklenmeye yol açıyor olabilir. Bu durum travma terapisiyle (ör. EMDR gibi) işlemlenmelidir. Danışan bu travmalarına duyarsızlaştığında veya bu ödevi yapmaya hazır olduğunda bir obje kırması, korktuğu-çekindiğı bir şeyin üzerine gittiğı için travmasına duyarsızlaşmasına katkıda bulunacaktır. Bazen danışanlarda bu ödevlerin gereksiz-saçma olduğ u ve bunun hiçbir iş e yaramayacağı şeklinde direnç de gözlenebilir. Danışana bunu yaparak ne kaybedeceği, bunu yapmak istememesinin bilinçdışı motivasyonunun ne olabileceğı, bir şeyi denemeden iş e yaramadığına karar vermenin nasıl bir çıkarım olduğ u konuşulabilir ve hayatın bir seçim olduğ u vurgulanabilir; tıpkı ilaçları kullanmak ve/veya terapiye gelmek gibi. Çocuk danışanlarda bir objeyi kırma ödevinin yetişkin gözetiminde ve güvenli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

b) Gizlice evin duvarını karalayacak (koltuk-dolap arkası gibi görünmeyen bir yer olabilir). Sadece bir kez yapılacak. Minik bir karalama ya da eğer isterse resim de çizebilir. İlk iki ödevi eğer evliyse üç evde yapılacak: Kendi evi, anne babasının evi, eşinin anne babasının evi.

c) En az bir kez hile yapmak (ödülü olmayan tavla, okey, iskambil vs), çok dakik biriye ve geç kalanlara çok kızılırsa-kırılıyor-aşırı tepki veriyorsa çok önemli olmayan buluşmalara geç kalmak, imla kurallarına karşı aşırı titizse konuşmalarda-yazılı mesajlarda imla hatası yapmak vs

d) Eğer titizlik ve düzenlilik-simetri vs varsa haftada bir yatağını-evini toplamamamak, bulaşık bırakmak, tablo-yastık-terlik vs eğriltmek. Düzen ve kontrol ihtiyacı olan bireyler yaşamda yolunda gitmeyen şeyler olduğ unda, bir şeyler istedikleri gibi olmayınca veya küçük aksilikler karşısında bile tahammülsüzlük göstermekte, kabullenememekte ve abartılı duygusal-fiziksel-düşünsel-davranışsal tepkiler vermektedirler. Bu yüzden karşısındakinden kendisi gibi performans göstermesini bekleme, çabuk parlama veya hayal kırıklığı-kırgınlık-alınma ile çökme gibi tepkilerini kontrol edemeyenlerde bu ödevler psikolojik dayanıklılığı artıracaktır.

e) Gölgeleleriyle barışmak (bütünleşmek): Carl G Jung personayı kişinin başkalarının onda görmesini istediğı ve olmayı istediğı tarafı; gölgeyi ise kendinde kabul etmekte zorlandığı-reddettiğı karanlık yönü olarak tanımlar. Gölge yanıyla yüzleşip bütünleşerek ve psikolojik esnekliğ e kavuşmak için “Ben asla bunu yapmam” veya “Ben asla böyle biri değilim” “İnsanlar asla şunu yapmamalı” denilen ne varsa, bunların

kendinde olduğunu, geçmişte-bazı koşullarda bunları yaptığını fark etmek ve bunları yapmak insanın gölge yanını aydınlatır ve onu bütünleştirir.

Bunun için başkalarında dayanamadığı şeyleri yapacak. Bunlar: Ör. yüksek sesle konuşulmasına sinir oluyorsa arada bir yüksek sesle konuşmak, yüksek sesle müzik dinlemek (kısa süreli), gürültü yapmak, güvenli kural ihlalleri yapmak, sokağa-doğaya çöp atarlara abartılı tepkiler veriyorsa sadece bir kez minik bir peçete parçasını sokağa atmak, sokağa tükürmek, giyiminde katı ise ılıman zıt değişiklikler yapmak, dedikodu yapanlara aşırı tepki veriyorsa “olumlu dedikodu” yapmak (başkasının arkasından onun iyi özelliklerini konuşmak), insanlar sahte geliyorsa kendisine sahte davranarlara sahte davranmak (rol yapmak), insanlar ikiyüzlü geliyorsa bu kişilere ikiyüzlü davranmak, boş konuşulmasına sinir oluyorsa bu kişilerle boş konuşmak, kibirli insanlara dayanamıyorsa ‘kibirli görünmek’ güçsüzlükten nefret ediyorsa ‘güçsüz görünmek’ aptallığa tahammülü yoksa ‘aptala yatmak.’ Burada danışana şu ayrımı yapmak çok önemlidir: ‘kibirli görünmek’ ile ‘kibirli olmak’ ‘güçsüz görünmek’ ile ‘güçsüz olmak’ aynı şey değildir: “Güçlü insanlar güçsüz görünmekten çekinmezler” “Karizmatik insanlar da kibirli görünürler ancak kibirli değildirler” şeklinde bilişsel müdahalelerde bulunulabilir. Tüm bu ödevlerin bir oyun mantığıyla kurgulanması esastır. Örneğin trafikte yol vermeyenlere (yanlış park edenlere) aşırı sinirlenen ve bunu fiziksel, duygusal ve düşünsel zihninden ve bedeninden atamayan biri ara sıra (her zaman değil) birilerine yol vermediğinde yol vermeyenler onu rahatsız edemeyecektir. Değiştiremeyeceği şeyleri olduğu gibi kabul etmek ve dingin bir varoluğu korumak temel amacımızdır.

f) Bugünkü-geçmişteki istismarcılarının (ve/veya ihmal edenin) eşyalarına, resmine gizlice tükürmek: Anne-baba, eş, akraba vs çamaşır çekmecesine gizlice tükürmek, çocukluğunda yaşadığı istismar-ihmali telafi edecek, çocukça ve zarar vermeyen bir eylemdir. Danışana bu ödevi yapanın bir yetişkin değil, bir çocuk olduğu vurgulanmalıdır. Şöyle ki bugünkü yetişkin; içindeki küçük çocuğa, zararının telafisi için ebeveyn gözetimiyle ve yandaşlığıyla yardım ediyor olacak. Danışan bu ödevi istismarcı anne babasının eşyalarına yaptığında -kimseyi incitmeden- sağlıklı agresyon yoluyla ebeveynleriyle olan psikolojik göbek bağını (bağımlılığını) kesecektir. Böylece ebeveynleriyle olan ilişkinin geçmişteki ‘güçsüz mağdur çocuk’- ‘güçlü yetişkin ebeveyn’ ilişkininden eşit olana ‘yetişkin-yetişkin’ ilişkinine evrilmesine yardım edecektir.

3. Yalan söylemek: Günde en az bir kez yapılacak. Kurallar: Söylediği yalandan herhangi bir çıkarı olmayacak, zarar görmeyecek ve zarar vermeyecek. Olabilirliği olan sıradan bir konuda yalan söyleyecek. Kahvaltıda yemediği bir şeyi yediğini veya tersini söyleme, yolda kedi görmesini, tüyelerini, rengini anlatma, bir hafta önce olan olan bir şeyi bugün olmuş gibi anlatma, görmediği bir rüyayı anlatma, “Bir Nisan Şakası” şeklinde de söylenebilir, "Kim daha fantastik bir yalan söyleyecek" oyunu gibi, bir arkadaşıyla çocukça yalan söylemek şeklinde yapılabilir. Terapist danışandan bir yalan söylemesini isteyebilir. Eğer bunu yapamazsa terapist bir yalan söyleyerek yardım edebilir. Bunu yaparken kendini nasıl hissettiğini veya eğer yalan söyleyemezse terapist, yalan söylerse ne olacağını-düşüneceğini-hissedeceğini sormalı. Benlik saygısı çok düşük olan danışanların genellikle olumsuz-kendilerini kötü gösteren bir yalan söyledikleri gözlenmektedir.

4. Kötü söz söylemek Günde en az bir kez yapılacak. Kurallar: Yalnızken ve sesli olarak yapılacak. Çocuk gibi-çocuk ağzıyla yani anlamından bağımsız olarak kötü söz söyleneceği söylenmeli. Küçük çocukların duyduklarını taklit ettikleri, o kötü sözlerin anlamını bilmedikleri vurgulanmalı. Haksızlığa uğradığında, kızdığında veya geçmişteki onu inciten insanlara -anne-baba da olabilir- kötü söz söylemek. Rövanşın alınamadığı-alınamayacağı durumlarda güçlü bir rahatlatıcı-duygu düzenleyicidir. Kötü sözler ayrıca mizah

olarak da kullanılabilir, samimi sosyal ortamlarda gevşemeyi sağlar. Bunun dışında biri kendisine kötü söz kullandığında (trafikte, madde etkisiyle) bu sözleri alt üst olmadan ciddiye almamayı da sağlayacaktır.

5. Birinden bir şey istemek, şımarıklık yapmak: Günde en az bir kez yapılacak. Kendisinden bir şey istenilen kişinin bu istediği şeyi vermesi gerekmiyor, başkalarının kolayca istediği ama kendisinin isteyemediği küçük şeyler istenecek. İsteyemediği kişilerden (eşinden, anne babasından, yetişkin çocuklarından, arkadaşlarından, çalışanlarından) küçük miktar para, bir yere bırakması-alması, gelirken marketten küçük bir şey satın alması, evine gittiği birinden yiyecek bir şeyler istemesi-o kişiden kendisi için bir yiyecek hazırlaması (pasta, yemek vs) istenebilir. Zaten isteyebildiği şeyler sayılmıyor. Yardım-iyilik istemek veya fikir sormak da buna dahil olabilir.

6. Kendini övmek: Günde en az bir kez yapılacak. İyi yaptığı herhangi bir şeyi konuşma arasında söyleyecek. "Şimdi bana kendinizi övün" dediğinizde bazı danışanların çok zorlandıkları izlenmekte. "İnsanlar ..'de iyi olduğumu söylüyorlar" gibi söylerlerse kabul etmeyiniz ve bunu "...de iyiyim" şeklinde düzeltiniz. Ör. "İyi resim yaparım, iyi araba kullanırım, dün yaptığım yemek çok güzeldi." İltifat edildiğinde reddeden danışanlar için de iltifatları teşekkürle karşılması için rol playing yapılabilir. Ör. giyimi, saçları veya iyi yaptığı bir şeyle ilgili övgü kullandığınızda sadece teşekkür ederim diyebilmeli veya "ben de beğeniyorum" "evet bu kıyafet bana yakıştı" "bu renk beni çok açıyor" gibi karşılık vermesi sağlanabilir.

