



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ERKEN DÖNEM ÇOCUKLUK TRAVMALARININ
YETİŞKİN BEDEN SAĞLIĞINA ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

DÖNEM PROJESİ

HANDE BUSE KARAGÜL

İSTANBUL, 2023



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ERKEN DÖNEM ÇOCUKLUK TRAVMALARININ
YETİŞKİN BEDEN SAĞLIĞINA ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

DÖNEM PROJESİ

**HANDE BUSE KARAGÜL
(220134005)**

**PROJE DANIŞMANI
Prof. Dr. Haşim Ercan Özmen**

İSTANBUL, 2023

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Hande Buse Karagül

TEŐEKKÜR

Öncelikle değerli danıőmanım Prof. Dr. Haşim Ercan ÖZMEN'e bu çalıőmayla beraber yüksek lisans eğitimim boyunca sağladığı katkı, destek ve bana olan inancı için teőekkür ederim.

Hayatımın her anında hissettiğim sevgi ve koőulsuz destekleri için annem Sevgi KARAGÜL ve babam Kemal KARAGÜL'e,

Ablası olmaktan gurur duyduğum biricik kardeőim Kuzey KARAGÜL'e,

Her daim yanımda olan, beni yüreklendiren ve bana inanan canım arkadaőım, aynı zamanda meslektaőım Reha ÜNER'e,

Beni travmayla tanıştıran, merakımı canlı tutmayı öğreten sevgili arkadaőım, saygıdeğer meslektaőım Ersin BAYRAMKAYA'ya

Çalıőmalarım sırasında ve en ufak tedirginliğimde yanımda, yakınımnda bulduğum biricik arkadaőlarım Gökçe YILMAZ ve Aybike Nur DEMİR'e çok teőekkür ederim.

ERKEN DÖNEM ÇOCUKLUK TRAVMALARININ YETİŞKİN BEDENSEL SAĞLIĞINA ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

HANDE BUSE KARAGÜL

ÖZET

Bu projenin amacı, olumsuz çocukluk dönemi travmalarının yetişkin fiziksel sağlığı üzerindeki etkisini incelemektir. Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, fiziksel veya duygusal istismar, ihmal veya aile içi şiddet gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Bu çalışmada, bu türden travmatik deneyimlerin, yetişkinlik dönemindeki beden sağlığına etkileri araştırılmaktadır.

Çalışmalar, çocukluk dönemi travmalarının yetişkinlerde çeşitli fiziksel sağlık sorunlarının ortaya çıkma olasılığını artırdığını göstermektedir.

Duygusal istismarın da fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri vardır. Duygusal istismara maruz kalan bireylerde depresyon, anksiyete bozuklukları ve stresle ilişkili sağlık sorunları daha sık görülmektedir. Ayrıca, çocukluk döneminde yaşanan travmaların obezite, diyabet ve uyku bozuklukları gibi metabolik sorunlarla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Bu projede, çocukluk dönemi travmalarının yetişkinlerde fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini anlamak için güncel literatürden derlenen kanıtlar sunulmaktadır. Araştırmalar, bu travmatik deneyimlerin yetişkinlerde fiziksel sağlık sorunları riskini artırdığını ve fizyolojik sistemlerde çeşitli bozulmalara neden olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, çocukluk dönemi travmalarının etkileri uzun vadeli olabilir ve yetişkin beden sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu çalışma, sağlık profesyonellerinin bu konuda farkındalığını artırmayı, çocukluk dönemi travmalarının erken fark edilmesi ve zamanında müdahalesiyle yetişkinlerin fiziksel sağlığının iyileştirilmesine yönelik önlemler alınmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Olumsuz Çocukluk Deneyimleri, Yetişkin Beden Sağlığı, Travma Sonrası Psikolojik Dayanıklılık

IMPACTS OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES ON PHYSICAL HEALTH IN ADULTHOOD

Hande Buse Karagül

ABSTRACT

This research project examines the impact of adverse childhood experiences on adult physical health. Traumatic experiences during childhood can manifest in various forms, such as physical or emotional abuse, neglect, or domestic violence. The study aims to investigate the effects of these traumatic experiences on adult physical well-being.

Research indicates that childhood trauma increases the likelihood of various physical health problems in adults. Physical abuse has been associated with conditions such as post-traumatic stress disorder, chronic pain, cardiovascular diseases, and immune system disorders.

Emotional abuse also has negative effects on physical health. Individuals who have experienced emotional abuse are more likely to suffer from depression, anxiety disorders, and stress-related health issues. Moreover, childhood trauma has been found to be correlated with metabolic problems such as obesity, diabetes, and sleep disorders.

This research project presents evidence compiled from existing literature to understand the impact of childhood trauma on adult physical health. Studies demonstrate that these traumatic experiences increase the risk of physical health problems in adults and disrupt various physiological systems.

In conclusion, the effects of childhood trauma can have long-term consequences and adversely affect adult physical health. This study aims to raise awareness among healthcare professionals, promote early recognition and intervention of childhood trauma, and encourage measures to improve the physical well-being of adults.

Keyword: emotion, mood, time, perception of time, neutral facial expression, negative facial expression

ÖNSÖZ

Bu tez, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmadır. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin, bireylerin sağlık durumu üzerinde uzun vadeli etkileri olduğu bilinmektedir. Bu tez, bu etkileri anlamak ve sağlık alanında farkındalığı artırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Bu projede, çocukluk dönemi travmalarının yetişkin fiziksel sağlığı üzerindeki etkilerini daha iyi anlamak için geniş bir literatür taraması yapılmış ve mevcut bilimsel kanıtlar derlenmiştir. Bu kanıtlar, çocukluk dönemi travmalarının fizyolojik sistemlerde bozulmalara yol açtığını ve yetişkinlikte çeşitli fiziksel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını tetiklediğini göstermektedir.

Temmuz, 2023

Hande Buse Karagül

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
KISALTMALAR.....	ix
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. YÖNTEM VE GEREÇ	4
1.1. Geleneksel Derleme.....	4
1.2. Araştırma Soruları	5
1.3. Dahil Etme ve Hariç Tutma Kriterleri	5
1.3.1. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri.....	5
1.3.2. Araştırmanın Hariç Tutma Kriterleri	5
1.4. Tarama Yılları.....	6
1.5. Tarama Stratejisi ve Veri Tabanları	6
1.6. Verilerin Çıkarılması	6
1.7. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri.....	6
1.8. Araştırmalardaki Katılımcıların Özellikleri.....	7
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	8
2. KURAMSAL ÇERÇEVE	8
2.1. TRAVMA	8
2.2. Travmatik Olay.....	9
Tablo 1.: Travmatik Olayların Sınıflandırılması.....	9
2.3. Psikolojik Travma	10
2.4. Akut Stres Bozukluğu	10

2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	12
2.6. Psikolojik Dayanıklılık.....	14
2.7. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	14
2.8. PSİKOSOMATİK KAVRAMI.....	15
2.8.1. Tanı Ölçütleri.....	16
2.8.2. Hastalıkların Psikosomatik Boyutu	17
2.9. Stres	18
2.10. Stres ve Nörobiyoloji.....	18
2.11. Stres ve Bağışıklık Sistemi	21
2.12. Stres ve Kardiyovasküler Sistem	22
2.13. Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD)	23
2.14. OÇD ve Yaygınlığı	24
2.15. İstismar.....	26
2.15.1. Fiziksel İstismar.....	26
2.15.2. Duygusal İstismar.....	27
2.16. Sonuç	28
2.17. Olumsuz Çocukluk Deneyimlerinin Yetişkin Beden Sağlığına Etkileri.....	28
2.18. Mekanizmalar	29
2.18.1. Koruyucu Faktörler Psikolojik Dayanıklılık.....	30
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	31
3. TARTIŞMA.....	31
3.1. Geleneksel Derlemede Elde Edilen Bulguların Tartışılması	31
SONUÇ VE ÖNERİLER	32
KAYNAKÇA.....	34

KISALTMALAR

ACTH: Adrenocorticotropic Hormone (Adrenokortikotropik Hormon)

ASB: Akut Stres Bozukluğu

CRF: Corticotropin-releasing hormone (Kortikotropin Salıcı Hormon)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal aks

ICD: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)

LHPA: Limbic-Hypothalamic-Pituitary-Adrenal

OÇD: Olumsuz Çocukluk Deneyimi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VIP: Vazoactive Intestinal Peptid

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Çocukluk deneyimleri, bir bireyin yaşam boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığını şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Olumsuz çocukluk travmaları, fiziksel ve cinsel istismar, duygusal ihmal ve aile içi sorunlar gibi bir dizi deneyimi kapsar. Bu travmalar çocuğun fiziksel gelişimini olumsuz etkileyebilir ve yetişkinlikte çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilebilir.

Bu makalenin amacı, olumsuz çocukluk travmaları ile yetişkinlikte fiziksel hastalıklar arasındaki bağlantıyı araştırmaktır. Mevcut literatürü inceleyerek, çocukluk travmalarının neden olduğu çeşitli fiziksel sağlık koşullarını aydınlatmayı amaçladık. Ayrıca, bu ilişkiyi destekleyen mekanizmaları, yolları ve koruyucu faktörleri ele aldık.

Araştırmanın Problemi

Hege ve diğerleri (2020) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, iyilik halinin yaşam süresi boyunca önemli bir belirleyeni ve öngörücüsü, olumsuz çocukluk deneyimleridir. Çoğumuz, çocukluk travmalarının psikolojik sorunlar ve ruh sağlığıyla bağlantılı olduğunu biliriz. Ancak, sıklıkla göz ardı ettiğimiz önemli bir konu, bu travmaların yıllar sonra fiziksel sağlık sorunlarına yol açabileceğidir. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik stres, bir çocuğun veya onun için hayati öneme sahip birinin yaşamını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olaylarla başa çıkma şeklini ve verdiği fiziksel ve duygusal tepkileri ifade eder.

Toplumda geniş bir yaygınlık gösteren Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD), farklı geçmişlere sahip bireyleri etkileyen bir durumdur. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilen çeşitli fiziksel sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmektedir. Yapılan araştırmalar, bu olumsuz çocukluk deneyimlerinin kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve inme gibi durumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkilerini anlamak için farklı mekanizmalar ve yollarla araştırmalar yapılmaktadır. Çocukluk

travmalarının, biyolojik, nörolojik ve sosyal etkileşimler aracılığıyla fizyolojik sistemlere etki ettiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Felitti vd., 1998).

Bu araştırmanın problemi; olumsuz çocukluk dönemi travmasına sahip olan bireylerin, bu yaşantıların yetişkinlik dönemindeki fiziksel sağlıklarına etkisinin olabileceği düşünülerek derleme çalışması yapılmıştır. Bu nedenle, alan yazında; erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen literatürler taranmış ve bir araya getirilerek bir geleneksel derleme oluşturulmuştur.

Araştırmanın Amacı

Yaşamın erken dönemlerinden itibaren olumlu deneyimlerle birlikte çocukluk dönemi ve erken yaşam koşulları, sağlıklı ve iyi bir yaşam için temel oluşturur. Araştırmalar, erken yaşam stresinin beyin yapısını, diğer organların olgunlaşmasını ve metabolik fonksiyonları olumsuz yönde etkileyerek koruyucu faktörler ve direnç olmadığında ilerleyen yaşlarda sağlık sorunlarına, hastalıklara ve hatta ölümlere yol açabileceğini göstermektedir. Bu geleneksel derleme çalışması, erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığına etkilerini inceleyen araştırmaları bir araya getirmektedir. Araştırmanın temel sorusu ise, ‘Olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisi nedir?’ olarak belirlenmiş olup bu soruya yanıt arama doğrultusunda yapılan bir çalışmadır.

Araştırmanın Önemi

Geleneksel olarak olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmaların taranması ve analiz edilmesinin, literatüre önemli bir katkı sağlaması ve yüksek kanıtlar sunarak bu konuda daha derinlemesine anlayış elde edilmesi hedeflenmektedir. Bu tür araştırmalar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin uzun vadeli sağlık sonuçlarına etkisini daha iyi anlamak için önemlidir ve sağlık uzmanları daha etkili önleyici ve tedavi edici stratejiler geliştirme konusunda yol gösterebilir. Bu amaç doğrultusunda, olumsuz çocukluk deneyimleri, stres, istismar, travma gibi faktörlerin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini incelemek için geleneksel bir derleme çalışması yapılacaktır. Bu çalışmanın elde edeceği bulguların, mevcut alan yazınına, travma çalışmalarına ve gelecekteki bilimsel araştırmalara önemli bir ışık tutması beklenmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada yer alan araştırmalar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen ampirik çalışmalarla sınırlıdır.

Çalışma kapsamı, 1988-2022 yılları arasında Google Scholar, PubMed ve YÖK Tez Merkezi veri tabanları aracılığıyla tam metinlere erişilebilen çalışmalarla sınırlıdır.

Yayın dili Türkçe ve İngilizce olan çalışmalarla sınırlıdır.

Çalışmaya dahil edilen araştırmaların bulguları ile sınırlıdır.

Çalışmamızın, belirtilen sınırlılıklara rağmen olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerinde etki yaratan faktörlerin belirlenmesi noktasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. YÖNTEM VE GEREÇ

1.1. Geleneksel Derleme

Geleneksel derleme çalışmaları genellikle tercih edilen konunun geniş bir yelpazede araştırılması, değerlendirilmesi ve incelenmesi amacıyla yapılır. Geleneksel derlemelerde resmi kurallar bulunmasa da her derleme türünde, yazının önceden belirlenmiş ve metinde açıkça ifade edilmiş bir yöntemle ilerlemesi ve yapılandırılmış bir düzenle yazılması esastır. Derlemelerde, en sık kullanılan yapı araştırmalardakine benzer şekilde "giriş, yöntem, tartışma ve sonuçlar" biçimindedir. Bu düzene ek olarak, başlıklar, özet, anahtar sözcükler ve kaynakça gibi diğer bileşenler de yer almaktadır.

Giriş bölümü, derlemenin amacını açıklamak ve okuyucuları derlemenin önemini anlamaya ikna etmek için kullanılmaktadır. Derlemenin seçilen konuyla ilgili en son gelişmeleri içerdiği belirtilir. Yöntem bölümünde ise, derlemenin yeterliliğini kanıtlamak için detaylı bilgiler verilir. Taranan veri tabanları, anahtar sözcükler ve literatür taraması için kullanılan yıl aralıkları ayrıntılı bir şekilde açıklanır.

Geleneksel derlemeler, belirli bir konu hakkındaki bilgilerin güncel durumunu ve muhtemel etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmalardır. Bu tür derlemelerde, giriş bölümünde derlemenin amacı ve önemi açıklanırken, literatür taramasında kullanılan dahil etme ve hariç tutma kriterleri de detaylı bir şekilde ifade edilir. Yöntem bölümünde ise taranan veri tabanları, anahtar sözcükler ve literatür taraması için kullanılan yıl aralıkları ayrıntılı olarak açıklanır.

Tartışma bölümünde, taranan literatür sonuçlarına genel bir yorum yapılır ve özetlenir. Bu yorumlar nesnel bir yaklaşımla sunulur ve eğer yeterli kanıt yoksa bu durum belirtilir. Ayrıca, elde edilen sonuçların gelecekteki araştırmalara nasıl katkı sağlayabileceği de açıklanır. Bu şekilde, derlemenin konu hakkındaki bilgilerin güncel durumu ve gelecekteki araştırmalara sağlayacağı potansiyel değer vurgulanır (Erol, 2022).

Bu çalışmada da literatürde ele alınan erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin incelemeleri araştırmak amacıyla geleneksel derleme yöntemi kullanılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

Bu çalışmanın temel amacı erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisinin geleneksel derleme yöntemi ile araştırılmasıdır. Bu çerçevede temel soru “Erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisi nedir?” olarak belirlenmiştir. Temel soru dışında, aşağıda yer verilen sorular çalışma sonunda cevaplandırılmaya çalışılmıştır:

- Erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisi literatürde nasıl ele alınmıştır?
- Erken dönem çocukluk travmaları yetişkin beden sağlığını başka hangi değişkenlerle etkilemektedir?

1.3. Dahil Etme ve Hariç Tutma Kriterleri

Dahil etme ve hariç tutma kriterler, belirlenen konuya uygun olarak belirlenmiştir. Veri tabanı, erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini içeren çalışmalar için elektronik ortamda taranmıştır.

1.3.1. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri

- 18 yaşından önceki dönemde travma deneyimi yaşamış çocukların yer aldığı çalışmalar,
- Nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar,
- Türkçe ve İngilizce dilinde yayınlanmış olan çalışmalar,
- 1988-2022 yılları arasında yapılmış araştırmalar,
- Travma geçmişi olup yetişkinlik döneminde beden sağlığı olumsuz etkilenmiş bireylerin yer aldığı çalışmalar dahil etme ölçütleri olarak belirlenmiştir.

1.3.2. Araştırmanın Hariç Tutma Kriterleri

- 18 yaşından sonraki dönemde travma deneyimi yaşamış bireylerin yer aldığı çalışmalar,

- 1988 yılından önce yapılmış çalışmalar hariç tutma kriterleri olarak belirlenmiştir.

1.4. Tarama Yılları

Bu çalışma, 1988-2022 yılları arasında yapılan çalışmaları içermektedir. Araştırma soruları ve anahtar kelimeler 2017-2023 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Literatür tarama 27 Mayıs 2023 tarihinde sonlandırılmıştır.

1.5. Tarama Stratejisi ve Veri Tabanları

“Olumsuz çocukluk deneyimleri”, “Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, “İstismar”, “Travmanın fiziksel sonuçları”, “Travma ve Kardiyovasküler Sistem”, “Travma ve Nörobiyoloji”, olarak belirlenen anahtar kelimeler; “Google Scholar”, “PubMed”, “Yök Tez Merkezi” gibi elektronik veri tabanlarında taranmıştır.

Araştırma sırasında, anahtar kelimeler, başlıklar ve özetlerde yer alan tüm kelimeler belirlenmiştir. Ayrıca, belirlenen anahtar kelimelerle ilişkilendirilmeyen çalışmaların tespit edilebilmesi için, çalışmaya dahil edilen araştırmaların kaynakçalarından yararlanılmıştır.

1.6. Verilerin Çıkarılması

Kaynaklardan çıkarılan veriler arasında, erken dönem çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların sonuçlarına, kullanılan ölçümlere, araştırma yöntemlerine ve katılımcıların özelliklerine bu çalışmada yer verilmiştir.

1.7. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri

Bu geleneksel derlemede toplamda 90 kaynak kullanılmıştır. Dahil edilen çalışmaların 23’ü Türkçe kaynaklardan, 67’si İngilizce kaynaklardan oluşmaktadır. Çalışmada 9 Türkçe tez çalışması bulunmaktadır.

İncelenen çalışmalar 1988-2022 tarihleri arasında yayınlanmıştır. 1988 yılında yayımlanan çalışma sayısının (n=2) olduğu görülürken, 1997 yılında yayımlanan çalışma sayısının (n=3) 2003 yılında yayımlanan çalışma sayısının (n=6) olduğunu, 2005 yılında (n=5) olduğunu, 2012 yılında (n=7) olarak çalışmaların

yoğunlaştığı, 2016 yılında (n=6), 2013 yılında (n=13), 2015 yılında (n=4), 2020 yılında (n=4) ve 2021 yılında (n= 4) ve en az çalışmanın yapıldığı görülmüştür.

Bunun dışında Türkiye’de yapılan çalışma sayısı 16 iken Türkiye dışında yapılan çalışma sayısının 37 olduğunu görmekteyiz. Türkiye dışında yapılan çalışmalarda ise, Suriye, Amerika, Fransa ve İngiltere gibi ülkeler vardır.

Çalışmalarda kullanılan ölçeklere baktığımızda ise “Akut Stres Bozukluğu Ölçeği”, “Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği”, “Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)”, “Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ)”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBTÖ)” kullanılmıştır.

1.8. Araştırmalardaki Katılımcıların Özellikleri

Bu geleneksel derlemede ele alınan bir çalışmada toplam 2257 katılımcıya ilişkin veri bulunmaktadır (Ulukol ve ark., 2013). Çocukluk travmasının fiziksel sağlık üzerindeki etkisini inceleyen bir bağlamda, potansiyel bir örneklem hedefi, çocukluk döneminde travma yaşamış bireyler olabilir. Bu bireyler, örneğin istismar veya ihmalden etkilenmiş olabilirler. Aynı zamanda, farklı sosyo-ekonomik arka planlara, farklı yaş gruplarına ve her iki cinsiyete ait bireyler de çalışmaya dahil edilerek, konunun kapsamlı bir şekilde anlaşılması sağlanabilir. Ancak, belirli örneklem hedefi, araştırma tasarımı, amaçlar ve mevcut kaynaklar göz önünde bulundurularak dikkatli bir şekilde belirlenmelidir. Bu sayede, çalışmanın sonuçları güvenilir ve genellemelere izin veren bir şekilde elde edilebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. TRAVMA

Kökeni Yunanca, Sanskritçe ve Persçe ‘tere’ kelimesi ile bağlantılı olan *trauma*, ‘yara’ anlamını taşımaktadır (Acar, 2020). Türk Dil Kurumu (TDK, 2021) ise travmayı “sarsıntı”, “canlı üzerinde beden ve ruh açısından önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan durum” olarak ifade etmektedir. Travma, ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, bireyin baş etme yollarını felç eden ve bedensel veya ruhsal bütünlüğüne dair bir tehdit durumunu ortaya çıkaran olaylar olarak tanımlanmaktadır (akt. İnci ve Boztepe, 2013:80).

Travmatik bir yaşantı, temel başa çıkma kapasitemizi aşan herhangi bir olayı barındırmakla beraber kimliğimizin bütünlüğüne ve güvenliğimize yönelik kişisel bir tehdit deneyimi ile sonuçlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5’te yer alan travma tanımına göre, kişinin “doğrudan, başkalarının başına gelen olaylara tanıklık etme, aile üyesi ya da yakın arkadaşın başına gelen travmatik olayı öğrenme, örseleyici yaşantının rahatsız edici ayrıntılarına meslek dolayısıyla sürekli maruz kalma yollarından biri ile gerçek ya da göz korkutucu bir ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel saldırıya uğramış olma” sonucunda deneyimlemiş olduğu durum olarak ifade edilmektedir.

Travmanın kökeni, nesnel faktörlerden ziyade içsel travmanın etkisine dayanmaktadır. Travma, kontrol edilemeyen iç ve dış uyarıcılara karşı direnç gösteremeyen benlik parçalarının yardım alamaması deneyimidir (Freud, 1926, s.97; Debray vd., 2002). Buna bağlı olarak, travmaya karşı direncin bireyler arasında ve bireyin yaşamının farklı dönemleri ve gelişim evreleri açısından değişkenlik gösterebileceği ifade edilmektedir.