Güvenli Çocuk Becerilerinin Terapide Kullanılması

Olgu-1: 28y, erkek, bekar danışan 2 hafta önce başlayan bayılacak gibi olma, bulantı, baş dönmesi, yorgunluk, sıkışma hissi, tansiyon düşüklüğü ataklar halinde gelmiş, yemek yiyememe ve kilo kaybı olmuş. Yapılan organik tetkikler normaldi. Panik bozukluk ve kompleks TSSB tanısı konuldu. SSRI grubu antidepressan ile anksiyolitik ilaç başlandı ve EMDR psikoterapisi planlandı. Premorbid öyküsünde uçak fobisi ve kan-enjeksiyon fobisi vardı. Sorunları hakkında konuşmak zor geliyor, tıkanıyor ve kimseye anlatmıyor, ağlayamıyordu. Başkalarının üzüntüsüne-kırılmasına karşı aşırı empatikti. Çocukluk çağında anne-baba arasında tartışmalar ve duygusal istismar öyküsü vardı (istenmeyen davranışları-sözleri ebeveynleri tarafından uzun süre konuşmayarak cezalandırılıyordu). Çocukluğunda hiç yaramazlık yapmamıştı, aşırı uslu ve sorunsuz bir çocuktü. Yetişkin olduğunda da sağlıklı agresyon gösteremiyordu, üzüntü disosiasyonu vardı (ağlayamıyordu), insanları kırmaktan-üzmekten korktuğu için hayır diyemiyor, kendini savunamıyordu. Kompleks travmaları olan danışana EMDR ile ilk seansta yaşadığı panik atağı, ikinci seanstan itibaren de çocukluk çağı travmaları hedef alınarak çalışıldı. 2. EMDR seansında çocuk becerileri ödevleri verildi. Ödevlerin bazılarını yapmasının neredeyse imkânsız olduğunu söyledi ve uzun süre bunları yapamadı. EMDR terapisi ile travmaları çalışılmaya devam ederken her seansın sonunda çocuk becerileri ödevleri için (ör. birinden bir şey isteme ödevi için) rol playing yapıldı. Seans sırasında kötü söz kullanma pratikleri yapıldı. Kendini övme için hangi konularda iyi olduğu belirlendi ve hangi cümlelerle bunu yapacağı pratik edildi. Yalan söyleme ödevi için seansta hayal gücünü kullanarak terapistle birlikte hayali öyküler anlatıldı. Diğer ödevlerini tamamlayabildi ancak bir obje kırma ödevini uzun süre yapamadı. Bunun üzerine seans sırasında fiziksel olarak hayali obje kırma egzersizleri yapıldı: Bunun için hayali bir bardağı yere atma, hayali bir topla pencereyi kırma egzersizini seans sırasında defalarca denemeden sonra yapabildi. Sonrasında evde gerçek bir bardağı kırabildi. Özellikle kırma ödevini yaptıktan sonra istemediği şeylere hayır diyebildi, kırıldığını insanlara söyleyebildi, sağlıklı agresyon gösterebildi. EMDR terapisi ile geçmiş travmalarına duyarsızlaşan danışanın bugünkü sorunlarında, özellikle sosyal ilişkilerindeki eksikliklerini çocuk becerileri ödevlerini yaptıktan sonra giderebildiği

gözlendi. Toplam 20 seans EMDR terapisi gören danışan çocuk becerileri ödevlerini 15. seansta tamamlayabildi.

Olgu-2: 36y, erkek, bekar danışan sekiz yıl önce başlayan işitsel-görsel varsanları, perseküsyon ve referans sanrıları, uykusuzluk, işyerinde çalışamama şikayetleri ile psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmüş. 2 yıldır Şizofrenik bozukluk tanısıyla antipsikotik ilaç kullanıyordu, içgörüsü vardı, stabildi ve son bir yıldır pozitif belirtisi yoktu. Premorbid öyküsünde çocukluk çağında babasından; şiddetli fiziksel istismar kötü söz,-hakaret ve aşağılama şeklinde duygusal istismar ile annesi tarafından duygusal ihmal öyküsü vardı. Annesi de babasından fiziksel ve duygusal istismar görüyordu. Çocukken hiç yaramazlık yapmamıştı, çok uslu ve çekingendi. Hiç arkadaşı yoktu, iletişimde tutukluğu vardı ve toplumda rahat olamadığından yakınıyordu. İşyerindeki performansı düşüktü, kendini ifade edemiyor, istemediği şeylere hayır diyemiyor, sağlıklı agresyon gösteremiyor, insanlarla iletişimde, toplantılarda veya biri yüksek sesle konuştuğunda ona kızdığına-iğneleyici konuştuğunda donup kalıyor, konuşamıyordu. Ailesiyle birlikte yaşıyordu, babasına karşı gelemiyor, ondan korkuyor, iletişimden kaçınıyordu. Babasının kendisine sürekli dışarı çıkması konusunda karıştığını, nereye-niçin gittiğini sorduğunu ve gitmemesini telkin ettiğini söyledi. Babasıyla ilişkisinde yetişkin gibi değil küçük bir çocuk gibi hissediyor ve davranıyordu: Kendisine kızmasından korkarak yaptığı ve yapacağı her şeyi babasına söylüyordu. Danışana EMDR psikoterapisi yapıldı, ilk seansta güncel sorunu hedeflendi (toplantıda konuşamaması) 2. seanstan itibaren çocukluk travmaları hedef olarak alındı. Çocukluk travmalarının çalışıldığı seansın sonunda danışana kaynaklarını güçlendirmek ve yaşayamadığı çocukluğunu telafi etmek için çocuk becerileri ödevleri verildi. Seans sırasında babasından gördüğü fiziksel şiddet anılarını çalışırken rol playing ile babasına kötü kelime kullanma egzersizi yapıldı. Oyun oynama ödevlerinin içinde lunaparka gidip çığlık atma, çamurlu su birikintisine basma ödevleri vardı. Danışan diğer seansa geldiğinde bu ödevleri yaparken hafifleme ve büyük bir rahatlama hissettiğini ifade etti. Çocuk becerileri ödevlerini tamamladıktan (4. seans) sonra babasına haber vermeden ve izin almadan dışarı çıkmaya ve ona nereye gittiğini söylememeye başladı. Toplam 10 seans EMDR terapisi alan danışanın babasından korkusu tamamen geçti, sosyal ilişkilerinde belirgin artış oldu. İşyerinde toplantılarda kendini ifade etmesi ve savunması arttı.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocukluk çağında yaşanan istismar, ihmal vd travmalar; bir çocuğun olduğu gibi davrandığında veya bir hata yaptığında cezalandırıldığı-reddedildiği-ihmal edildiği ve böylece güvenlik duygusundan mahrum edildiği için çocuk olmaktan, kendisi gibi davranmaktan alıkoymakta, kendini reddetmesine, hatta zarar vermesine (Helvacı-Çelik&Hocaoğlu, 2022) yol açmaktadır. Güvenli bağlanmaya sahip olanlar ki bu sadece ebeveynlerden değil, ailenin başka bir üyesinden, bir aile dostundan, öğretmenlerden varlığının koşulsuz kabul edilmesi ve onaylanmasını alarak güvenli bir dayanak bulmuş olanlar; bir şekilde bu travmaları ağır bir hasar almadan veya daha kolay atlatabilirken (Aspelmeier vd., 2007) güvensiz bağlanması olanlar daha fazla risk altındadırlar (Erozkan, 2016). Böyle bir danışanın terapistin yargısız kabulü ile bağlanma travmasını onarmak, varolan kaynaklarını güçlendirmek ve yeni kaynaklar eklemek için güvenli çocuk becerilerini kullanabilmesi, içindeki çocuğu yargısızca kabullenebilmesi, travmanın neden olduğu utanç duygusunun giderilmesine, otantik benliğine ulaşarak özdeğerinin ve kendine güveninin artmasına yardım edecek; psikolojik esnekliğini artıracak, sorunlarla başa çıkabilmesinde yardımcı olacaktır. Gerek çocuk-ergenin gerekse yetişkinin oyun oynaması, yaramazlık yapması, gerektiğinde yalan söyleyebilmesi, duygularını düzenlemek için kötü söz söyleyebilmesi, insanlardan bir şeyler isteyebilmesi ve kendini başkalarına takdir edebilmesi kısaca ebeveylelerinden alamadığını kendine

sunması, bağlanma travmalarının onarılmasında, 'kendine iyi ebeveynlik' yapabilmesinde yardımcı olacaktır.

Güvenli Çocuk Becerilerin Doğuşu

Öztannöver, kompleks travmalarla EMDR ile çalışırken danışanların travmalarına ve tetikleyicilerine duyarsızlaştıklarını, ancak gerek kendileriyle ilişkilerinde ve gerekse sosyal alanda eksikliklerinin devam ettiğini gözlemlemiş, bunları gidermek ve yeni kaynaklar yüklemek gerekliliği üzerinde durmuştur. Bu kişilerin özelliklerine baktığında; insanlardan yardım isteyemediklerini, başkalarının yanında rahat olamadıklarını ve kendilerini güvende hissedemediklerini gözlemledi. Ayrıca duygularını ve düşüncelerini rahat ifade edemediklerini, sağlıklı agresyon gösteremediklerini, kendilerini ve kendilerine ait olan şeyleri koruyamadıklarını, hata yaptıklarında kendilerine karşı acımasız sözler ve davranışlarda bulduklarını - başkalarına ise kötü söz kullanamadıklarını- iyi yaptıkları şeyleri de takdir etmediklerini, bedenlerinin katı- kasılmış olduğunu, spontan hareketlerinin az olduğunu (ör. çoğunlukla dans edemediklerini) ve mimiklerini doğru kullanamadıklarını gözlemledi. Eğer bu danışanların normal bir çocukluk geçirmiş olsalardı bu eksiklikleri yaşamayacakları varsayımından yola çıkarak çocukların doğal olarak yapabildiği şeylere yöneldi. Örneğin duyarlı ebeveynlerle büyüyen çocuklar yaramazlık yapabiliyor ve bununla sınırlarını keşfediyorlardı. Bu yüzden danışanlara önce çocukların yaptığı gibi "yaramazlık yapma ödevi" vermeye başladı. Danışanların bu ödevleri yaptıktan sonra hata toleransında ve duygusal esnekliklerinde artış olduğunu gözlemledi.