Van Der Kolk (2015) tarafından belirtildiği gibi, sıkıntı veren bir durumda, bebekler gibi yüz ifadeleri ve davranışlarla yardım çağrısında bulunmaktadır. Ancak yardım çağrısına yanıt alınmadığında tehdit durumu artmakta ve kalbimiz ile akciğerlerimiz savaş ya da kaç tepkisiyle hareket ederek bedenimizdeki yönetimi devralmaktadır. Savaş ya da kaç tepkileri, sempatik sinir sistemimiz aracılığıyla

gerçekleşmektedir (Taycan, 2021). Sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi, otonom sinir sistemi tarafından yönetilmektedir ve bu iki sistem birlikte çalışarak bedenın işleyişini düzenlemektedir. Sempatik sinir sistemi, bedenın hızlanmasından sorumlu olmakla beraber savaş ya da kaç tepkisini tetiklemektedir. Kalp atışlarını hızlandırmakta, kaslara kan taşımakta ve adrenalin hormonunu salgılamaktadır. Öte yandan, parasempatik sinir sistemi, bedenın yavaşlamasını sağlamakta ve kendini korumasını desteklemektedir. Sindirim, yara iyileşmesi gibi bedeni yavaşlatan ve koruyan görevlerden sorumludur. Bu iki sistem birlikte çalışarak bedenın denge ve uyumunu sağlar (Van Der Kolk, 2015).

Travma, bir kişinin sinir sisteminde değişikliklere ve farklı bir sinir sistemiyle dünyayı deneyimlemesine neden olur. Kişi, uzun vadede dezavantajlarına rağmen hayatta kalmak için ruhsal karmaşıklığı bastırmaya devam ederken, bastırılan duygular fiziksel belirtiler şeklinde ortaya çıkar. Bu yüzden, travma durumunda beden, zihin ve beyin eş zamanlı olarak ele alınmalıdır. Aksi takdirde, travmayı tam anlamıyla anlamak mümkün olmayabilir (Van Der Kolk, 2015).

2.2. Travmatik Olay

Travmatik bir olay anı, kontrol edilmesi zor ve bireyin tepki verme yeteneğini frenlemek için kaçınılmaz olmalıdır (Calhoun ve Tedeschi, 1999). Bir başka deyişle, kişinin dünya görüşüne ters düşen, başa çıkma yetilerini zorlayan, günlük hayatın stresinden daha güçlü tepkiler uyandıran olaylardır (Yılmaz, 2006). Travmatik olaylar iki temel kategoriye ayrılabilir: insan kaynaklı olaylar (cinsel saldırı, terör, kazalar vb.) ve doğal kaynaklı olaylar (sel, deprem, hastalık vb.) (Dürü, 2006). Bu sınıflandırma Tablo 1.1’de gösterilmiştir.

Tablo 1.: Travmatik Olayların Sınıflandırılması

İnsan Kaynaklı Travmatik Olaylar	Doğal Kaynaklı Travmatik Olaylar
İstemli olarak yapılanlar (savaş, terör, taciz, işkence, tecavüz gibi)	Deprem, sel, kasırga, ani yakın kaybı, gelişen ölümcül hastalık vb.
İstemsiz olarak yapılanlar (trafik kazası, iş kazası, nükleer enerji kazası gibi)	

Kaynak: Dürü (2006).

Her birey, yaşamının bir noktasında travmatik bir olayla karşılaşabilir ve bu tür bir olayın etkileri hafif bir rahatsızlıktan ciddi işlevsel bozulmaya kadar değişebilir. Briere ve Scott (2016) tarafından öne sürüldüğü gibi travmatik bir olayın olasılığı ve etkisi kişiden kişiye büyük ölçüde farklılık gösterebilir. Her bireyde travmatik olaylar farklı etkilere ve sonuçlara yol açabilir. Bununla birlikte, genel olarak rapor edilen olumsuz etkiler arasında kaygı bozuklukları, suçluluk hissi, düşük benlik saygısı, kişilerarası ilişkilerde güven eksikliği, fiziksel sağlık sorunları ve savunmasızlık duygusunun artması yer alır. Travmatik deneyimler, özellikle çocukluk döneminde, saldırgan bir kişilik tarzının gelişimi ile ilişkilendirilebilir (Ferguson vd., 2008).

2.3. Psikolojik Travma

Psikolojik travma, bir kişinin yaşamında önemli değişikliklere yol açan, uyum sağlamayı gerektiren, psikolojik dengeyi bozan ve başa çıkmakta zorlandığı deneyimler veya durumları ifade eder (Türksoy, 2003).

Aynı olumsuz olayları yaşamış bireyler arasında, bazıları için bu deneyimler travma oluştururken bazıları için oluşturmayabilir. Örneğin, erken çocukluk döneminde yaşanan anne kaybı ile ileri yaşlarda yaşanan anne kaybı, aynı psikolojik travma etkisini yaratmayabilir. Bu tür bir kayıp, çocuğu ağır şekilde etkileyebilecek kadar akut bir psikolojik travmaya neden olabileceği gibi, ileriki yaşamında da derin izler bırakan kronik bir travmaya yol açabilir. Dolayısıyla, travmanın etkisi, travmanın kendisinden daha çok kişi için ne anlama geldiğiyle ilişkilidir (Kendir, 2022).

Travmatik bir deneyime maruz kalan bireyler, yoğun bir korku, dehşet veya çaresizlik tepkisi gösterebilirler. Aynı zamanda, zorlayıcı ve rahatsız edici olayları sürekli olarak hatırlayabilir, tekrar yaşayabilir, rüyalarında görebilirlerken, travmatik deneyimi tekrar yaşıyormuş gibi davranıp hissedebilir ve olayla ilişkili herhangi bir şeyle karşılaştıklarında yoğun bir sıkıntı hissedebilirler. Bu duygulara fizyolojik tepkiler de eşlik edebilir. Travma sonrasında, duygusal, düşünsel ifadelerden ve konuşmalardan kaçınmak için büyük çaba sarf edebilirler (APA, 2013; Gürdil, 2014).

2.4. Akut Stres Bozukluğu

Anket tabanlı araştırmalara göre, maruz kalma oranı yüksek olsa da Akut Stres Bozukluğu (ASB) yaşayanların yalnızca %1,3 ile %11,2'si uzun süreli semptomatik bir hastalık geliştirmektedir (rneğin, TSSB).

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5, Akut Stres Bozukluğu (ASB) ltlerini aşağıdaki Şekilde tanımlamaktadır:

A: Travmatik bir olaya maruz kalma (fiziksel, cinsel veya zihinsel olarak) artı

B: Beş kategoride gruplanmış aşağıdaki semptomların sekizinden fazlasının bulunması artı:

İstendışı Gelen Belirtiler:

Travmatik olayın rahatsız edici anıları tekrarlayıcıdır. Çocuklar, ana olayı taklit eden temalarla tekrarlayan oyunlar oynayabilirler.

Travmatik olayla ilgili tekrarlayan rüyaları vardır. Çocuklarda, bu gece kâbusu Şeklinde olabilir.

Travmatik olayın yeniden canlandırılması (rneğin, flashbackler).

Gerçek travmatik olayı hatırlatan olaylar veya temalar karşısında yoğun veya uzun süreli zihinsel veya fiziksel sıkıntı.

Olumsuz duygudurum:

Dissosiyatif semptomlar:

Kendinden ve duygulardan kopmuş hissetme.

Dissosiyatif amnezi (alkol veya travmatik beyin hasarı ile ilişkili olmayan).

Kaçınma semptomları:

Travmatik olayla ilgili düşüncelerden, anılardan ve duygulardan kaçınma.

Travmatik olayın dışsal hatırlatıcılarından (insanlar ve yerler gibi) kaçınma.

Uyarılma semptomları:

Uyku sorunları (kaliteli uyku başlatma ve sürdürmede zorluk gibi).

Hafif veya hiç tahrik olmadan öfke patlamaları.

Çevreye karşı aşırı ve anormal Şekilde uyanıklık.

Dikkat dağınıklığı.

Çevredeki ani bir olaya olağandışı güçlü refleksif tepki.

C, D ve E: Semptomların süresi üç ila dört hafta arasında olmalı ve önemli işlev bozukluğuna sebep olmalıdır. Ayrıca semptomlar, madde kullanımı veya diğer

tıbbi durumlarla ilişkili olmamalıdır (örneğin, Travmatik Beyin Hasarı gibi). Bu ölçütlere uyan bireylere ASB tanısı konulabilir (Ragier vd., 2013; Cardeña ve Carlson, 2011).

Akut Stres Bozukluğu (ASB), bir psikiyatrik bozukluktur, ancak taşikardi gibi fizyolojik belirtiler ve anormal fMRI gibi fizyolojik bulgular da gözlenebilir. Bununla birlikte, doğrulanan bir laboratuvar veya radyografik bulunmamaktadır. Tanı, öykü ve fiziksel muayene temel alınarak klinik olarak konulur. ASB'li çocuklar ve yetişkinleri değerlendirmek için kullanılacak doğrulanmış ve hızlı psikometrik anketler mevcuttur. Örneğin, Çocuk Stres Tepki Kontrol Listesi, ASB ve TSSB belirtilerini ölçmekle beraber on dakika içinde tamamlanabilir ve 2-18 yaş arası çocuklar için kullanılabilir (Saxe vd., 2003). ASB'li yetişkinler için tasarlanmış bir anket bulunmaktadır (örneğin, Akut Stres Bozukluğu ölçeği) (Bryant vd., 2000).

ASB tanısı konulan bireylerin, ASB olmayanlara kıyasla intihar nedeniyle ölüm riski 24 kat daha fazladır. Ayrıca, stres bozukluğu tanısı konulan bireylerin, tanısı olmayanlara göre tüm nedenlere bağlı ölüm riski iki kat daha fazladır (Gradus vd., 2015).

2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

DSM-5 ölçütlerine göre, TSSB'nin tanımı, "kişinin tepkisinde yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet" gibi ifadeleri içerir (American Psychiatric Association, 2013). TSSB'nin belirtileri arasında, artan kaygı seviyesi, uyarılma düzeyinde artış ve belirli bir stresörle ilgili aşırı tepkiler yer almaktadır. Bu belirtiler, ciddi travmalara maruz kalındığında TSSB belirtilerinin ve tanısının değerlendirilmesini gerektirebilir (Kring vd., 2015).

DSM-V'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu için dört belirti kümesi bulunmaktadır. Bu belirtiler, müdahale belirtileri, kaçınma belirtileri, bilişlerde ve ruh halinde kalıcı olumsuz değişiklikler, uyarılma ve tepkisellikte değişiklikler olarak ifade edilmektedir. DSM-V ölçütlerine göre TSSB tanısı için, en az bir müdahale, bir kaçınma belirtisi, bilişlerde ve duygudurum belirtilerinde iki kalıcı olumsuz değişiklik ve uyarılma ve tepkisellik belirtisinde iki değişiklik gerekmektedir (APA, 2013).

ICD-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) ölçütlerine göre, Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı koymak için, travmatik olaydan sonraki altı ay içinde belirtilerin en az bir ay sürekli olarak devam etmesi ve kişinin klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya günlük yaşamında bozulmaya neden olması belirtilerinin karşılanması gerekmektedir. Belirtilerin süresi 1 ay ile 3 ay arasında ise hastalık "akut" olarak tanımlanırken, 3 aydan daha uzun sürmesi durumunda ise "kronik" olarak tanımlanmaktadır. Eğer belirtiler travmatik olaydan 6 ay sonra ortaya çıkıyorsa, bu durum "klinik olarak gecikmiş başlangıç" olarak adlandırılmaktadır (Koryürek, 2011; Bilgiç, 2011).

Bu tanıları için, bir kişinin cinsel saldırı, yaralanma gibi olaylara maruz kalması veya bu tür olayları şahit olması gerekmektedir. Bir kişinin TSSB geliştirip geliştirmeyeceğini belirlemek için travmanın şiddeti göz önünde bulundurulmalıdır (Dikel vd.,1997). TSBB'nin risk faktörlerine baktığımızda, beyindeki korku alanında artan aktivasyon, nörotisizm ve negatif duygulanım gibi etkenler öne çıkmaktadır. Özellikle nörotisizm ve negatif duygulanım, TSBB'nin öngörücüleri olarak bilinmektedir (Kring vd., 2015).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun nörobiyolojik faktörlerine baktığımızda, öncelikle amigdala aktivasyonunda bir artış gözlenmektedir. TSSB tanısı alan bireylerde, bellek işlevlerinden sorumlu olan hipokampus hacminin, tanı almayan bireylere kıyasla daha küçük olduğu belirlenmiştir (Bremner vd., 2003). TSSB etkisini incelemek için gazilerden oluşan tek yumurta ikizlerinin beyinleri tarandığında, gazilerin hipokampus hacminin daha küçük olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, dikkat çekici bir nokta da, travma öncesi hipokampus hacmiyle ilgilidir. Ortalamadan daha küçük hipokampus hacmine sahip olan bireylerin, TSSB tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir (Kring vd.,2015).

Çalışmalar, kadınların potansiyel travmatik olayları erkeklere kıyasla daha az sıklıkla deneyimlediğini, ancak TSSB riskinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (Darves-Bornoz vd., 2008; Frans vd., 2005; Tolin ve Foa, 2006). Bu eğilim çocuklar ve gençler için de geçerlidir; kız çocuklarının TSSB ölçütlerini karşılama olasılığının erkek çocuklardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tolin ve Foa, 2006). Kadınlarda cinsel saldırı gibi travmatik olaylar (tecavüz, cinsel taciz, sarkıntılık) TSSB ile daha sık ilişkilendirilirken, erkeklerde ise dövüş ve savaş

deneyimleri öne çıkmaktadır (Perkonigg vd., 2000). Cinsel travmatik deneyimler kadınlarda TSSB riskini artırsa da, diğer travmatik olaylara maruz kalan kadınların da TSSB oranının yüksek olduğu görülmektedir (Tolin ve Foa, 2006). Öte yandan, kadınların TSSB riski daha yüksek olsa bile travma olayının türü, maruz kalma sıklığı ve algılanan şiddetin etkisi cinsiyetten daha önemli faktörler olarak belirlenmiştir (Frans vd., 2005).

2.6. Psikolojik Dayanıklılık

Bireylerin zorlayıcı ve stresli yaşantılarla sağlıklı bir şekilde başa çıkmaları ve bu değişimlere uyum sağlamaları için sergiledikleri davranışlar, kişilik özellikleri ve sahip oldukları beceriler psikolojik dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır (Ünsal, 2016). Başka bir tanıma göre, psikolojik dayanıklılık, bir bireyin önemli bir tehdit veya zorlukla karşılaştığında olumlu bir şekilde uyum sağlama yeteneği olarak ortaya çıkar. Bu tanıma göre, psikolojik dayanıklılık, bireyin travmatik durumlarla başa çıkma yeteneği olarak ifade edilmektedir (Cicchetti, 2013).

Psikolojik dayanıklılığın ele alınması, travma veya kötü muamele gören çocukların her birinin farklı semptomlar veya psikolojik sorunlarla karşılaşabileceği fikrine dayanmaktadır (Cicchetti, 2013). Bu nedenle, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin kişilik özelliklerinin incelenmesi, bu alanda yapılan araştırmalarda önemli bir rol oynamaktadır (Arslan, 2016).

2.7. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Bireysel, çevresel ve ailesel olarak üç farklı grupta ele alınan risk faktörleri, çeşitli etkenlerden kaynaklanmaktadır (Ergün Başak, 2012; Gizir, 2007). Bireysel faktörler arasında prematüre doğum, yaşam koşullarının zorluğu ve kronik hastalıklar (Kavi ve Karakale, 2018) bulunmaktadır. Çevresel faktörler, ekonomik sorunlar, ihmal ve istismar, toplumsal travmalar gibi etkenlerden kaynaklanırken (Gizir, 2007; Kavi ve Karakale, 2018; Özcebe, 2008); ailesel faktörler ise ebeveynlerde patolojik durumlar, boşanma, vefat koşullarıyla ilişkilendirilir (Kavi ve Karakale, 2018; Öz ve Yılmaz, 2009).

Koruyucu faktörler, içsel ve dışsal etkenler olarak iki temel grupta değerlendirilir (Sipahioğlu, 2008). İçsel etkenler, uyum becerileri, duygusal

düzenleme yeteneği, hedef belirleme kabiliyeti, zekâ düzeyi ve yeni deneyimlere açıklık gibi kişisel özellikleri içermektedir (Önder ve Gülay, 2008). Dışsal etkenler ise aile ilişkileri, sosyal çevre ve çevreden gelen tepkiler gibi faktörleri içermektedir (Ergün Başak, 2012).

Zorlayıcı yaşam olaylarıyla karşılaşan bireyler arasında psikolojik dayanıklılığı yüksek olanlar, sıradan insanlar gibi bu zorluklarla mücadele ederler. Ancak onları diğerlerinden ayıran özellik, bu zorluklara karşı daha sağlıklı bir şekilde tepki verebilme ve bu süreçten güçlenerek çıkabilme yetenekleridir. Masten ve Reed (2002) tarafından belirtildiği gibi, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler, içsel kaynaklarını etkin bir şekilde kullanarak zorlukları aşma ve büyüme yolunda ilerleme gösterirler. Bu nedenle, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler, olağanüstü bir kişilik yapısına sahip olmaktan ziyade, adaptasyon ve sağlıklı tepki verme becerilerini geliştirmiş bireylerdir.

2.8. PSİKOSOMATİK KAVRAMI

Psikosomatik kelimesi, Yunanca kökenli olan "psyche" (ruh) ve "soma" (beden) kelimelerinden türetilmiştir (Menkü ve Coşar, 2021). Histeri, melankoli ve hipokondriya gibi somatik belirtilerle ilişkili tanılar tarih boyunca birbirinin yerine kullanılmıştır. Ancak, bu tanılar 17. yüzyılın sonunda Sydenham tarafından düzenlenene kadar kesin bir ayırım yapılmamıştır. Buna karşın Sydenham, zihin ve beden arasındaki uyumsuzluk veya içsel uyumsuzluk, hastalıklara benzer semptomlara yol açtığını öne sürmüştür (Lipowski, 1988).

İnsanlar, sadece zihinsel düzeyde değil, aynı zamanda bedensel düzeyde de kendilerini, diğer insanları ve dünyayı deneyimler ve etkileşimde bulunurlar. Bedenimiz, sosyal çevre ve kültürle sürekli bir etkileşim içindedir. İnsanlar düşüncelerini, inançlarını, eylemlerini, kimliklerini, farklılıklarını, güçlerini, tutumlarını, zevklerini, acılarını, üzüntülerini ve sevinçlerini bedenleri aracılığıyla ifade ederler. Beden, iletişim araçlarından biri olarak var olmanın yanı sıra, sosyal çevreyle etkileşim halinde olurken duyguları ve düşünceleri ifade etmek için de kullanılır (Okumuş, 2009).

Freud, 1938'de kaleme aldığı bir yazıda "ruhsal olgular bedensel etkilerden yüksek derecede etkilenir ve beden üzerinde en şiddetli eylemlerini gerçekleştirir "

şeklinde belirtmiştir (İkiz, 2008). Stresin insanlar üzerindeki etkilerini ve bedende ortaya çıkan fiziksel semptomları açıklayan bir yaklaşım olarak psikofizyoloji önemli bir rol oynamıştır. Bu yaklaşımlar, otonom sinir sistemi aracılığıyla bedendeki semptomların nasıl ortaya çıktığını açıklamıştır. Psikofizyolojik yaklaşımlara göre, otonom sinir sistemi uyarıldığında insanlar savaş ya da kaçma tepkisine hazırlanacağı ve bu durumda stresin bedende hastalıklar şeklinde kendini gösterebileceği belirtilmektedir (Coşar, 2021).

Sıklıkla somatizasyon olarak yorumlanan şikayetler arasında sırt, karın, göğüs, baş ve bel ağrıları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, yorgunluk, nefes darlığı ve kalp çarpıntısı gibi somatik semptomlar da sıklıkla görülmektedir. Araştırmalara göre, somatizasyonun kökeni hakkında çeşitli açıklamalar bulunmaktadır. Bazı kaynaklara göre, somatizasyon maskelenmiş bir depresyonun, kaygının dışa vurumu veya fizyolojik bir olayın bir sonucu olabilir. Diğer bazı görüşlere göre ise somatizasyon, bilişsel kökenli öğrenilmiş bir durum veya bastırılmış öfkenin bir yansıması olabilir (Kellner, 1990).

2.8.1. Tanı Ölçütleri

Güncel DSM-5'e göre, psikosomatik bozukluklar "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" olarak adlandırılmaktadır. Psikosomatik hastalıklar, gerçek fiziksel hasarların olduğu hastalıklardır. Duygusal faktörlerin etkisinin söz konusu olduğu psikosomatik hastalıklarda, hastalık durumu hayali olmayıp somut bir gerçeklik taşır (Davison vd., 2004).

Psikosomatizasyon, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) tanı kitabı olan DSM-5'te "Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler 316 (F54)" adı altında sınıflandırılmıştır. Bu tanı kategorisine göre:

A. Hastanın sağlıkla ilgili (ruh sağlığı dışında) bir belirti veya durumu vardır.

B. Ruhsal veya davranışsal etkenler, aşağıdaki şekillerden en az biriyle hastalık durumunu olumsuz etkiler.

Ruhsal etkenler, sağlık durumunun gelişimi, şiddeti veya iyileşme sũreciyle yakın zamansal bir ilişki içerisindedir.

Bu etkenler, sağlık durumunun iyileşmesini zorlaştırır.

Bu etkenler, kişi için başka sağlık sorunlarına yol açar.

Bu etkenler, alta yatan patofizyolojiyi etkiler, tetikleyici veya alevlendirici belirtileri etkiler veya tıbbi bakım gerektirir.

C. B lũtlerinde belirtilen ruhsal ve davranışsal etkenler, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Bu şekilde, psikosomatik belirtiler ve durumlar DSM-5'te tanı kategorisi altında ele alınmaktadır.

2.8.2. Hastalıkların Psikosomatik Boyutu

Hastalıkların psikosomatik boyutunu inceleyen araştırmalar, hastalığa yatkınlık faktörlerini sınıflandırarak ele almaktadır. Yaşam ykũsũ ve stres yũkũ (allostatik yũklenme), psikosomatik araştırmaların odaklandığı önemli değişkenler arasında yer almaktadır (Fava vd., 2017). Hayvan deneyleri ve uzunlamasına yapılan çalışmalarda, erken dönemdeki gelişimsel stresin patofizyolojik değişimlere neden olduğu ve yetişkinlikte stresle başa çıkma hassasiyetini artırdığı gözlenmiştir (Fava vd., 2017; McEwen, 2007).