Öztannöver tüm bunlardan yola çıkarak danışanların çocuklukta yaşadıkları travmaları nedeniyle ebeveynlerinden alamadıkları ve kendilerinden de esirgedikleri ebeveyn bakımı-gözetiminin ve yaşanmamış bir çocukluğun telafi edilmesinin gerekliliği üzerinde durarak; küçük çocukların (3-5yaş) diğer özelliklerini araştırmış ve bunları 6 başlık altında toplayarak oluşturduğu Güvenli Çocuk Becerileri'ni 2016 yılından beri çocukluk ve bağlanma travmalarında kullanmaktadır. Katıldığı kongrelerde ve düzenlediği kompleks travmalarla ilgili workshoplarda alandaki yetişkin ve çocuk danışanlarla çalışan ve farklı ekolleri kullanan psikoterapistlerle de bunları paylaşmış ve onlardan da halen olumlu geribildirimler almaktadır. Psikoterapistlere verdiği eğitimlerde bu ödevleri kendilerinin de yapmalarını ve ödevleri yaparken ne hissettiklerini fark etmelerini (aynı şekilde danışanlardan da) istemektedir. Her danışanın zorlandığı kendine has bir-daha fazla alan olabilirken çoğu danışanın ve psikoterapistlerin en çok zorlandığı ödevin bir obje kırma ödevi olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak Güvenli Çocuk Becerileri, hem çocuk hem de yetişkin danışanlarda tüm psikoterapötik müdahalelere kaynak yükleme şeklinde entegre edilerek kullanılabilir. Güvenli Çocuk Becerilerinin psikoterapötik etkinliği konusundaki deneyimlerimiz ve danışanlarımızda gözlemlediğimiz olumlu gelişmelerle ilgili somut verilere ulaşılması için kontrollü çalışmaların yapılmasının bu entegrasyonu hızlandıracağını düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

- Akkoyun, F., (1995). *Transaksiyonel Analize Giriş*, Ankara.
- AlShawi, A. F., & Lafta, R. K. (2014). Relation between childhood experiences and adults' self-esteem: A sample from Baghdad. *Qatar medical journal*, 2014(2), 82–91.
<https://doi.org/10.5339/qmj.2014.14>
- Anda, R. F., Brown, D. W., Dube, S. R., Bremner, J. D., Felitti, V. J., & Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American journal of preventive medicine*, 34(5), 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.02.002>.
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 282(17), 1652–1658. <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
- Andersson, L. G., Trudgill, P. (2007). Swearing. In L., Monaghan, J. Goodman, (Eds.), *A cultural approach to interpersonal communication* (pp. 195-199). Oxford, UK: Blackwell
- Atilgan Erozkın (2016). The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1071 - 1079. DOI: 10.13189/ujer.2016.040517.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"?. *Cognition*, 21(1), 37–46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8).
- Bell, H. C., Pellis, S. M., & Kolb, B. (2010). Juvenile peer play experience and the development of the orbitofrontal and medial prefrontal cortices. *Behavioural brain research*, 207(1), 7–13.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.09.029>
- Berne, E. (1958). Transactional analysis: A new and effective method of group therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 12(4), 735-743.
- Berne., E., (1988). Herkes İçin Psikiyatri ve Psikoanaliz Rehberi (Kapkın E., Trans.). İstanbul: Yaprak Yayınları.
- Berne., E., (2016). İnsanların Oynadığı Oyunlar (Haktanır Ü.H., Trans.). İstanbul: Koridor Yayınları.
- Bessel A. Van Der Kolk; *Beden Kayıt Tutar*; 2018, Nobel Yaşam Yayınevi.
- Bracha, H. S., Ralston, T. C., Matsukawa, J. M., Williams, A. E., & Bracha, A. S. (2004). Does "fight or flight" need updating? Psychosomatics: *Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 45(5), 448–449. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.5.448>
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: elaborating a central construct in attachment theory.
- Brownell, M., Kozyrskyj, A., Fuchs, D., & Santos, R. (2011). Using administrative data to study child health. Utilisation des données administratives pour étudier l'état de santé des enfants. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 6(Spec Issue), 91–93.

- Bruner, J. (1972). The nature and uses of immaturity. *American Psychologist*, 27, 687-708.
- Burger, J., M. (2006). Kişilik: Psikoloji Biliminin İnsana Dair Söyledikleri. (Çev. İ. D. E. Sarıoğlu), İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., & Reiss, A. L. (2007). Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*, 119(3), 509–516. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2028>.
- Carter, C. S., Kenkel, W. M., MacLean, E. L., Wilson, S. R., Perkeybile, A. M., Yee, J. R., Ferris, C. F., Nazarloo, H. P., Porges, S. W., Davis, J. M., Connelly, J. J., & Kingsbury, M. A. (2020). Is Oxytocin "Nature's Medicine"? *Pharmacological reviews*, 72(4), 829–861. <https://doi.org/10.1124/pr.120.019398>.
- Castro, B., Castro, D., & Poznanski, R. (1993). Utilisation du jeu de rôle en psychothérapie de l'enfant et en psychopédagogie [Use of role-playing in child psychotherapy and psycho-pedagogy]. *Annales medico-psychologiques*, 151(7), 535–537.
- Center on the Developing Child at Harvard University. 2021. *Toxic Stress Disrupts Brain Architecture*. [online] Available at: <<https://developingchild.harvard.edu/resources/wp3/>> [Accessed 28 November 2021].
- Chandler, M., Fritz, A. S., & Hala, S. (1989). Small-scale deceit: Deception as a marker of two-, three-, and four-year-olds' early theories of mind. *Child Development*, 60(6), 1263–1277. <https://doi.org/10.2307/1130919>.
- Chelmicka-Schorr E, Arnason BG. (1994). Nervous system-immune system interactions and their role in multiple sclerosis *Ann Neurol* 1994;36 Suppl: S29-32. doi:10.1002/ana.410360710.
- Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018). The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in psychology*, 9, 534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534>.
- Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2013). "Overview of Adverse Child and Family Experiences among US Children." Data Resource Center, supported by Cooperative Agreement 1-U59-MC06980-01 from the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau (MCHB). Available at www.childhealthdata.org. Revised 5/10/2013.
- Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis *Psychol Med*. 2013 Feb;43(2):225-38 DOI: [10.1017/S0033291712000785](https://doi.org/10.1017/S0033291712000785)

- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 86–100. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86>
- Darıcı, S. (2013). *Bilinçaltı Reklamcılık ve İletişim Teknikleri*, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları.
- Daria, D. (2014). Self-praise in microblogging *Journal of Pragmatics* 61:91–102
DOI: [10.1016/j.pragma.2013.11.021](https://doi.org/10.1016/j.pragma.2013.11.021)
- David J. Lieberman. (2009). *Herkese Her İstediginizi Yaptırın*. Butik Yayınevi.
- Diamond, M. C., Krech, D., & Rosenweigh, M. R. (1964). The Effect of Enriched Environment on The history Of The Rat Cerebral Cortex. *The Journal of comparative neurology*, 123, 111–120. <https://doi.org/10.1002/cne.901230110>.
- Don, B. P., Girme, Y. U., & Hammond, M. D. (2019). Low Self-Esteem Predicts Indirect Support Seeking and Its Relationship Consequences in Intimate Relationships. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 45(7), 1028-1041. <https://doi.org/10.1177/0146167218802837>
- Dovey, T. M., Kumari, V., Blissett, J., & Mealtime Hostage Parent Science Gang (2019). Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different?. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 61, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.008>.
- Dupond, J. L., Humbert, P., Taillard, C., de Wazieres, B., & Vuitton, D. (1990). Relation entre maladies dysimmunitaires et traits de personnalité chez la femme [Relationship between autoimmune diseases and personality traits in women]. *Presse medicale (Paris, France : 1983)*, 19(44), 2019–2022.
- Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*. 129(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/1/e224
- Einon, D. F., Morgan, M. J., & Kibbler, C. C. (1978). Brief periods of socialization and later behavior in the rat. *Developmental psychobiology*, 11(3), 213–225. <https://doi.org/10.1002/dev.420110305>.
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., Guthrie, I. K., & Murphy, B. C. (2001). Mothers' emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: mediation through children's regulation. *Developmental psychology*, 37(4), 475–490. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.4.475>.
- Ensink, K., Fonagy, P., Normandin, L., Rozenberg, A., Marquez, C., Godbout, N., & Borelli, J. L. (2021). Post-traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children: Secure Attachment as a Protective Factor. *Frontiers in psychology*, 12, 646680. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646680>

- Erskine, R. G. (1988). Ego Structure, Intrapsychic Function, and Defense Mechanisms: A Commentary on Eric Berne's Original Theoretical Concepts. *Transactional Analysis Journal*, 18(1), 15–19. <https://doi.org/10.1177/036215378801800104>.
- Fagundes, C. P., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain, behavior, and immunity*, 27(1), 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.06.014>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).
- Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J., & Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1010–1016. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.006>.
- Garbarino, J. (1987). Psychological maltreatment: Issues and perspectives. *Psychological maltreatment of children and youth*.
- Geçtan, E. (2014). *Psikanaliz ve Sonrası*, İstanbul: Metis Yayınları.
- Goldstein, T. R., & Winner, E. (2012). Enhancing empathy and theory of mind. *Journal of cognition and development*, 13(1), 19-37.
- Gökçe, E., Cengiz, Z. ve Erbaş, O. (2018). Uzun ömrün sırrı: *Vagus siniri (FNG & Bilim Tıp Dergisi*; 4(3):154-165.
- Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature reviews. Neuroscience*, 14(7), 488–501. <https://doi.org/10.1038/nrn3524>
- Hardy, A. (2017). Pathways from trauma to psychotic experiences: A theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8(697). doi: 10.3389/fpsyg.2017.00697
- Harris, R. (2018). *Kabul ve kararlılık terapisi ACT'i kolay öğrenmek: İlkeler ve ötesi için hızlı bir başlangıç*. (3. Baskı). Karatepe, H.T ve Yavuz, K.F (Çev.). İstanbul: Litera Yay.
- Helvaci Celik, F. G., & Hocaoglu, C. (2022). Implications of Childhood Trauma on Suicidal Behavior and Deliberate Self-Harm in Patients with Major Depressive Disorder. *Psychiatria Danubina*, 34(1), 57–63. <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.57>.
- J. Cassidy, & P. R. Shaver, (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications içinde* (2. baskı) (s. 102-127). New York: The Guilford Press.
- Jane G. (1981). *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients*. Edited By. New York: The Free Press.
- Jay, T. (2009). The utility and ubiquity of taboo words. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 153-161.

- Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A., & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, *131*(2), 319–327. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469>
- Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A., & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, *131*(2), 319–327. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469>.
- Johnson, S.B.; Riley, Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: National Scientific Council on the Developing Child. Working Paper. Updated Edition. www.developingchild.harvard.edu (accessed 1 May 2014).
- Jung, C. G. (1984). The psychology of the child archetype. Sacred narrative: *Readings in the theory of myth*, 244-255.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*(1), Article 167-181.
- Kelly-Irving, M., Mabile, L., Grosclaude, P., Lang, T., & Delpierre, C. (2013). The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: potential biological mechanisms and pathways across the life course. *International journal of public health*, *58*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0370-0>
- Kevin, D. (2013). *Olağan Psikopatlar*, Domingo Yayınevi.
- Kille, D. R., Eibach, R. P., Wood, J. V., & Holmes, J. G. (2017). Who can't take a compliment? The role of construal level and self-esteem in accepting positive feedback from close others. *Journal of Experimental Social Psychology*, *68*, 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2016.05.003>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, NY: Scribner.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1997). *Motivated attention: Affect, activation, and action*. In P. J. Lang, R. F. Simons, & M. T. Balaban (Eds.), *Attention and orienting: Sensory and motivational processes* (pp. 97–135). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lee K. (2013). Little Liars: Development of Verbal Deception in Children. *Child development perspectives*, *7*(2), 91–96. <https://doi.org/10.1111/cdep.12023>
- Levine PA, Kline M. (2014). *Ey Travma Bizden Uzak Dur*, Doğan Kitap.
- Liu, Y., Peng, H., Wu, J., & Duan, H. (2021). The Relationship Between Childhood Emotional Abuse and Processing of Emotional Facial Expressions in Healthy Young Men: Event-Related Potential and Behavioral Evidence. *Frontiers in psychology*, *12*, 686529. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686529>.