Yaşanan stresli olayların, kronik enflamasyona yol açabileceği dũřũnũlmektedir. Bu sũrete çeşitli nörotransmitterler, hormonlar ve sitokinler etkili olmaktadır. Kronik enflamasyonun ise diyabet, kanser ve kalp-damar hastalıklarının oluşumunda önemli bir faktör olduğu dũřũnũlmektedir (Fava vd., 2017; Nemeroff ve Goldschmidt-Clermont, 2012).

MacLean, psikosomatizasyonu olan hastaların duygusal ve duyusal deneyimlerini neokorteksin anlamlandırmada rol oynayan bölgesine aktaramadıklarını ve bunun yerine kendi isteklerine göre fiziksel tepkiler göstererek bu duyguları bilinçsizce ifade ettiklerini belirtmiştir. 1948'de psikanaliz kuramcısı Ruesch, yaptığı çalışmalar sonucunda psikosomatik hastaların duygusal deneyimlerini veya sorunlarını dile getiremediklerini veya sembolik bir dille ifade edemediklerini, bunun yerine yaşadıkları sıkıntıyı yalnızca fiziksel yollarla gösterdiklerini aktarmıştır (Demir, 2010).

Psikosomatik rahatsızlıklar, daha gelişmiş bir yaşam tarzı ve önemli işlevlerin değişimiyle ilişkili olan sağlık sorunlarıdır. Bu noktada ele alabileceğimiz anksiyete, vücudun çevresel stres faktörlerine karşı spesifik olmayan bir biyolojik tepkisidir. Bu tepki, özellikle nöro hormonlar ve hormonlar aracılığıyla metabolik ve fizyolojik değişikliklere yol açar, özellikle katekolaminler ve kortizol bu süreçte önemli rol oynar. Ancak, bu tepki belirli bir noktada aşırı hale gelirse, geri dönüşü olmayan farklılıklar ve psikosomatik bozukluklar ortaya çıkabilir. Örneğin, baş ağrısı, yüksek tansiyon, sindirim sorunları ve psikojenik impotans gibi belirtiler bu şekilde ortaya çıkabilir (Rout, 2013).

2.9. Stres

Stres, HPA eksenini aktivasyonunu tetiklemekte ve bunun sonucunda kortizol dahil olmak üzere adrenal glukokortikoidlerin salgılanması artmaktadır. Yoğun stresli durumlarda ise kortizol seviyeleri on katına kadar yükselmektedir (Rogers vd., 2002). Aşağıda tartışılanlar da dahil olmak üzere, stres kaynaklı endotel disfonksiyonunda kortizolün rolünü destekleyen birçok kanıt bulunmaktadır.

İlk olarak kortizol, hücre zarı üzerindeki adenil siklaz aktivitesini azaltarak etki gösterir ve böylece cAMP seviyelerini düşürür (Borski vd., 2002). Endotel fonksiyonunun korunması ve aterosklerozun önlenmesinde önemli bir rol oynayan cAMP, aynı zamanda endotel geçirgenliğini azaltır, kadherin bağımlı hücre adezyonunu teşvik eder ve inflamatuvar reaksiyonlar tarafından uyarılan hiper geçirgenliği inhibe etmeye yardımcı olur (Fukuhara vd., 2005).

İkinci olarak kortizol, endotelyumda nitrik oksit (NO) sentezini veya biyoyararlılığı azaltır. Endotel, vasküler fonksiyonu ayarlama anahtar rol oynar ve NO ile beraber diğer biyolojik olarak etkin damar genişleticilerini üretir (McMackin ve Vita, 2005). Bu maddeler, vasküler direnci azaltır, trombosit yapışmasını ve agregasyonu engelleyerek vasküler düz kas hücrelerinin çoğalmasını azaltır. Endotel disfonksiyonunun belirgin olduğu durumlardaki süreçlerin kontrolünde değişiklikler meydana gelir ve genellikle ateroskleroz ve diğer vasküler bozukluklara yol açar (Bonetti vd., 2003; Kalanuria vd., 2012).

2.10. Stres ve Nörobiyoloji

Travmatik olaylar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtileri, hücrel yaşlanmayı hızlandırabilir ve kötü sağlık sonuçlarına hatta daha yüksek ölüm riskine yol açabilir (Miller ve Sadeh, 2014; Wolf vd., 2019). TSSB'nin bireysel ve toplumsal maliyetleri göz önüne alındığında, travmanın ve TSSB'nin yaşam süresi üzerindeki etkisini anlamak ve bu değişikliklerle ilişkili nöroanatomik değişiklikleri anlamak son derece önemlidir. Travmatik deneyimler ve TSSB'nin, oksidatif stres ve iltihaplanma yolları aracılığıyla hücrel yaşlanmayı hızlandırabileceği düşünülmektedir (Miller ve Sadeh, 2014; Lohr vd., 2015). Kısacası, kronik stres ve TSSB tarafından hipotalamik-hipofiz-böbrek üstü (HPA) ekseninin sisteminin tekrarlayan uyarılması, reaktif oksijen türlerinde bir artışa ve antioksidanların koruyucu kapasitesinin azalmasına neden olabilir, bu da nöronal hücre ölüm riskini artırabilir (Miller ve Sadeh, 2014). Ayrıca, TSSB ile ilişkili düzensizleşmiş glukokortikoid sinyalleşmesi, periferik ve merkezi sinir sistemlerinde artan iltihaplanmaya neden olabilir, bu da nekroz riskini artırabilir (Williamson vd., 2014).

Limbic-Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (LHPA) ekseninin, stres yanıtının vücutta düzenlenmesinde merkezi bir rol oynar ve hayvanlar ve insanlar üzerinde en çok çalışılan biyolojik stres sistemi olarak bilinir. LHPA ekseninin aktive olması, hipotalamusun kortikotropin salgılayan hormonu (CRH) salgılamasına neden olur. Bu neuropeptit, stres yanıtının önemli bir aracısı olarak işlev görür ve aynı zamanda kortikotropin salgılayıcı faktör (CRF) olarak da adlandırılır (McEwen, 2007). CRH terimi, nöroendokrin sistemde işlevini tanımlarken kullanılırken, CRF terimi daha çok nörotransmitter olarak işlevini tanımlarken kullanılır. CRH, ön hipofizdeki CRH reseptörlerine bağlanarak adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımını uyarır. ACTH, adrenal kortekste, özellikle adrenal bezlerin zona fasciculata bölgesinde bulunan G proteinine bağlı reseptörlere bağlanır. ACTH ayrıca kortizol adı verilen bir glukokortikoid hormonun salınımını uyarır ve bu hormon merkezi sinir sistemi boyunca önemli bir rol oynar.

Kortizol, beyinde bulunan glukokortikoid ve mineralokortikoid reseptörlerini etkinleştirir. Glukokortikoid reseptörleri, metabolizma, bağışıklık fonksiyonları, bilişsel işlevler ve beyin gelişimi için gen ifadesini düzenleyen transkripsiyon faktörleri olarak işlev görür (Lupien vd., 2009). Artan kortizol seviyeleri bağışıklık sisteminin baskılanmasına, gluconeogenesis'in inhibe edilmesine ve hipokampüsteki

glukokortikoid reseptörlere negatif geri bildirim yoluyla kendi salınımını inhibe etmesine yol açar (Chrousos ve Gold, 1992).

Gençlik döneminde şiddetli stres ve travmaya maruz kalmak hem hayvanlarda hem de insanlarda yaşam boyu LHPA ekseninin düzenleyici süreçlerini etkileyebilir (Lupien vd., 2009). Pediyatrik travma literatürü, travmaya maruz kalan gençlerde LHPA sisteminin düzensizleştiğini öne sürse de kortizol düzenlemesiyle ilgili veriler çelişkilidir (Cicchetti vd., 2010). Miller ve diğerlerine göre (2007), bir meta-analizde, travma hikayesi olan yetişkinlerde daha düşük sabah, ancak daha yüksek öğleden sonra/akşam kortizol seviyesi, daha düz bir günlük ritim ve daha yüksek günlük kortizol salınımı gözlemlenmiştir. Bir başka meta-analiz ise yetişkinlikte yaşanan travma ve TSSB'li yetişkinler arasında kortizol seviyelerinde farklılıklar olmadığını göstermiştir, bu da çocukluk dönemi travmasının sonucu olarak gelişmekte olan LHPA ekseninin, düzensizleşmeye karşı hassas olduğunu göstermektedir (Klaassens vd., 2012:37).

Travma başlangıcında merkezi CRH ve CRF seviyeleri yükselir. Bu CRF yükselmesi yetişkinlik dönemine kadar devam ederken, başlangıçta artan ACTH ve kortizol seviyeleri ise sürekli yüksek CRH maruziyetiyle azalır. Yüksek CRH ise travma başladıktan sonra pitüiter CRH ve nöral CRF reseptörlerinin adaptif bir şekilde aşağı regülasyonuna neden olur. Bu düşünceler, McEwen'in allostatik yüklenme teorisine uyumlu bir şekilde, organizmaların fiziksel zararları önlemek amacıyla kronik stresin, psikobiyolojik yanıtlarını yeniden düzenleyerek uyum sağladığını öne sürer. Bununla birlikte, yaşam süresi boyunca artan allostatik yüklenme, yeni streslere cevaben stres bozukluklarına karşı savunmasızlığı artırır (McEwen, 2007). Bu nedenle, CRF reseptörlerinin bu şekilde düzenlenmesi, pitüiter hipertrofiyi düzenleyen adaptif bir mekanizma olabilir (İstismar edilmiş TSSB'li çocuklarda görülen bir bulgu); CRF reseptörlerinin düzenlenmesindeki bu azalma, CRF'nin neden olduğu nöronal hasar ve nöbetlere karşı nöronların daha az duyarlı hale gelmesini sağlayabilir (Weiss vd., 1986:372).

Miller ve diğerlerine göre (2007) çocukluk travmaları, biyolojik stres sistemlerinin düzenlenmesini etkileyerek uzun vadeli sonuçlara yol açar. Erken yaşta yaşanan travma deneyimleri ve yüksek CRF düzeyleri, LHPA eksenini regülasyonunu değiştirmekle birlikte bazal ve stres olmayan durumlarda ACTH ve kortizol

salınımını daha düşük seviyelere ayarlar. Çocukluk travması mağdurlarının yetişkinlikte yapılan çalışmalarında düşük kortizol seviyeleri sürekli olarak gözlenir. Bir meta-analizde, travmanın üzerinden geçen sürenin artmasıyla birlikte sabah kortizol, günlük kortikal hacim, ACTH ve post-deksametazon kortizol düzeylerinin daha düşük olduğu güçlü bulgular arasında yer almaktadır. Yetişkin TSSB çalışmaları geçmiş travmalara odaklandığı için, çocukluk dönemi TSSB çalışmalarındaki verilerde yer alan ana farklılıkları en iyi açıklayan hipotez, çoğu pediatrik çalışmada daha yüksek bazal kortizol düzeylerinin bildirildiği ve gençlik döneminde istismara uğrayan yetişkinlerde daha düşük 24 saatlik kortizol düzeylerinin görüldüğüdür.