- Lyons-Ruth K. (2003). The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of infant, child, and adolescent psychotherapy*: JICAP, 2, 105–114;
- Malerstein, A. J., & Ahern, M. M. (1979). Piaget's stages of cognitive development and adult character structure. *American journal of psychotherapy*, 33(1), 107–118.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1979.33.1.107>
- Maniam, J., Antoniadis, C., & Morris, M. J. (2014). Early-Life Stress, HPA Axis Adaptation, and Mechanisms Contributing to Later Health Outcomes. *Frontiers in endocrinology*, 5, 73.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2014.00073>
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 556–567.
<https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00006>.
- McEwen, B.S. (2008.) Central Effects of Stress Hormones in Health and Disease: Understanding the Protective and Damaging Effects of Stress and Stress Mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583, 174-185.
- Mineka S, Kihlstrom JF. (2005).Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *J Abnorm Psychol*, 87:256–271.
- Minibas, J. (2004). *Transaksiyonel Analiz ve Yönetim Liderin Benliği*. http://ta.org.tr/wp-content/uploads/2014/03/TA_ve_Yonetim.pdf 20.11.2017
- Mun, I. B., & Kim, H. (2021). Influence of false self-presentation on mental health and deleting behavior on Instagram: The mediating role of perceived popularity. *Frontiers in Psychology*, 12, 660484.
- National Scientific Council on the Developing Child (2005/2014). Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain. Working Paper 3. Updated Edition.
www.developingchild.harvard.edu
- Navarre EL. (1987). Psychological maltreatment: the core component of child abuse. In: Brassard MR, Germain R, Hart SN, eds. *Psychological Maltreatment of Children and Youth*. New York, NY: Pergamon Press;45– 56.
- Nemeroff C. B. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>.
- Nijhof, S. L., Vinkers, C. H., van Geelen, S. M., Duijff, S. N., Achterberg, E., van der Net, J., Veltkamp, R. C., Grootenhuys, M. A., van de Putte, E. M., Hillegers, M., van der Brug, A. W., Wierenga, C. J., Benders, M., Engels, R., van der Ent, C. K., Vanderschuren, L., & Lesscher, H. (2018). Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health

- and disease. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 95, 421–429.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>.
- Ogders, C.L.; Jaffee, S.R. (2013). Routine Versus Catastrophic Influences on the Developing Child. *Annu. Rev. Public Health*, 34, 29–48.
- Ogden P, Minton K, Pain C. (2006). *Trauma and the body: a sensor-motor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- P Levine, Ann Frederick. (2013). *Kaplamı Uyandırmak* Butik Yayınları
- Patricia L. Paddison MD Treatment of Adult Survivors of Incest —edited by Patricia L. Paddison, M.D.; Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993).
- Patrick, G. T. W. (2005). The psychology of profanity. *Psychological Review*, 8(2), 113–127. <https://doi.org/10.1037/h0074772>;
- Paul W. Miller. (2015). *EMDR Therapy for Schizophrenia and Other Psychoses*; Springer Publishing Company; 1st edition (October 16, 2015)
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017); *Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk*, Koridor Yayınları 2017
- Picardi, A., Battisti, F., Tarsitani, L., Baldassari, M., Copertaro, A., Mocchegiani, E., & Biondi, M. (2007). Attachment security and immunity in healthy women. *Psychosomatic medicine*, 69(1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802dd777>
- Porges S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76 Suppl 2(Suppl 2), S86–S90. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17>.
- Purvis, K. B., Cross, D. R., Dansereau, D. F., & Parris, S. R. (2013). Trust-Based Relational Intervention (TBRI): A Systemic Approach to Complex Developmental Trauma. *Child & youth services*, 34(4), 360–386. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2013.859906>
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Rees C. (2007). Childhood attachment. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(544), 920–922. <https://doi.org/10.3399/096016407782317955>.
- Robertson, O., Robinson, S. J., & Stephens, R. (2017). Swearing as a response to pain: A cross-cultural comparison of British and Japanese participants. *Scandinavian Journal of pain*, 17(1), 267–272.
- Rogosch, F., Cicchetti, D., & Aber, J. (1995). The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology*, 7(4), 591–609. doi:10.1017/S0954579400006738

- Rosie A., Sally, O. & Emily, W. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review, *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1, 1711349, DOI: 10.1080/20008198.2019.1711349
- Schore, AN. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: WW Norton.
- Seligman MEP, Maier SF, Solomon RL. Unpredictable and uncontrollable aversive events. *Aversive Conditioning and Learning*. 1971:347–400. September 2013 *Psihologijske Teme* 22(2):287-304
- Shankman, S. A., Robison-Andrew, E. J., Nelson, B. D., Altman, S. E., & Campbell, M. L. (2011). Effects of predictability of shock timing and intensity on aversive responses. *International journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 80(2), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.02.008>.
- Shapiro F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols and procedures*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press;
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 349–363. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_7.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2252-2259. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Siegel DJ. (1999). *The Developing Mind*. New York: Guilford.
- Simon, M., Németh, N., Gálber, M., Lakner, E., Csernel, E., Tényi, T., & Czéh, B. (2019). Childhood Adversity Impairs Theory of Mind Abilities in Adult Patients With Major Depressive Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 867. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00867>.
- Slade, P. (1954). *Play therapy with abused children*. London: Hodder and Stoughton.
- Smith, S. M., & Vale, W. W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 383–395. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/ssmith>.
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L.-J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., Briggs, E. C., Stolbach, B., & Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child

- and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), S18–S28. <https://doi.org/10.1037/a0037766>
- Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Liang, L. J., Brymer, M. J., Belin, T. R., Fairbank, J. A., & Pynoos, R. S. (2019). Benefits of Treatment Completion Over Premature Termination: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Psychiatry*, 82(2), 113–127. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1560584>
- Stephens, R., & Allsop, C. (2012). Does state aggression increase pain tolerance. *Psychological Reports*, 111, 311–Stephen David Hart;The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues Legal criminological Psychology.
- Stephens, R., & Robertson, O. (2020). Swearing as a Response to Pain: Assessing Hypoalgesic Effects of Novel "Swear" Words. *Frontiers in psychology*, 11, 723. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00723>.
- Stephens, R., & Robertson, O. (2020). Swearing as a response to pain: Assessing hypoalgesic effects of novel “swear” words. *Frontiers in Psychology*, 11, 723.
- Stephens, R., & Umland, C. (2011). Swearing as a response to pain—Effect of daily swearing frequency. *The Journal of Pain*, 12(12), 1274–1281.
- Stephens, R., Atkins, J., & Kingston, A. (2009). Swearing as a response to pain. *Neuroreport*, 20(12), 1056–1060.
- Stevens, J. (2021). Nearly 35 million U.S. children have experienced one or more types of childhood trauma. [online] ACEs Too High. Available at: <<https://acestoohigh.com/2013/05/13/nearly-35-million-u-s-children-have-experienced-one-or-more-types-of-childhood-trauma/>> [Accessed 28 November 2021].
- Stewart, J. L., Levin-Silton, R., Sass, S. M., Heller, W., & Miller, G. A. (2008). Anger style, psychopathology, and regional brain activity. *Emotion (Washington, D.C.)*, 8(5), 701–713. <https://doi.org/10.1037/a0013447>
- Stirtzinger R. M. (1983). Story telling: a creative therapeutic technique. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 28(7), 561–565. <https://doi.org/10.1177/070674378302800711>
- Stojanovich, L., & Marisavljevich, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 7(3), 209–213. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2007.11.007>
- Tanaka, K., Osako, Y., Takahashi, K., Hidaka, C., Tomita, K., & Yuri, K. (2019). Effects of post-weaning social isolation on social behaviors and oxytocinergic activity in male and female rats. *Helixyon*, 5(5), e01646. <https://doi.org/10.1016/j.helixyon.2019.e01646>
- Tanner BA. (2012). Validity of Global Physical and Emotional SUDS. *Appl Psychophysiol Biofeedback*.,37(1):31–34. doi:10.1007/s10484-011-9174-x

- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale?. *Behaviour research and therapy*, 42(12), 1377–1401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.020>
- Teague, C. M. (2013). Developmental trauma disorder: A provisional diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(6), 611–625. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.804470>.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Terr, L. (2000). *Oyun Yetişkinler İçin Neden İbtityatır*, Literatür Yayıncılık.
- Thomas Goschke, Dysfunctions of decision-making and cognitive control as transdiagnostic mechanisms of mental disorders: Advances, gaps, and needs in current research International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods Psychiatr. Res. 23(Suppl. 1): 41–57 (2014) Published online in Wiley Online Library(wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr.1410 (Goschke, 2014 , s. 44).
- Thomas, S. P., Groer, M., Davis, M., Droppleman, P., Mazingo, J., & Pierce, M. (2000). Anger and cancer: an analysis of the linkages. *Cancer nursing*, 23(5), 344–349. <https://doi.org/10.1097/00002820-200010000-00003>
- Tsigos C, Chrousos. (2002). GPHypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research* 53(4):865-71 DOI: [10.1016/S0022-3999\(02\)00429-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00429-4)
- Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 11(2), 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Van der Kolk B. (2018). *Beden kayıttutar*, Nobel Yaşam Yayınevi, 1. Basım
- Van der Kolk BA. (1996). *The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. Traumatic Stress: the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press, 182–213
- Van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P. G., & Staring, A. B. P. (2012). Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Supplemento Alla Rivista Di Psichiatria*, 47(2), 33–38.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of

- patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>.
- Vingerhoets Lauren, M., Bylisma. (2013). A Biopsychosocial Perspective *Psibologjiske Teme* 22(2):287-304.
- Walter, N., Nikoleizig, L., & Alfermann, D. (2019). Effects of Self-Talk Training on Competitive Anxiety, Self-Efficacy, Volitional Skills, and Performance: An Intervention Study with Junior Sub-Elite Athletes. *Sports (Basel, Switzerland)*, 7(6), 148. <https://doi.org/10.3390/sports7060148>.
- Wang S, Aamodt S. (2011). Welcome to Your Child's Brain: *How the Mind Grows From Conception to College*. New York, NY: Bloomsbury USA.
- Wei, D., Talwar, V., & Lin, D. (2021). Neural circuits of social behaviors: *Innate yet flexible*. *Neuron*, 109(10), 1600–1620. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2021.02.012>.
- Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J., & Hughes, J. H. (2008). Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress?. *Psychiatry*, 71(4), 287-302.
- Wisner Fries, A. B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S., & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(47), 17237–17240. <https://doi.org/10.1073/pnas.0504767102>.
- Wolf, J. M., Miller, G. E., & Chen, E. (2008). Parent psychological states predict changes in inflammatory markers in children with asthma and healthy children. *Brain, behavior, and immunity*, 22(4), 433–441. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.10.016>.
- World Health Organization (2005). News release, Geneva.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf
- Wyman, P. A., Moynihan, J., Eberly, S., Cox, C., Cross, W., Jin, X., & Caserta, M. T. (2007). Association of family stress with natural killer cell activity and the frequency of illnesses in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(3), 228–234. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.3.228>.
- Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M. (2018). Committee on Psychological Aspect and Family Health, The Power of Play: A Pediatric Role in Enhancing Development in Young Children. *Pediatrics*, 142(3), e20182058.
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-2058>

Yazarlar Hakkında

Sümer ÖZTANRIÖVER

Uzman Doktor, Psikiyatrist, Psikoterapist. 1967 yılında Adana'nın Feke ilçesinde doğdu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1991 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini Adana Devlet Hastanesi Acil Servisinde yaptı. Psikiyatri Uzmanlığını 1998 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalından aldı. 2011 yılına dek Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Psikiyatri Uzmanı olarak görev yaptı. Halen kendi özel muayenehanesinde çalışmaktadır. EMDR (Göz Hareketleri Yoluyla Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) terapisi 1 ve 2. Düzey, Çocuk ve Ergenlerle EMDR terapisi, Düşünsel Duygulanımcı Davranış Terapisi (REBT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), Şema Terapi, Logoterapi, Ericksonian Terapi, Psikodrama ile Çift ve Aile Terapisi eğitimleri vardır. Depresyon, Anksiyete Bozuklukları yanı sıra, Kompleks travmalar, Gelişimsel Travmalar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Bipolar Bozukluk, Şizofreni vd psikotik bozuklarda EMDR terapisi, Bağlanma sorunları, Bağımlılıklar, Kişilik Bozuklukları ve Travmatik yas ile ilgilenmektedir. Ayrıca primer kekemelikte dolaylı tedavi üzerine çalışmaları mevcuttur. İçimdeki Rehber adında bir kişisel gelişim kitabı vardır. EMDR Türkiye Derneği yönetim kurulu üyesi ve Türk Psikiyatri Derneği üyesidir.