2.11. Stres ve Bağışıklık Sistemi

Stresin bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri uzun yıllardır araştırılmaktadır ve yaygın olarak kabul gören bir görüş, stres altındaki insanların bağışıklık sistemlerinin zayıflaması ve bu nedenle daha sık hastalanmalarıdır. Bu bağlamda, stresin bağışıklık sistemi fonksiyonları üzerindeki olumsuz etkilerini anlamak önemlidir (Khansari vd., 1990).

Stres, merkezi sinir sistemi ve nöroendokrin sistemindeki süreçleri modüle ederek bağışıklık sistemi fonksiyonunu etkileyebilir (Khansari vd., 1990:50); Kiecolt-Glaser ve Glaser, 1991). Stres sonrasında, bazı nöroendokrin ve sinirsel tepkiler, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve diğer stres araçlarının salınımına yol açar (Carrasco ve Van de Kar, 2003). Bununla birlikte bulgular, lenfatik sistemin, bağışıklık sisteminin bir parçası olan bu araçların salınımında da rol oynadığını göstermektedir (Khansari vd., 1990:50). Örneğin, timus peptitleri olan timopentin, timopietin ve timozin fraksiyon-5, ACTH üretiminde artışa neden olur (Goya vd., 1993:36).

Stres, bağışıklık sisteminin işleyişinde kritik rollere sahip hormonların salgılanmasını değiştirir (Khansari vd., 1990:50). Bugüne kadar yapılan çalışmalar, bağışıklık sistemi fonksiyonunda rol oynayan çeşitli hormonlara ait reseptörlerin stres tarafından olumsuz etkilendiğini göstermiştir. Örneğin, ACTH, vazoaactive intestinal peptid (VIP), substans P, büyüme hormonu, prolaktin ve steroidler, bağışıklık sisteminin çeşitli dokularında bulunan reseptörlere sahiptir ve bu

reseptörler aracılığıyla bağışıklık sisteminin fonksiyonunu etkileyebilir (De la Fuente vd., 1996:24). Yoğun stres, bağışıklık sisteminin baskılanması sonucunda kanser oluşumuna zemin hazırlayabilir. Buna bağlı olarak stres, sitotoksik T lenfositlerin ve doğal öldürücü hücrelerin aktivitesini azaltarak malign hücrelerin büyümesine, genetik kararsızlığa ve tümörün yayılmasına yol açabilir (Reiche vd., 2004:88).

2.12. Stres ve Kardiyovasküler Sistem

Depresyon tedavisi ve fiziksel sağlık sonuçları üzerine yapılan geniş kapsamlı literatürün aksine, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tedavisinin kardiyometabolik hastalık riski üzerindeki potansiyel faydası hakkında çok az bilgi mevcuttur. Depresyon ve fiziksel sağlık sonuçları üzerinde yapılan onlarca yıllık araştırmalar, TSSB'nin kötü iskemik kalp hastalığı sonuçları için bir risk faktörü olarak kabul edilmesini sağlamıştır (Schnurr, 2015).

Son 30 yılda kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı sürekli olarak azalmış olmasına rağmen, hala önemli bir ölüm nedenidir (Roger vd., 2012). Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet gibi geleneksel kardiyovasküler risk faktörlerine ek olarak, kronik stres de sistem üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Gullette vd., 1997). Örnek olarak, öfke nöbetleri, sevdiklerin ölümü ve iş baskısı gibi diğer psikolojik stresler, miyokard enfarktüsü oranını önemli ölçüde artıran faktörler arasındadır (Schwartz vd., 2012). Artan kanıtlar, TSSB ve kardiyovasküler hastalık arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. 2013 yılında yayınlanan 402.274 katılımcıyı kapsayan bir meta-analizde, TSSB'nin yeni başlayan koroner kalp hastalığı veya kardiyak mortalite riskinde %55 artışla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Edmondson vd., 2013).

Psikolojik stres ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki zincirleme reaksiyonların nasıl oluştuğu tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır; ancak otonom sinir sisteminin aktive olması önemli bir faktördür. Kronik, beklenmedik veya değiştirilemez bir stresör karşısında otonom sinir sisteminin aşırı tepkisi, kardiyovasküler düzenlemeyi bozabilir. Sempatik sinir sisteminin parasempatik sinir sistemi üzerindeki üstünlüğü, taşikardi ve hipertansiyon gibi etkilere yol açabilir (Barton vd., 2007). Bu reaksiyonlar, beyin fonksiyonunu etkileyebilir ve kendini

devam ettiren endokrinolojik ve immünolojik değişikliklere neden olabilir (Grippo, 2011).

2.13. Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD)

Yaşam süresi boyunca iyilik halinin önemli bir belirleyeni ve öngörücüsü olumsuz çocukluk deneyimleridir (Hege vd., 2020). Olumsuz çocukluk deneyimleri, kötü muamele ve aile işlev bozukluğunu da içeren, 18 yaşından önceki dönemde biriken ve geriye dönük olarak bildirilen çocukluk travmalarını ifade eder (Racine vd., 2021). Hepimiz çocukluk travmasının psikolojik sorunlar ve ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu biliyoruz. Ancak, çoğu zaman göz ardı ettiğimiz bir konu ise travmadan yıllar sonra ortaya çıkabilecek fiziksel sağlık sorunlarıdır. Çocukluk çağında yaşanan travmatik stres, çocuğun veya çocuk için hayati öneme sahip birinin hayatını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olaylara karşı verdiği fiziksel ve duygusal tepkileri ifade eder.

Dünya Sağlık Örgütü'nün olumsuz çocukluk deneyimleri ile ilgili anketlerine göre, dünya nüfusunun üçte birinden fazlasının çocukluk dönemi travması deneyimlediği belirlenmiştir (Kessler RC, 2010). Türkiye'de, OÇD ile ilgili çalışmalar henüz sınırlı olmasına rağmen, son 20 yılda çocuk istismarı ve ihmali konusunda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Sofuoğlu tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, İzmir, Denizli ve Zonguldak şehirlerinde yapılan araştırmalarda, 11, 13 ve 16 yaş gruplarında yaşam boyu psikolojik ve fiziksel istismar ve ihmalin sıklığı sırasıyla %70,5; %58,3; %42,6 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada son bir yılda sıklıkların sırasıyla %62,7; %46,0; %37,5 olduğu belirtilmiştir (Sofuoğlu, 2014).

Yaşamın başından itibaren biyolojik sistemlerin gelişimini olumlu yönde etkileyen deneyimlerle birlikte, erken yaşam koşulları ve çocukluk dönemi, yaşam boyu sağlık ve iyi oluşun temelini oluşturduğu kabul edilir. Erken yaşam stresinin, beyin yapısını, diğer organların olgunlaşmasını ve metabolik fonksiyonları olumsuz etkileyerek, koruyucu faktörler ve direnç olmadığında ileriki yaşlarda sağlık sorunlarına, hastalıklara ve ölümlere neden olabileceği anlaşılmaktadır.

Olumsuz çocukluk deneyimleri, fiziksel ve duygusal ihmali, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar, ev içi şiddete maruz kalma, mental sağlık sorunları, aile üyesinin

hapis cezası, ayrılık ve madde kötüye kullanımı gibi geniş bir travmatik olay yelpazesini kapsar (Felitti vd., 1998).

Bu travmatik deneyimler farklı şekillerde ortaya çıkabilir ve her biri kendine özgü sonuçlara neden olabilir. Fiziksel istismar, bir bakıcı veya güçlü bir kişi tarafından bilinçli olarak fiziksel zarar veya yaralanma verme durumunu içerir. Duygusal istismar, çocuğun sürekli olarak küçük düşürülmesi, reddedilmesi veya aşağılanması gibi durumları içerir ve uzun vadeli psikolojik izler bırakabilir. Cinsel istismar, bir yetişkin veya daha büyük bir ergen ile bir çocuk arasında herhangi bir cinsel temas veya davranışı içerir ve ciddi duygusal ve psikolojik travmalara yol açabilir. İhmal ise çocuğun temel hayatta kalma ihtiyaçlarının, örneğin yiyecek, barınma, giyim veya tıbbi bakım gibi temel gereksinimlerin karşılanmamasını ifade eder ve fiziksel ve duygusal refah üzerinde derin etkilere sahip olabilir. Bu nedenle, bu tür travmatik deneyimlerin tanınması ve müdahale edilmesi, bireylerin sağlıklı bir gelişim göstermeleri için önemlidir.

Bu deneyimi yaşamış olan bireyler, depresyon, bipolar bozukluk, intihar ve maddeyi kötüye kullanım gibi çeşitli ruh sağlığı sorunları açısından yüksek risk altındadır (Fuller-Thomson vd., 2016). Araştırmalar, olumsuz çocukluk deneyimleri ile biyolojik sistemlerdeki değişiklikler arasında bir ilişki olduğunu bulmuştur. İstismara uğrayan çocuklar, prefrontal korteksin daha küçük bir hacmine, hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü (HPA) ekseninde daha yüksek aktivasyona ve inflamasyon düzeylerinde artışa sahip olma eğilimindedir. Benzer şekilde, istismara uğrayan yetişkinler, prefrontal korteks ve hipokampüsün daha küçük bir hacmine, HPA ekseninde daha yüksek aktivasyona ve inflamasyon düzeylerinde artışa sahip olma eğilimindedir. Bu bulgular, istismara maruz kalma ile biyolojik sistemler arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir (Danese ve McEwen, 2012).

2.14. OÇD ve Yaygınlığı

Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD) toplumda geniş bir yaygınlık göstermekte ve farklı geçmişlere sahip bireyleri etkilemektedir. Birçok araştırma, çeşitli olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaygınlık oranlarını incelemiş ve sorunun boyutunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalar, nüfusun önemli bir bölümünün en az bir tür olumsuz çocukluk deneyimi yaşadığını göstermektedir. Sosyoekonomik durum,

aile dinamikleri ve toplumsal çevre gibi faktörler, çocukluk travmalarına maruz kalma olasılığını etkileyebilir.

Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD) Araştırması adı verilen önemli bir çalışma, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, çocukluk travmalarının yaygınlığını ve etkisini incelemiştir. Büyük bir örnekleme dayanan bu çalışma, katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin en az bir OÇD deneyimi yaşadığını ve beş kişiden birinin üç veya daha fazla OÇD deneyimi olduğunu göstermiştir.

JAMA Pediatrics dergisinde yayınlanan bir meta-analiz, dünya çapında çocuk istismarının yaygınlığını incelemiştir. Bu çalışma, 345 farklı araştırmanın verilerini analiz ederek 96 ülkede yapılan çalışmaları değerlendirmiş ve dünya genelinde her dört çocuktan birinin fiziksel istismara, her beş çocuktan birinin cinsel istismara ve her üç çocuktan birinin duygusal istismara veya ihmale maruz kaldığını öngörmüştür.

Child Abuse & Neglect dergisinde yayınlanan bir araştırma ise belirli bir popülasyondaki olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaygınlığını araştırmıştır. Araştırmacılar, bir grup ergen üzerinde anket çalışması yapmış ve katılımcıların %62,8'inin en az bir OÇD yaşadığını belirtmekle beraber duygusal istismarın en yaygın travma türü olduğu bulgusuna ulaşmıştır.

Anda ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir araştırma, olumsuz çocukluk deneyimleri ile türlü sağlık sonuçları ve sosyal sonuçlar arasındaki ilişkiyi incelemişti. Büyük bir yetişkin örnekleminde gerçekleştirilen bu çalışma, OÇD'nin yaygın olduğunu gösterdi. Katılımcıların %64'ü en az bir OÇD deneyimine sahip olduğunu rapor etti. Bununla beraber, bu araştırma birden fazla OÇD'si olan kişilerin madde bağımlılığı, ruh sağlığı bozuklukları ve erken ölüm gibi çeşitli olumsuz sonuçlara yatkınlık açısından yüksek risk altında olduğunu vurgulayarak, OÇD'lerin birikimli etkisini ortaya koydu.

Ulukol ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışma, Türkiye'deki bir grup üniversite öğrencisi arasında çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerin (OÇD'ler) yaygınlığını belirlemek ve OÇD geçmişi ile belirli sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılmıştır. Türkiye'deki beş farklı üniversiteden 2.257 öğrenci üzerinde 2012-2013 yıllarında gerçekleştirilen bu araştırma, OÇD'lerin Türkiye'de yüksek bir yaygınlığa sahip olduğunu ortaya koymaktadır ve sağlık riski davranışları

OÇD geçmişi olan bireyler arasında daha sık görülmektedir. Ayrıca, OÇD geçmişi olan katılımcıların duygusal ve somatik sorunlarının yaygınlığının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu ve benzer araştırmalar, farklı popülasyonlarda olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaygınlığı konusunda güçlü kanıtlar sunmakta ve bu travmaların sonuçlarıyla başa çıkmak için müdahalelere ve destek sistemlerine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

2.15. İstismar

Dünya Sağlık Örgütü, fiziksel istismarı bir yetişkin, toplum veya devlet tarafından bilerek veya bilmeyerek gerçekleştirilen, çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen tüm davranışların çocuğa kötü muamele olarak kabul edildiği şekilde tanımlamaktadır. Aile içi şiddet, çocukların istismara maruz kalmasında etkili olan faktörler arasında yer alır. Ayrıca, çocukların uygunsuz iş veya çalışma ortamlarında çalıştırılması, açlık, yetersiz barınma koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim eksikliği gibi durumlar da istismara katkıda bulunabilir (Geçkil, E., 2017).

2.15.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğa kasıtlı olarak zarar verme, yaralama veya sakat bırakma eylemlerini içerir. Çocuğa vurma, tokatlama, tekmeleme, yakma veya sarsma gibi eylemler bu kapsama girer. Fiziksel istismarın sonuçları sadece anlık fiziksel yaralanmalarla sınırlı kalmaz. Springer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırma, çocukluk dönemindeki fiziksel istismarın yetişkinlikte kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, kronik ağrı durumları, sindirim sistemi bozuklukları gibi çeşitli fiziksel sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir (Finkelhor vd., 2007).

Çocukluk dönemindeki fiziksel istismar, yetişkinlikte çeşitli fiziksel sağlık sorunlarının ortaya çıkma olasılığını önemli ölçüde artıran güçlü bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Springer ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan kapsamlı bir çalışma, çocukluk dönemindeki fiziksel istismar ile hipertansiyon, kronik ağrı durumları, sindirim sistemi bozuklukları gibi kardiyovasküler hastalıklar arasında

güçlü bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Fiziksel istismarın uzun süreli etkileri, fizyolojik sistemleri bozarak kalıcı sağlık sorunlarına neden olabilir.

2.15.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun sürekli olarak duygusal olarak kötü muamele görmesi veya ihmal edilmesini ifade eder. Bu tür davranışlar arasında küçümseme, alay etme, tehdit etme veya dışlama yer alabilir. Duygusal istismar, çocuğun özsaygısı, duygusal zenginliği ve genel gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Yapılan birçok araştırma, duygusal istismarın yetişkinlik döneminde psikolojik sağlık sorunlarına ve olumsuz fiziksel sağlık sonuçlarına neden olabileceğini ortaya koymaktadır. Örneğin, Liang ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışma, duygusal istismara maruz kalan bireylerde depresyon, anksiyete bozukluğu ve intihar düşüncesi gibi ruh sağlığı sorunlarının daha sık görüldüğünü bulmuştur (Infurna vd., 2016; Spinhoven vd., 2017).

Duygusal istismar, diğer istismar türlerine göre etkileri ve sonuçları açısından daha zor tanımlanabilen bir durumdur. Bu tür bir istismarda, çocuğa gereken sevgi yeterli ölçüde gösterilmeyebilir, değerli ve önemli olduğu hissettirilmeyebilir, hatta tehdit edilebilir veya reddedilebilir. Duygusal istismara uğrayan çocuklar her zaman fiziksel istismara da maruz kalmazlar, ancak fiziksel istismara maruz kalan çocuklar genellikle duygusal istismara da maruz kalmış olurlar (Bilir vd., 1991:45-3).

Çocukların duygusal istismara maruz kalmaları, uzun süreli etkileriyle birlikte, yetişkinlik dönemine kadar uzanan derin bir etkiye sahiptir. Duygusal istismara bağlı olan kronik stres ve olumsuz duygusal ortam, ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynayabilir.

İstismarın olduğu aile ortamında güvenlik, çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan fiziksel ve duygusal bakım açısından yeteri kadar sağlanamaz. Duygusal istismarın olduğu ailelerde, çocuğa yönelik davranış ve tutumların doğasında olumsuzluklar görülür (Iwaniec, 2006). Çocukların psikososyal sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörlerden biri, aile içindeki ilişkilerin bozuk olmasıdır (Arıkan, 1988). Bir araştırmaya göre, aile içi istismarın diğer istismar türlerine kıyasla daha zarar verici olduğu ve bunun güç ve otoritenin kötüye kullanımıyla beraber bireylerin

travmatik olaylara daha uzun süre maruz kalması gibi faktörlere bağlı olduğu ortaya konmuştur (Kılıç, 1993).

2.16. Sonuç

Fiziksel ve duygusal istismar, çocukluk döneminde bireylerin uzun vadede hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyen ciddi sorunlara yol açabilir. Fiziksel istismar, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, kronik ağrı durumları, sindirim sistemi bozuklukları gibi çeşitli fiziksel rahatsızlıklara sebep olabilirken, duygusal istismar ise depresyon, anksiyete bozukluğu, intihar düşüncesi gibi psikolojik sorunlara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, bu tür istismarın erken tanınması ve önlenmesi, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır.

2.17. Olumsuz Çocukluk Deneyimlerinin Yetişkin Beden Sağlığına Etkileri

Olumsuz çocukluk deneyimleri, ilerleyen yaşlarda kendini gösteren çeşitli fiziksel sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmektedir. Yapılan araştırmalar, çocukluk travmalarının kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve inme gibi durumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Dong ve ekibinin (2004) yaptığı bir çalışma, çocuklukta fiziksel istismara maruz kalan bireylerin yetişkinlikte hipertansiyon riskinin önemli ölçüde arttığını bulmuştur. Benzer şekilde, Danese ve diğerlerinin (2011) yaptığı bir meta-analiz, çocukluk istismarı ile koroner kalp hastalığı riski arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Çocukluk döneminde travma deneyimi olan bireyler arasında metabolik bozukluklar, obezite, diyabet ve metabolik sendrom gibi durumların daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Anderson ve ekibinin (2006) bir çalışması, çocuklukta ihmal ve istismara maruz kalan bireylerin yetişkinlikte obezite ve metabolik sendrom geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, Fagundes ve diğerlerinin (2019) sistemik bir incelemesi, çocukluk travmaları ile tip 2 diyabet riski arasında bir ilişki olduğunu ifade etmiştir.

Bağışıklık sistemi düzensizlikleri ve otoimmün hastalıklar da çocukluk travmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Rich-Edwards ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışma, şiddetli çocukluk istismarına maruz kalan kadınların romatoid artrit ve lupus

gibi otoimmün hastalıklar geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu buldu, erken yaşam stresörlerinin bağışıklık fonksiyonu üzerinde uzun süreli etkileri olduğunu ve otoimmün bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabileceğini akıllara getirmektedir.

Ek olarak, olumsuz çocukluk deneyimleri, fibromiyalji gibi sürekli ağrı koşullarıyla ilişkilendirilmiştir. Tort ve ekibi (2015) tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, çocukluk istismarıyla yetişkinlikteki kronik ağrı semptomları arasında belirgin bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın yazarları, çocukluk travmalarının psikolojik ve fizyolojik sonuçlarının kalıcı ağrı koşullarının gelişimine katkıda bulunabileceğini ifade etmişlerdir.

Bu bulgular, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkinlikte fiziksel sağlık üzerinde yaygın etkileri olduğunu göstermektedir. Çocukluk travmalarıyla bahsedilen fiziksel sağlık koşulları arasındaki mekanizmalar karmaşık ve çok yönlüdür. Bu mekanizmaları anlamak, etkili önleme stratejileri ve çocukların refahını teşvik eden müdahaleler geliştirmek için büyük önem taşımaktadır.

2.18. Mekanizmalar

Yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkilerini anlamak için farklı mekanizmalar ve yollarla araştırılan olumsuz çocukluk deneyimleri vardır. Araştırmalar, çocukluk travmalarının biyolojik, nörolojik ve sosyal etkileşimler aracılığıyla fizyolojik sistemlere etki ettiğini ortaya koymaktadır.

Felitti ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışma, çocukluk travmaları ile yetişkinlikteki sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmacılar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin sayısı ile kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik ağrı gibi çeşitli sağlık sorunları arasında güçlü bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Ayrıca, çocukluk travmalarının yetişkinlikteki fiziksel sağlık üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar stres yanıt sisteminin rolünü de vurgulamaktadır. Danese ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırma, erken yaşam stresinin stres yanıt sisteminde düzensizliklere yol açabileceğini göstermiştir. Bu düzensizlikler kortizol düzeylerinde değişikliklere ve stresle ilişkili hormonların işlevinde değişikliklere

neden olabilir, sonuç olarak da artan iltihaplanma ve bağışıklık sistemi düzensizliklerine katkıda bulunabilir.

Stres yanıt sistemi yanında epigenetik mekanizmalar da olumsuz çocukluk deneyimleri ile yetişkinlikteki fiziksel sağılık sonuçları arasında bir bağlantıyı ortaya koymaktadır. Epigenetik değışiklikler, DNA dizisini değıştirmeden gerçekleşen gen ifadesindeki değışikliklere işaret eder. Tyrka ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışma, çocukluk istismarı ile epigenetik değışiklikler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bulgular, çocukluk istismarının DNA metilasyon desenlerinde değışikliklere neden olduğunu ve bu durumun gen ifadesini etkileyerek yetişkinlikte çeşitli sağılık sorunlarına katkıda bulunabileceğini göstermiştir.

Bu çalışmalar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağılığı üzerindeki etkilerini anlamak için farklı mekanizmaların ve yolların önemini vurgulamaktadır. Bu temel mekanizmaların açığı çıkarılmasıyla, araştırmacılar çocukluk travmalarının uzun vadeli sağılık sonuçlarını hafifletmeye yönelik hedefe yönelik müdahaleler ve önleyici stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilirler.