ASLI BUGAY SÖKMEZ

Doçent Doktor. Psikolojik Danışman, Psikoterapist. Lisans eğitimini Ankara Üniversitesi'nde, doktora eğitimini Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık alanında tamamladı. Florida State Üniversitesi Aile Enstitüsü'nde ziyaretçi araştırmacı olarak "sağlıklı romantik ilişkiler" ve "affetme" konularında çalışmalarda bulundu. "Türkiye'de kadına yönelik tutum ve nedenleri" başlıklı araştırması ile Koç Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma ve Uygulama Merkezi (KOÇ-KAM) Proje Ödülünü kazandı. Portekiz'de düzenlenen Information Integration Theory and Functional Measurement Konferansı'nda en iyi sunum ödülüne layık görüldü.

Uluslararası hakemli bir kitap bölümü (Mukashema I., Bugay A., Mullet E. (2018), Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan 18 makalesi, Ulusal Hakemli Dergilerde yayınlanan 16 makalesi, Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan 26 bildirisi, Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve bildiri kitabında basılan 12 bildirisi, belgelendirilen, eğitim-öğretim ile ilgili 15 bilimsel eğitim alma faaliyetleri, TÜBİTAK ODTÜ, Koç Üniversitesi., TED Üniversitesi gibi kurumlarca desteklenen 10 projesi vardır. Ayrıca Aslı Bugay Sökmez'in EMDR (Göz Hareketleri Yoluyla Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) terapisi 1 ve 2. Düzey, Bilişsel Davranışçı Terapi Kuram ve Uygulama Temel Eğitimi ve Beceri Eğitimi, Aile ve Evlilik Terapisi, Imago Çift Terapisi, Cinsel Terapi, Kayıp ve Yas Terapisi ve Pozitif psikoloji eğitimleri vardır. Halen ODTÜ Kıbrıs Kampüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programında program koordinatörü ve öğretim üyesi olarak görev yapan Doç. Dr. Aslı Bugay Sökmez, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi'nin de editörlüğünü yapmaktadır. Doç. Dr. Aslı Bugay Sökmez affetme, ruminasyon, eşli ruminasyon ve okul ikliminin psikolojik etkileri konularında ülkemizde öncü çalışmalar yapmaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar tarafından çıkar çatışması olmadığı beyan edilmiştir.

Destek

Çalışma kapsamında bir finansal destek alınmamıştır.

ARAŞTIRMA

Açık Erişim

RESEARCH

Open Access

Suriye ve Irak'tan Gelen Savaş Mağduru Çocuk ve Genç Mültecilerde Trauma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeyi

*Posttraumatic Stress Disorder Level in Child and Young Refugees Of War Victims Coming from
Syria and Iraq*

Hüseyin Berken BİNAY 1 , Şaziye Senem BAŞGÜL 2

Yazar Bilgileri**Hüseyin Berken BİNAY**

Psikolojik Danışma ve Rehberlik
Yıldız Teknik Üniversitesi
İstanbul/Türkiye

huseyinberkenbinay@gmail.com

Şaziye Senem BAŞGÜL

Klinik Psikoloji
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Gaziantep/Türkiye

senembasgul@gmail.com

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman ili Beşiri ilçesi sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mülteciler ile Batman merkezde kalıp kampta kalmayan Suriyeli mültecilerde, savaş sonrasında TSSB düzeyini saptamayı, çeşitli sosyodemografik ve yaşadığı olaylara ilişkin değişkenlerle ilişkisini tespit etmektedir. Çalışmamıza dâhil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son 1 ay) TSSB sıklığı %57,9, Hayat Boyu TSSB sıklığı ise % 58,9 olarak tespit edilmiştir. Mültecilerde yaş ilerledikçe, ailede ve arkadaşlarda kayıp oldukça, cinsel istismara maruz kaldıkça, patlamaya tanıklık ettikçe, şiddet gördükçe TSSB tanısı alma ihtimalinin arttığı görülmüştür. Savaştan uzakta ve güvenli bir ortam olan Türkiye'de kamplarda ve şehirlerde hayatlarını sürdürmelerine rağmen savaş travmasına maruz kalmış Iraklı ve Suriyeli çocuk ve genç sivillerde TSSB yaygın olarak görülmektedir. Bu araştırmanın sonuçları savaştan uzakta ve güvenli bir ortamda kamplarda ve şehirlerde hayatlarını sürdürmelerine rağmen savaş travmasına maruz kalmış Iraklı ve Suriyeli çocuk ve genç sivillerde TSSB başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun yaygın olduğunu göstermektedir. Bu bulgular savaş travmasının siviller üzerinde uzun yıllar devam eden ve bulunduğu yeri değiştirmekle de düzelmeyen etkileri olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Makale Bilgileri**Anahtar Kelimeler**

Mülteci

Savaş

TSSB

Keywords

Refugee

War

PTSD

Makale Hakkında

Geliş: 15/12/2022

Düzelme: 21/12/2022

Kabul: 26/12/2022

ABSTRACT

This study aimed to identify the posttraumatic stress disorder (PTSD) level and its progress in the Iraqi and Syrian refugees who took refuge in Turkey and lived in three different areas. In the Syrian and Iraqi refugees included in our study, the current (last 1 month) PTSD frequency was found to be 57.9%, and the life-long PTSD frequency was found to be 58.9%.As refugees get older, as family and friends are lost, as they are subjected to sexual abuse, as they witness an explosion, as they see violence, they are more likely to be diagnosed with PTSD. PTSD is common in Iraqi and Syrian children and young civilians who have suffered war trauma, despite living their lives in camps and cities in Turkey, which is far from war and a safe environment. The results of this research show that many psychiatric disorders, especially PTSD, are common in Iraqi and Syrian children and young civilians who have been exposed to war trauma despite living in camps and cities in a safe environment away from war. These findings are important in terms of showing that war trauma has effects on civilians that persist for many years and do not improve with relocation.

Atıf için: Binay, H. B., & Başgül, Ş. S. (2022). Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 2(2), 33-46.

Ethical Declaration: The study was carried out within the framework of the Helsinki Declaration and all participants whose informed consents were obtained took part in this study as volunteers. The ethics committee of Hasan Kalyoncu University was consulted for ethical approval of this study.

GİRİŞ

Travma, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM) 5. baskısına göre; gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümle, ağır yaralanma ile karşılaşmış olmak, cinsel saldırıya uğramış olmak veya bu tarz olaylara doğrudan tanıklık etmek, aile ve yakınların başına geldiğini öğrenmek ve örseleyici olayın hoş olmayan ayrıntıları ile yineleyici ve aşırı biçimde meşgul olmak olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). DSM-5'te gecikmeli dışavurum gösteren tanımı ifade edilmiştir. Buna göre; olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da) bu gecikmeli dışavurum gösteren tiptir (Koroğlu, 2014).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), fiziksel ve ruhsal bütünlüğü tehdit eden ağır travmatik bir olay yaşayan veya buna benzer bir travmatik yaşantıya tanıklık eden kişilerde görülebilir ve bu kişilerin tepkiler arasında dehşete düşme, aşırı korku ve ya çaresizlik vardır. Travmatik olaylar; savaş, bombalama, saldırı, işkence, tecavüz, yangın, doğal afetler (sel, heyelan, deprem, tsunami, kasırga vb.), çeşitli kazalar (trafik kazaları, iş kazaları) şeklinde gerçekleşebilmektedir. TSSB'de travmatik olayı yeniden yaşam, aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kaçınma ve küntlük belirtileri ana belirti kümesini oluşturmaktadır (Özgen, 1999). Travma sonrası stres bozukluğu felaketler sonrasında yaşanan en yaygın ve en güçlü psikopatolojik gelişme olmaktadır (Galea ve ark. 2002). TSSB travmatik olaylar ve felaketlerden sonra en sık çalışılan ve yüksek ihtimal en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (Gerritsen ve ark. 2006).

Mültecilerin ruh sağlığını araştıran epidemiyolojik araştırmaların çoğu TSSB tanısı üzerine odaklanmıştır (Nickerson ve ark. 2010). Dünya genelinde yapılan araştırmalarda TSSB görülme sıklığı %3-80 geniş aralıklarda bildirilmiştir (Hauff ve Vaglum 1994). Kosovalı mültecilerde yapılan iki çalışmadan birinde %65 (Turner ve ark. 2003), diğerinde %60,5 (Aı ve ark. 2002), Bosnalı mülteciler ile yapılan çalışmada TSSB oranı %26,3 (Mollica ve ark. 1999), savaş ortamında bulunmuş Bosnalı kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada %71 (Dahl ve ark. 1998) olarak tespit edilmiştir. İsveç'te bulunan Iraklı Kürt mülteciler ile yapılan çalışmalarda TSSB oranı %37 olarak tespit edilmiştir (Sondergaard ve ark. 2001).

DSM 5'e göre TSSB'nin ortaya çıkmasına etki edecek travmalar; örseleyici yaşantılar geçirme, çatışmaya katılma, saldırıya uğrama, taciz ya da tecavüze uğrama, işkence, savaşta esir düşme, toplama kamplarında bulunma, doğal ya da insanların neden olduğu felaketlerle karşılaşma, ciddi trafik kazaları, yaşamı tehdit edici bir hastalık tanısı alma gibi olağan dışı travmatik yaşantılardır. Altı yaşındaki ve altı yaşının altındaki çocukları için travma sonrası stres bozukluğu; gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde, ölümle, ağır yaralanma karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama, örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı, örseleyici olay(lar)la ilintili uyarılardan sürekli bir kaçınmayı ya da örseleyici olay(lar)a ilintili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olduğunu gösteren, olay(lar)dan sonra başlamış ya da kötüleşmiş, aşağıdaki bir(ya da birden çok) belirti bulunmalıdır (Koroğlu, 2014)

Suriye İç Savaşının başladığı kabul edilen tarih olan 15 Mart 2011'den bu yana on binlerce sivil şiddet ve yaşam problemleri nedenlerinden dolayı komşu ülkelere sığınmaya devam etmektedir. Türkiye, Ermenistan, Ürdün, Lübnan, Irak ve Kürt Bölgesel Yönetimi sığınılan ülkelerin başında gelmektedir (UNHCR, 2016). Türkiye, özellikle Suriyeli mülteciler için önemli bir konumda yer almaktadır.

Bu çalışmada, Türkiye'ye sığınan Diyarbakır il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı mültecilerde ve Batman il sınırları içerisinde yer alan çadır kentte bulunan Iraklı ve kent merkezinde olup kampta kalmayan Suriyeli mültecilerde TSSB düzeyini saptamak ve gidişatını

değerlendirmek, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve bazı olaylara ilişkin bilgi değişkenleri ile ilişkisini, savaş sonrasında meydana gelen ruhsal mağduriyetin düzeyini tespit etmek, savaşın yarattığı etkileri anlayabilmek ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmek gibi olguları araştırmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın problem ve alt problemlerine baktığımızda, şu sorulara cevap aramıştır:

1. Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde TSSB düzeyi nedir?
2. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan şimdiki (son 1 ay) ortalama TSSB tanısı düzeyi kaçtır?
3. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan hayat boyu ortalama TSSB tanısı düzeyi kaçtır?
4. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan şimdiki (son 1 ay) ortalama TSSB şiddet puanı düzeyi kaçtır?
5. Araştırmaya alınan katılımcılarda saptanan hayat boyu ortalama TSSB şiddet puanı düzeyi kaçtır?
6. Araştırmaya alınan katılımcılarda TSSB tanısında yaş açısından anlamlı bir fark var mıdır?
7. Araştırmaya alınan katılımcılarda TSSB tanısında cinsiyet açısından anlamlı bir fark var mıdır?
8. Diyarbakır kampında kalan mülteciler ile Batman kampında kalan mülteciler arasında TSSB düzeyi açısından anlamlı bir fark var mıdır?
9. Savaşta aile bireylerinden birinin kaybı TSSB riskini arttırıyor mu?
10. Savaş esnasında aile üyelerinden birinin ya da yakın arkadaşının ölümüne tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?
11. Savaş esnasında işkenceye, şiddete maruz kalmak ya da tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?
12. Ciddi anlamda kaza ya da yaralanma yaşamak ve ya tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?
13. Görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık etmek TSSB riskini arttırıyor mu?
14. Savaş esnasında cinsel istismara maruz kalmak ya da tanık olmak TSSB riskini arttırıyor mu?

Ülkemiz Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkelerine ve Avrupaya son yıllarda yaşanan savaşlardan dolayı büyük bir mülteci akını başlamış ve beraberinde birçok psikososyal problemleri beraberinde getirmiştir. Savaşın insanlar üzerinde ne denli büyük bir yıkıma neden olduğunu bilimsel olarak tespit ederek bunu gözler önüne serip, yapılacak müdahale çalışmalarına bilimsel veri sağlamak açısından araştırmamız oldukça önem arz etmektedir. Literatürü incelediğimiz zaman TSSB ile ilgili yapılan çalışmaların hep askerlerle ilgili olduğu ve savaştan sadece askeri personel etkileniyormuş gibi bir izlenim yaratılmaktadır. Bu durum sivillerle çalışmanın güçlüklerinden hem de devletlerin askerler üzerinde yapıla çalışmalara kaynak ayırmasından kaynaklanmaktadır. Bu araştırmamızın bu konudaki eksikliği giderdiğini düşünüyoruz.

YÖNTEM

Araştırma Modeli

Araştırmamız betimsel nitelikte ilişkisel araştırma modelinde desenlenmiştir. Araştırma için mültecilerle yapılan klinik görüşmeler, buldukları kamplardaki çadırlarda ve kamp yönetimin gösterdiği yönetim odalarında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Diyarbakır ve Batman il sınırları içerisinde kalan mülteci kamplarındaki Suriye ve Iraklı mülteciler ile Batman il sınırları içerisinde kalıp mülteci kampında kalmayan Suriyeli, yaşları 7 ile 25 arasında olan 123 erkek ve 79 kadın olmak üzere toplam 202 mülteci oluşturmaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların kişisel özellikleri ile sorulara verdikleri cevapların frekans ve yüzde dağılımları

<i>Cinsiyet</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Erkek	123	60,9
Kadın	79	39,1
<i>Yaş</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
7-18	175	86,6
19-25	27	13,4
<i>Kaldıkları Kamp</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Diyarbakır	124	61,4
Batman	78	38,6
<i>Savaş Kaybı</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	117	57,9
Hayır	85	42,1
<i>Ölüme Tanıklık</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	110	54,5
Hayır	92	45,5
<i>Rehine Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	131	64,9
Hayır	71	35,1

Etik İzin

Araştırmayı yapmak için gerekli izinleri alabilmek ve araştırmaya başlayabilmek için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır (25.06.2016, İzin No: 07). Araştırmaya katılacak mültecilere ulaşabilmek için Diyarbakır'daki mülteci kampı için Diyarbakır Büyükşehir Belediyesinden ve Batman mülteci kampı için Batman Beşiri Belediyesinden resmi izinler alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmaya katılacak olan mültecilerin kişisel bilgilerine ulaşabilmek ve elde ettiğimiz bilgiler doğrultusunda ortaya çıkan bulguları sınıflamak amacıyla yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ülke ve buldukları kamp bilgisi sorulmuştur.

Olaylara İlişkin Bilgi Formu: Çalışma ekibi tarafından hazırlanan bu form, olayların başladığı ilk günden bu yana yaşanan olaylar hakkında bilgi sahibi olmak için hazırlanmıştır. Toplamda yedi sorudan oluşan form sırasıyla; “*Savaşta aile bireylerinizden kayıp ya da kayıplarınız var mı?*”, “*Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınızın ölümüne tanık oldunuz mu?*”, “*Aile üyelerinden birinin ya da yakın bir arkadaşınız kaçırıldı ya da rehin alındı mı?*”, “*Savaş esnasında işkenceye, şiddete maruz kaldınız ya da tanık oldunuz mu?*”, “*Ciddi anlamda yaralanma ya da kaza yaşadınız veya tanık oldunuz mu?*”, “*Görsel ya da işitsel herhangi bir patlamaya tanıklık ettiniz mi?*”, “*Savaş esnasında cinsel istismara maruz kaldınız ya da tanık oldunuz mu?*” sorularından oluşmaktadır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği - Çocuk ve Ergen Formu (TSSB-ÖÇE): TSSB-ÖÇE, çocuk ve gençlerde şimdi ve yaşam boyu TSSB değerlendirmek için yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. DSM-IV'e göre gözden geçirilmiştir. Ölçekte toplam 36 soru başlığı bulunmaktadır. 17'si TSSB belirtilerini değerlendirirken, sekiz tanesi suçluluk, utanç, dissosiasyon, bağlanma davranışında değişiklik, travma ile ilişkili korkular gibi TSSB ile ilişkili diğer belirtileri sorgulamaktadır. Bunların dışında ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirme ya da altı ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirmesi ile ilgili sorular da yer almaktadır. Ölçek standart sorulardan oluşmaktadır ve ek sorgulama soruları da bulunmaktadır. TSSB-ÖÇE-1, gerek son bir ay, gerekse yaşam boyu için TSSB'yi değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-ÖÇE-2 ise, TSSB belirtilerini sadece son bir hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Her madde beşli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Çocuklar için beşli sembolik cevap anahtarları da bulunmaktadır. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve belirti sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddeti ile ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0 ile 136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, TSSB-ÖÇE niteliksel bir değerlendirmeye de olanak sağlar, şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurur. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti “var” kabul edilir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve 2 tanede uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir (Karakaya ve ark. 2007).

Bunların dışında ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirme ya da altı ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirmesi ile ilgili sorular da yer almaktadır. Ölçek standart sorulardan oluşmaktadır ve ek sorgulama soruları da bulunmaktadır. TSSB-Ö-1, gerek son bir ay, gerekse yaşam boyu için TSSB'yi değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-Ö-2 ise, TSSB belirtilerini sadece son bir hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Her madde beşli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve belirti sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar (0-4 arası). Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddeti ile ilgili

bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0 ile 136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, TSSB-ÖÇE niteliksel bir değerlendirmeye de olanak sağlar, şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurur. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti “var” kabul edilir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve 2 tanede uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir.

Verilerin Toplanması

Katılımcılara, araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sırasıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, Olaylara İlişkin Bilgi Formu ve TSSB-ÖÇE'deki sorular araştırmacı tarafından mültecilere sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırmaya katılan kişilere Sosyodemografik Bilgi Formu sonrasında olayın başladığı günden bu zaman dilimine kadar yaşanan süreçlerle ilgili Olaylara İlişkin Bilgi Formu ve TSSB-ÖÇE sorularak doldurulmuştur.

Bu çalışmaya, Türkiye'nin Diyarbakır ve Batman il sınırları içerisinde bulunan ve iki çadır kentte yaşayan ve Batman il sınırları içerisinde kalıp mülteci kampında kalmayan Suriyeli mültecilere amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen çocuk ve genç mülteci alınmıştır. Çalışmaya alınan bütün mülteci çocuk ve gençlerle; DSM-V-TR tanı kriterleri doğrultusunda araştırmacı tarafından 30-45 dakika süren klinik görüşme gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22 Paket Programı ile çözümlenmiştir. Öncelikle verilere normallik testi uygulanmış, test sonucunda verilerin normal dağılmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Verilerin analizinde betimsel istatistik teknikleri yanı sıra gruplar arası verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitnet-U testi kullanılmış ve değişkenlere göre veriler arasındaki ilişkinin tespitinde ise korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi için $p < .05$ değeri baz alınmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların TSSB-ÖÇE puanlarının normalliğini denetlemek amacı ile yapılan tek örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi sonuçları

<i>Değerler</i>		<i>Şimdiki TSSB</i>	<i>Hayat Boyu TSSB</i>
		<i>Şiddet Puanı</i>	<i>Şiddet Puanı</i>
N		202	202
Normal Parametreler	Ort.	78.07	81.28
	S.S.	20.80	21.73
Kolmogorov-Smirnov		.08	.12
Z			
p		.00	.00

Araştırma kapsamında mültecilerin TSSB-ÖÇE vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda elde edilen şimdiki şiddet puanları ile hayat boyu şiddet puanları normal dağılım göstermemektedir ($z = .08$; $p < .05$). Bu nedenle verilerin analizinde parametrik olmayan testler tercih edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen Suriyeli ve Iraklı mültecilerde şimdiki (son 1 ay) TSSB sıklığı %57.9, hayat boyu TSSB sıklığı ise % 58.9 olarak tespit edilmiştir. TSSB şimdiki şiddet puanı ortalaması 78.07; TSSB hayat boyu şiddet puanı ortalaması 81.28 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların savaş kaybı, ölüme tanıklık, rehine kalma durumu, şiddete maruzluk, yaralanma ve kaza geçirme, patlamaya tanıklık ile cinsel istismara uğrama değişkenleri ile hem TSSB tanısı şimdiki puanları arasında hem de TSSB hayat boyu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<.05$).

Tablo 3. Katılımcıların kişisel özellikleri ile sorulara verdikleri cevapların frekans ve yüzdeler dağılımları

<i>Şiddete Maruz Kalma</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	139	68.8
Hayır	63	31.2
<i>Yaralanma Kaza Durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	133	65.8
Hayır	69	34.2
<i>Patlamaya Tanıklık</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	190	94.1
Hayır	12	5.9
<i>Cinsel İstismar</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	74	36.6
Hayır	128	63.4

Tablo 3'e göre katılımcıların % 68.8'i şiddete maruz kaldıklarını, % 31.2'si herhangi bir şiddet görmediklerini bildirmişlerdir. Olguların % 65.8'i kaza ve yaralanma durumu yaşadıklarını, % 34.2'si kaza ve yaralanma durumu yaşamadıklarını belirtirken, hemen hemen hepsi (% 94.1) patlamaya tanık ettiklerini söylemişlerdir. Katılımcıların % 36.6'sı cinsel bir istismar yaşadıklarını, % 63.4' ü ise cinsel istismara maruz kalmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamıza katılan olguların TSSB tanısı açısından sonuçları ve TSSB tanısı alanların şiddet puanları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların TSSB ile şiddet puanlarının betimsel istatistik sonuçları

<i>Puanlar</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>
<i>TSSB Tanısı - Şimdiki Puan</i>	202	1.42	0.50
<i>TSSB Tanısı - Hayat Boyu Puan</i>	202	1.41	0.49
<i>Şiddet Puanı Şimdiki</i>	202	78.07	20.80
<i>Şiddet Puanı Hayat Boyu</i>	202	81.28	21.73

Tablo 4'e göre katılımcıların "TSSB Tanısı Şimdiki Puan" ortalaması 1.42 ± 0.50 , "TSSB Tanısı Hayat Boyu Puan" ortalaması 1.41 ± 0.49 olarak hesaplanmıştır. Olguların "Şiddet Şimdiki Puan" ortalaması $78.07 \pm 20,80$, "Şiddet Hayat Boyu Puan" ortalaması ise 81.28 ± 21.73 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tablo 5'te detayları gösterilen sonuçlara göre katılımcıların maruz kaldıkları bu durumlarla TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde birinci sırada cinsel istismar değişkeninin TSSB riskini artırdığı [$r_{(\text{Şimdiki})}=.41$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=.42$; $p<.05$], patlamaya tanıklığın ise en son sırada TSSB riskini artırdığı [$r_{(\text{Şimdiki})}=.21$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=0.21$; $p<.05$] söylenebilir. Savaş kaybının ikinci sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde artırdığı [$r_{(\text{Şimdiki})}=.37$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=.34$; $p<.05$], ölüme tanıklığın üçüncü sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde artırdığı [$r_{(\text{Şimdiki})}=.34$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=.34$; $p<.05$], şiddete maruz kalmanın dördüncü sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde artırdığı [$r_{(\text{Şimdiki})}=.31$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=.30$; $p<.05$], yaralanma ve kaza geçirmenin ise beşinci sırada katılımcıların TSSB riskini orta düzeyde artırdığı [$r_{(\text{Şimdiki})}=.27$; $r_{(\text{Hayat Boyu})}=.26$; $p<.05$] saptanmıştır.

Tablo 5. TSSB tanısı ile savaş kaybı, ölüme tanıklık, rehine durumu, şiddete maruzluk, yaralanma-kaza, patlamaya tanıklık ve cinsel istismar arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

<i>Değişken</i>		<i>TSSB Tanısı Şimdiki</i>	<i>TSSB Tanısı Hayat Boyu</i>
<i>Savaş Kaybı</i>	<i>r</i>	.37	.34
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202
<i>Ölüme Tanıklık</i>	<i>r</i>	.34	.34
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202
<i>Rehine Durumu</i>	<i>r</i>	.23	.20
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202
<i>Şiddete Maruzluk</i>	<i>r</i>	.31	.30
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202
<i>Yaralanma Kaza</i>	<i>r</i>	.27	.26
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202
<i>Patlamaya Tanıklık</i>	<i>r</i>	.21	.21
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202
<i>Cinsel İstismar</i>	<i>r</i>	.41	.42
	<i>p</i>	.00*	.00*
	<i>n</i>	202	202

TARTIŞMA

Günümüz dünyasında ve özellikle son yıllarda mültecilik çok ciddi derecede artan bir problemdir ve mültecilerin topraklarını terk etme nedenleri arasında savaşlar birinci sırada yer almaktadır. Son yıllara baktığımızda, Suriye ve Irak'ta çıkan savaşlardan dolayı çok büyük bir göç dalgasıyla insanlar evlerini terk etmek zorunda kalmış ve Türkiye başta olmak üzere Ortadoğu ülkesine ve Avrupa ülkelerine büyük bir mülteci akını başlamıştır. Bu durum, birçok psikososyal problem beraberinde getirmiştir. Bu verilerden hareketle planlanan araştırmamızda, mültecilerin travma açısından ruhsal durumunu ayrıntılı olarak değerlendirmek amaçlanmış, sağlık ve güvenlik koşullarının iyi olmadığı bir ortamda zor bir saha çalışması yapılmıştır.

Çalışmamızın sonucunda Türkiye'ye sığınan mültecilerin, ülkelerinde karşı karşıya kaldıkları savaş koşulları, yaş, cinsiyet, buldukları kampın koşulları, geldikleri ülke, savaş esnasında aileden birinin ya da arkadaşın kaybı, aileden birinin ya da arkadaş ölümüne tanıklık, aileden birinin ya da arkadaşın rehine durumu, şiddete maruzluk, yaralanma-kaza, patlamaya tanıklık ve cinsel istismar ile ilgili elde ettiğimiz verilerin TSSB riski ile ilgili sonuçları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği sonucu elde edilmiştir.

Mültecilerin ruh sağlığını araştıran epidemiyolojik araştırmaların çoğu TSSB tanısı üzerine odaklanmıştır (Nickerson ve ark. 2011). Dünya genelinde yapılan araştırmalarda TSSB görülme sıklığı %3-80 geniş aralıklarda bildirilmiştir (Hauff ve Vaglum 1994). Kosovalı mültecilerde yapılan iki çalışmadan birinde %65 (Turner ve ark. 2003), diğesinde %60.5 (Aı ve ark. 2002), Bosnalı mülteciler ile yapılan çalışmada TSSB oranı %26.3 (Mollica ve ark. 1999), savaş ortamında bulunmuş Bosnalı kadınlarla yapılan diğ bir çalışmada %71 (Dah ve ark. 1998) olarak tespit edilmiştir. İsveç'te bulunan Iraklı Kürt mülteciler ile yapılan çalışmalarda TSSB oranı % 37 olarak tespit edilmiştir (Sondergaard ve ark. 1998). Biz çalışmamızda, Suriyeli ve Iraklı mültecilerde, şimdiki TSSB sıklığını %57.9, hayat boyu TSSB sıklığını ise % 58.9 olarak saptadık. TSSB şimdiki şiddet puanı ortalamasını 78.07; TSSB hayat boyu şiddet puanı ortalamasını da 81.28 olarak tespit ettik. Bildirilen epidemiyolojik araştırmalarla kıyasladığımızda, genel anlamda TSSB oranlarının hem şimdiki (son bir ay) hem de hayat boyu oranlarının literatür çalışmalarında ortaya çıkan oranlardan daha yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. TSSB şimdiki şiddet puanı ortalamasının ve TSSB hayat boyu şiddet puanı ortalamalarının hemen hemen aynı skala içerisinde seyretmesi ise, savaşa maruz kalan kişilerin, olayın başladığı zaman diliminden, araştırmanın yapıldığı zaman dilimine kadarki süreçte TSSB'lerinin devam ettiğini göstermektedir. TSSB şimdiki ve hayat boyu şiddet puanları yüksek olmasına karşın, ölçüğe göre TSSB tanı kriterlerini tam karşılamaması nedeniyle TSSB tanısı alamayan kişilerin de, bu tanıyı almamalarına karşın, ağır travmatik yaşantıya maruz kaldıkları düşünülebilir.

TSSB tanısının 7-18 yaş grubunda, 19-25 yaş arası grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmacı tarafından yapılan klinik görüşmelerde, 7-18 yaş arası çocukların daha çekingen davrandıkları, 19-25 yaş aralığındaki erişkinlere göre görüşmeye daha dirençli oldukları ve yaşadıkları olayları somut olarak yorumladıkları gözlemlenmiştir. Bu durumun çalışma sonucunu etkilediği düşünülmüştür. Bir diğ neden, çocukların çadır kentte sivil toplum örgütlerince düzenlenen oyunlara, aktivite ve etkinliklere fazlasıyla katılarak kısmen de olsa gündemin dışında kalmalarının sağlanması ve sosyal desteklerinin erişkin yaş grubuna göre daha iyi olması ile açıklanabilir.

Savaş sonrası değişkenler açısından verilerimizi değerlendirirsek Suriye ve Irak'taki savaş koşullarından dolayı buldukları ülkelerden kaçarak ülkemiz Diyarbakır ve Batman illerine sığınan mültecilerin, savaş koşulları ve değişkenleri dışında, ülkemize sığınırken yaşamış oldukları ağır ve travmatik yolculuklarının da TSSB oranlarını arttırdığı sonucuna vardık. IŞİD isimli terör örgütü, 2014 senesinde, hem Irak'ta hem de Suriye'de birçok şehirde saldırılar

gerçekleştirmiştir. Bu şehirlerden ikisi Irak'taki Sincar(Şengal) kenti ile Suriye'deki Kobani (Ayn el-Arap) kentidir. Araştırmamızın örneklem grubunu, Irak'taki Sincar (Şengal) kentinden gelen mülteciler ve Suriye'deki Kobani (Ayn el-Arap) kentinden gelen mülteciler oluşturmuştur. Yaptığımız klinik görüşmelerde mülteciler, IŞİD'in Sincar (Şengal)'a saldırısı ve şehri ele geçirmesi sırasında hayatlarının çok derinden etkilendiğini ifade etmişlerdir. IŞİD, yüzlerce Ezidi'yi öldürmüş, Ezidi kadınları da cariyeye olarak esir almıştır(Gökler 2014).

Travmatik yaşantıların taciz, tecavüze uğrama, trafik kazası, ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma, fiziksel bir saldırıya uğrama ve diğer felaketler olarak on ayrı şekilde ayrıldığı bir araştırmada, en yüksek TSSB sıklığı %14 ile cinsel saldırıya maruz kalan bireylerde tespit edilmiş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya maruz kalalar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir (Narris 1992). Hayat boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmamış tecavüz ardından görülmüştür. Tecavüze uğramış, mağdurların %80'inde TSSB gelişmiştir (Resnick ve ark. 1993). Fiziksel taciz ile alakalı gerçekleştirilen araştırmalarda TSSB sıklığı %20-30 gibi yüksek bir oran bildirilmektedir. Çeşitli taciz travmalarına maruz kalmış bir grup ile %20 ve %34, işkenceye maruz kalmış politik eylemcilerde %18, işkenceye maruz kalmış mültecilerde ise %14 TSSB oranları olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde deprem mağdurları ile gerçekleştirilen çalışmalarda TSSB sıklığı %23 ile %40 arasında bulunmuştur (Şalcıoğlu ve ark. 2003, Başoğlu ve ark. 2005, Başoğlu ve ark. 2004).Yaptığımız araştırmada, deneklerin maruz kaldıkları durumlarla, TSSB şimdiki ve hayat boyu tanıları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyleri incelendiğinde, TSSB riskini en çok artıran değişkenin literatürle uyumlu olarak "cinsel istismara maruz kalmak ya da tanık olmak" değişkeni olduğunu tespit ettik. Cinsel istismara maruz kalma ya da buna tanık olanların oranı %36,6 olarak saptadık. Cinsel istismar, taciz, tecavüz başlı başına çok ağır bir travma iken bunun savaş ortamında yaşanmasının, TSSB riskinin artırdığını düşünülebilir.

Bu sonuç, çalışma örneklemimizi oluşturan mültecilerin yaşadığı kültürde ve zorlu yaşam mücadelesi içerisinde ruhsal hastalık nedeniyle yardım arayışının ve tanılama ihtiyacının çok lüks olması ile açıklanabilir. Yine örneklem grubumuzun çoğunun çocuk yaşlardan oluşması ve henüz klinik düzeyde bir sorun gözlenmemiş olabileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda ise ruhsal hastalık öyküleri ile travma sonrası stres bozukluğu arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

Mülteciler için travma, kamplarda yaşadıkları süreçte de devam etmiştir. Diyarbakır'daki mülteci kampında araştırma için görüşmelerimizi gerçekleştirdiğimiz zaman dilimi içerisinde, merkeze bağlı Sur ilçesinde, devam eden çatışma ve bomba sesleri sürekli olarak yoğun ve şiddetli olarak duyulmuştur. Ayrıca, Batman'daki mülteci kampında yapılan görüşmeler sırasında, kampta kalan mültecilerin büyük bir kısmı, kamptan ayrılarak başka yerlere gitmek zorunda kalmışlardır. Bu durumun, yakınlarından ayrılan mülteciler için ilave bir travmatik yaşantı olduğu gözlenmiştir. Tüm bu olayların, mültecilerde hem TSSB riskini artırdığı, hem de mevcut durumu ağırlaştırdığı düşünülmüştür.

TSSB yaygınlığı ile ilgili araştırmalarda TSSB oranlarının büyük değişkenlik göstermesinin birçok nedene bağlı olabilir. Araştırmalar arasında belirgin yöntemsel farklılıklar olduğu bilinmektedir. Bazıları araştırmaya katılan katılımcının kendi doldurduğu ölçekler, bazıları da yapılandırılmış görüşme formu kullanmıştır. Bazıları da genel psikopatolojiyi sorgulayan anketler verip travmatik stres belirtilerini tahmin ederek sonuca varmışlardır. İncelenen travma türü de araştırmalar arasında çok farklılık göstermiştir. Bazılarında sadece tek travma, diğerlerinde birçok travma değerlendirilmiştir. Bu tür farklılıklar sıklık oranlarında ki değişkenliği açıklayabilir. Yaygınlık araştırmalarının büyük çoğunluğundaki ortak sorun, tanıyı değerlendirmek için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme kullanılmaması ve örneklemelerin küçük olmasıdır. Deneklerin kendilerini değerlendirdikleri ölçekler kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda tespit edilen TSSB oranının beklenenden daha fazla olduğu varsayılmaktadır (Turner ve ark. 2013). Biz

çalışmamızda, tanıyı değerlendirmek için yapılandırılmış görüşme yaptık ve örneklemini geniş aldık. Çalışmamızın verilerini toplarken, araştırmacının gözlemi, nitel yorumu, etnik-kültürel yapının değerlendirilmesi, sosyolojik, psikolojik, fiziksel, ailevi, sosyal, metabolik ve kişisel özelliklerin dikkate alınmasının değerlendirmeyi daha geçerli kılacağını gözlemledik ve katılımcıların kendilerini değerlendirdikleri ölçek tekniğini kullanmanın sağlıklı sonuçlar doğurmayacağı kanaati edindik. TSSB ile ilgili yapılan araştırmalarda en sağlıklı yöntemin klinik psikiyatrik görüşme tekniği olduğu, örneklemin geniş tutulmasının sonuçların nesnellliğini ve skalasını arttıracığı, bu açıdan da bizim yaptığımız çalışmanın literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Bundan sonraki yapılacak TSSB çalışmalarında, yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılması literatüre daha doğru sonuçlar verecektir.

SONUÇ

Araştırma, Suriye ve Irak'tan Diyarbakır ve Batman mülteci kamplarına yerleşen mültecilerden toplam 202 çocuk ve genç yaş grubundaki kişilerle sınırlıdır. Araştırmamız, savaştan uzakta ve ülkemiz gibi güvenli bir ortamda kamplarda ve şehirlerde hayatlarını sürdürmelerine rağmen savaş travmasına maruz kalmış Iraklı ve Suriyeli çocuk ve genç sivilde, TSSB başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun yaygın olduğunu göstermektedir. Bu bulgular savaş travmasının sivilde üzerinde uzun yıllar devam eden ve bulunduğu yeri değiştirmekle de düzelmeyen etkileri olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle Irak'ta ve Suriye'de savaşın yol açtığı psikiyatrik bozuklukların tanınması, değerlendirilmesi ve sağaltımı için var olan imkânların en iyi şekilde kullanılması gerekmektedir.

SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırma Suriye ve Irak'tan Diyarbakır ve Batman mülteci kamplarına yerleşen mültecilerden toplam 202 çocuk ve genç yaş grubundaki kişilerle sınırlıdır. Gerçekleştirilen Klinik görüşmeler kamplardaki çadırlarda gerçekleştirilmiştir. Araştırma CAPS-Araştırmacı Tarafından Doldurulan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale) ölçeğinin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

Çalışma grubu, birden çok sosyokültürel ve inanç kesiminden çocuk ve genç bulunmaktadır. Savaşın yol açtığı tahribatın etkisiyle psikolojik açıdan etkilenmiş bireylerin topluma maliyetinin büyük olacağı öngörülebilir. Ruhsal bozukluklar bir kez ortaya çıktıktan sonra sağaltımının güçlüğü ve maliyeti düşünüldüğünde, ortaya çıkmasını ve tekrarlanmasını engellemek amacıyla önleyici çalışmalar yürütmek daha pragmatik olabilir. Bu nedenlerden ötürü her psikolojik danışman, psikolog, ve psikiyatristlerin ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının hem ahlaki ve etik nedenlerle hem de toplumun ruh sağlığını korumak için çalışmalar yürütmelidir.

Halen Irak ve Suriye'de aynı yaş grubundaki çocuk ve gençlerin savaşta ne derece etkilendiklerini bilmiyoruz. Çocuk ve gençlerin Irak'ta ve Suriye'de ailelerinin ruhsal durumları hakkında kısıtlı bilgimiz bulunmaktadır. Irak ve Suriye'de daha çok çalışmanın yapılması TSSB'nin boyutları daha gerçek anlamda gözler önüne serecektir. Araştırma yaptığımız koşullar yapılandırılmış görüşmeler için sağlıklı değildir. Sağlıklı yapılandırılmış klinik psikiyatrik görüşmelerin yapılabilmesi için araştırma yapan kişilere bu ortamların sağlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Türkiye'de birçok mülteci kampı ve kamp dışında yaşayan binlerce mülteci olmasına rağmen sadece iki kamp ve Batman merkezde yaşayan mülteci çocuk ve gençlerle sınırlandırılması tüm Suriye ve Iraklı mültecilerle genellememe problemi ortaya çıkarmıştır. Bunun önüne geçebilmek adına daha çok kamp ve şehirlerde yaşayan kişilerle araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aı, A. L., Peterson, C. & Ubelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *J Trauma Stress*, (15), 157-60.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: *American Psychiatric Association*.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančišković, T., Suljić, E., Đurić, D., & Vranešić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama*, 294(5), 580-590.
- Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E. & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *J Trauma Stress*, 17(2), 133-41.
- Baysak E. (2010). *Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler* [Tıpta uzmanlık tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3), 216-22.
- Dahl S, Mutapcic & A, Schei B. (1998). Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 137-145.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M. J., Morgan, M. D., & Gold, J. (2002). An investigation of the psychological effects of the September 11, 2001, attacks on New York City: developing and implementing research in the acute postdisaster period. *CNS spectrums*, 7(8), 585-596.
- Gerritsen A, Bramsen I, Deville W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(1), 18-26.
- Gökler, F. Y. (2014). Sincar ve Kobani'ye yapılan saldırılar sonucunda yaşanan göçler ve Türkiye'nin insani yardımları: *Orsam bölgesel gelişmeler değerlendirmesi* 1(18), 1-16.
- Hauff E, Vaglum P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: a prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *Journal of Mental Nervous and Mental Disease*, 182(2), 85-90.
- Karakaya I., Memik N.Ç., Ağaoğlu B., Aker T., Şişmanlar Ş., Öç Ö.Y., Coşkun A. (2007). Çocuk ve Gençler İçin Araştırmacı Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14(3), 125-132
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tam Ölçütleri*. Hekimler Yayın Birliği.
- Korkut, R. (2010). *Türkiye'de sığınmacılar ve mülteciler* [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. Niğde Üniversitesi.

- McInnes, K., Sarajlić, N., Lavelle, J., & Sarajlić, I. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama*, 282(5), 433-439..
- Nickerson A, Bryant RA, Silove D, Steel ZA. (2011). Critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3):399–417.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Steel, Z., Silove, D. & Brooks, R. 2010. The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *J Psychiatr Res*, 44(4), 229-35.
- Norris FH. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, 60(3):409-418.
- UNHCR (2016, 20 Haziran). Ocak 2016 itibariyle UNHCR Türkiye istatistikleri (t.b). [http://www.unhcr.org/turkey/uploads/root/tr\(42\).pdf](http://www.unhcr.org/turkey/uploads/root/tr(42).pdf) adresinden 20 Haziran 2016 tarihinde alınmıştır.
- Odman MT. (1995). *Mülteci Hukuku*. AÜSBF İnsan Hakları Merkezi Yayınları.
- Özgen F, & Aydın H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41).
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101(1), 46-59.
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*, 61(6):984-999.
- Sondergaard HP, Ekblad S, Theorell T. (2001). Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(12), 838–845
- Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M. & Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J NervMent Dis*, 191(3), 154-60
- Şalcıoğlu E. (2001). *Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Ampirik Bulgular*. 5US Yayınları.
- Tribe, R. (2002). Mental health of refugees and asylum-seekers. *Advances in psychiatric treatment*, 8(4), 240-247.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 444-448.
- Türkoğlu, O. (2011). Mülteciler ve ulusal/uluslararası güvenlik. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(2), 101-118.

Yazarlar Hakkında

Hüseyin Berken BİNAY: Uzm. Klinik Psikolog, HKU Klinik Psikoloji YL, Yıldız Teknik Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Doktora

Şaziye Senem BAŞGÖL: Prof. Dr., Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Çıkar Çatışması

Yazarlar tarafından çıkar çatışması olmadığı beyan edilmiştir.

Destek

Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Etik Bildirim

Bu çalışma Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak tamamlanmıştır. Bu doğrultuda çalışma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu tarafından izin verildi.

Etik Kurul Adı: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu.

Onay Tarihi: 25/06/2016

Belge numarası: 07