2.18.1. Koruyucu Faktörler Psikolojik Dayanıklılık

Her ne kadar olumsuz çocukluk deneyimlerine maruz kalan bireyler arasında benzer sağılık sonuçları görülse de, her birey aynı derecede etkilenmez. Bazı bireyler, olumsuz deneyimlere rağmen sağılıklı bir şekilde gelişebilir ve fiziksel hastalıklardan korunabilir. Bu durumda, koruyucu faktörler ve direnç mekanizmaları devreye girer. Araştırmalar, destekleyici aile ortamı, duygusal destek, sosyal destek ağları ve bireyin içsel direncinin, olumsuz çocukluk deneyimlerinin etkilerini hafifletebileceğini göstermektedir. Bu faktörlerin ve mekanizmaların daha iyi anlaşılması, çocukların direncini artırmak ve refahlarını artırmak için stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilir (Cyleen vd., 2021).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA

3.1. Geleneksel Derlemede Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu çalışma, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmada, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin (istismar, ihmalkarlık, travmatik olaylar gibi) ilerleyen yaşlarda fiziksel sağlık üzerindeki olası sonuçları değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin yetişkinlikte ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın sonuçları, çocuklukta olumsuz deneyimler yaşayan bireylerin, yetişkinlikte kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve inme gibi fiziksel sağlık sorunlarına daha yatkın olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, olumsuz çocukluk deneyimlerinin uzun dönemli sağlık sonuçları üzerinde ciddi bir etkisi olduğu kabul edilmelidir.

Tartışmada ayrıca, olumsuz çocukluk deneyimlerinin fiziksel sağlık üzerindeki etkisini belirleyen olası mekanizmaları da değerlendirilmiş ve bu deneyimlerin, biyolojik, nörolojik ve sosyal etkileşimler aracılığıyla fizyolojik sistemlere etki ettiği bulguları ön plana çıkmıştır. Ayrıca, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkinlikteki stres düzeylerini artırarak fiziksel sağlık üzerinde zararlı etkilere neden olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini anlamak için önemli bir adım olmuştur. Bu tür deneyimlerin ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği gerçeğini göz önünde bulundurarak, bu alanda daha fazla araştırma yapılması ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulanmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkisini aydınlatmaya yönelik önemli bir katkı sağlamıştır. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin etkilerini daha iyi anlamak, sağlık uzmanları ve politika yapıcıları için daha etkili önleme ve müdahale stratejileri geliştirmek için önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu makale, olumsuz çocukluk travmalarının yetişkin beden sağlığı üzerindeki etkilerini ele almaktadır. Araştırmalar, çocukluk travmalarının kardiyovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar, bağışıklık sistemi düzensizliği ve kronik ağrı gibi çeşitli fiziksel sağlık sorunları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Mekanizmalar arasında stres yanıt sistemi, epigenetik değişiklikler ve davranışsal faktörler bulunmaktadır. Ayrıca, koruyucu faktörlerin ve direnç mekanizmalarının olumsuz etkileri hafifletebileceği belirtilmektedir.

Olumsuz çocukluk travmalarının yetişkin fiziksel sağlığı üzerindeki etkisini anlamak, etkili önleme stratejileri geliştirmek ve genel refahı teşvik etmek açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, ileri araştırmalar ve müdahaleler, çocukların sağlıklı bir şekilde büyümesini ve olumsuz etkilerden korunmasını sağlamak için gereklidir.

Çocukluk travmasının fiziksel sağlık üzerindeki etkisine ilişkin mevcut literatüre katkıda bulunmayı hedefleyen bir araştırmacı olarak şu araştırma önerilerini sunabilirim:

Boylamsal Çalışmalar: Neden-sonuç ilişkisini daha sağlam bir şekilde belirlemek için uzunlamasına çalışmalar yürüterek ve bireyleri uzun bir süre boyunca takip ederek, travmanın uzun vadeli etkilerini daha iyi anlayabilir ve olası risk ve koruyucu faktörleri belirleyebiliriz.

Aracı ve Moderatörler: Travma-sağlık ilişkisinin potansiyel aracılarını ve moderatörlerini araştırarak dayanıklılık, sosyal destek, başa çıkma mekanizmaları ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlerin, çocukluk travması ile fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini inceleyebiliriz. Bu, temel mekanizmaları daha iyi anlamamıza yardımcı olacak ve hedefe yönelik müdahaleleri belirleyecektir.

Müdahale Değerlendirmesi: Çocukluk travmasının fiziksel sağlık üzerindeki etkisini azaltmayı hedefleyen müdahalelerin etkinliğini değerlendirerek farklı terapi yaklaşımlarını, dayanıklılığı artırma programlarını ve destek sistemlerini araştırabiliriz.

Çok Disiplinli İş Birliği: Sağlık hizmeti sağlayıcıları, ruh sağlığı profesyonelleri, eğitimciler, politikacılar ve toplumlar arasında çok disiplinli bir

yaklaşım benimseyerek bu paydaşlar arasında iş birliğini teşvik ederek, travma yaşamış çocuklar için önleme, erken teşhis, müdahale ve destek konularında kapsamlı ve kanıta dayalı stratejiler geliştirebiliriz.

Bilgi Aktarımı: Araştırma bulgularını ilgili paydaşlara ve genel kamuoyuna etkili bir şekilde aktararak araştırmayı, sağlık uzmanları, eğitimciler, politikacılar ve toplum kuruluşları için uygulanabilir; öneri ve yönergeler haline getirerek, çocukluk travması yaşayan bireylerin hayatlarında anlamlı bir etki yaratabiliriz.

Bu alanlara odaklanarak, çocukluk travmasının fiziksel sağlık sonuçlarını daha iyi anlayabilir, etkili müdahaleleri belirleyebilir ve genel refahlarını destekleyen politika ve uygulamaların gelişimine katkıda bulunabiliriz. Sonuç olarak bu araştırma, çocukluk travması yaşayan bireylerin hayatlarında olumlu bir fark yaratabilir ve genel olarak refahlarını destekleyen politika ve uygulamaları şekillendirme potansiyeline sahip olabilir. Bir araştırmacı olarak örneklem hedefi, araştırma hedeflerine ve ilgi duyulan popülasyona bağlı olarak gerçekleştirilir.

Çocukluk travmasının fiziksel sağlık üzerindeki etkisini inceleyen bir bağlamda, potansiyel bir örneklem hedefi, çocukluk döneminde travma yaşamış, örneğin istismar veya ihmalden etkilenmiş bireyler olabilir. Ayrıca, farklı sosyo-ekonomik arka planlara, farklı yaş gruplarına ve her iki cinsiyete ait bireyler de dahil edilerek konunun kapsamlı bir şekilde anlaşılması sağlanabilir. Bununla birlikte, belirli örneklem hedefi, araştırma tasarımı, hedefler ve mevcut kaynaklar dikkate alınarak belirlenmelidir.

KAYNAKÇA

Acar, B. (2020). Suriyeli Mültecilerde Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme İle İlişkili Değişkenler (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

İnci, F. ve Boztepe, H. (2013). Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2):80-4.

American Psychiatric Association. (2013). Anxiety disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.

Anderson, C. M., Teicher, M. H., & Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(9), E563-E572.

Arıkan Ç. Ailede çocuğa yönelik şiddet. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek okulu Dergisi* 1988, 6: 77-81.

Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse ve Neglect*. Volume 52, February 2016, Pages 200-209.

Barton DA, Dawood T, Lambert EA, Esler MD, Haikerwal D, Brenchley C, Socratous F, Kaye DM, Schlaich MP, Hickie I, Lambert GW. Sympathetic activity in major depressive disorder: identifying those at increased cardiac risk? *J Hypertens* 25: 2117–2124, 2007.

Bonetti PO, Lerman LO, Lerman A. Endothelial dysfunction: a marker of atherosclerotic risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 23: 168–175, 2003.

Borski RJ, Hyde GN, Fruchtman S. Signal transduction mechanisms mediating rapid, non-genomic effects of cortisol on prolactin release. *Steroids* 67: 539–548, 2002.

Bremner JD, Elzinga BM, Schmahl C, Vermetten E, van Dyck R. Higher Cortisol Levels Following Exposure to Traumatic Reminders in Abuse-Related PTSD. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28:1656–1665.

Briere, J., & Scott, C. (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri: Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi için Bir Kılavuz: DSM-5 için Güncellenmiş* (Çev. Betül Dilan Genç). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. *Psychol Assess*. 2000 Mar;12(1):61-8.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Carrasco GA, Van de Kar LD. Neuroendocrine pharmacology of stress. *Eur J Pharmacol*. 2003;463:235–272.

Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *Journal of the American Medical Association*. 1992;267(9):1244–1252.

Cicchetti D, Rogosch FA, Gunnar MR, Toth SL. The Differential Impacts of Early Physical and Sexual Abuse and Internalizing Problems on Daytime Cortisol Rhythm in School-Aged Children. *Child Development*. 2010;81(1):252–269.

Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 402-422

Coşar, B. (2021). *Psikodermatoloji*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39.

Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(4), 1319-1324.

Danese A, Caspi A, Williams B, Ambler A, Sugden K, et al. 2011. Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Mol. Psychiatry* 16(3):244–46

Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., De Girolomo, G., De Graaf, R., Haro, J. M., Kavess-Masfety, V., Lepine, J. P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L. Vilagut, G., & Gasquet, I., Main traumatic events in Europe: PTSD in European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455- 462, (2008).

Davison, G. C., Neale, J. M., & Dağ, İ. (2004). Anormal psikolojisi:(Abnormal psychology). Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

De la Fuente M, Delgado M, Gomariz RP. VIP modulation of immune cell functions. *Adv Neuroimmunol*. 1996;6:75–91.

DEMİR Emre, Otistik Çocuk Annelerinde Benlik Saygısı ve Somatizasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2010 (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

Dikel, T. N., Engdahl, B., Eberly, R., & Blank, A., Jr. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: a Normative Response to Severe Trauma. *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1576–1581. Doi:10.1176/ajp.154.11.1576

Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., & Anda, R. F. (2005). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 113(13), 1761-1766.

Dürü, C. (2006) Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi.

Edmondson D, Kronish IM, Shaffer JA, Falzon L, Burg MM. Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a meta-analytic review. *Am Heart J*. 2013;166(5):806–14.

Ergün Başak, B. (2012). Düşük Gelirli Ailelerden Gelen Üniversite Öğrencilerinin Öz Duyarlık, Sosyal Bağlılık ve İyimserlik ile Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Anadolu Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Fava, G. A., Cosci, F., ve Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13-30.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & 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.

Ferguson, C., Cruz, A., Martinez, D., Rueda, S., Ferguson, D., & Negy, C. (2008). Personality, Parental, and Media Influences on Aggressive Personality and Violent Crime in Young Adults. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 17(4), 395-414. doi: 10.1080/10926770802471522

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization, 31(1):7-26 doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008.

Frans, Ö., Rimmö, P. A., Aberg, P., & Fredrikson, M., Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299, (2005)

Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 77-175). London: The Hogarth Press.

Fukuhara S, Sakurai A, Sano H, Yamagishi A, Somekawa S, Takakura N, Saito Y, Kangawa K, Mochizuki N. Cyclic AMP potentiates vascular endothelial cadherin-mediated cell-cell contact to enhance endothelial barrier function through an Epac-Rap1 signaling pathway. *Mol Cell Biol* 25: 136–146, 2005.

Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R., & Brennenstuhl, S. (2016). The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study: Adverse childhood experience and suicide attempts. *Child: CareHealth and Development*, 42, 725–734. <https://doi.org/10.1111/cch.12351>

Geçkil, E. (2017). ÇOCUKLARDA FİZİKSEL İSTİSMAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 129-139.

Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.

Goya R, Castro M, Hannah M, Sosa Y, Lowry P. Thymosin peptides stimulate corticotropin release by a calcium-dependent mechanism. *Neuroendocrinology*. 1993;57:230–235.

Gradus JL, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, Hansen JG. Trauma, comorbidity, and mortality following diagnoses of severe stress and adjustment disorders: a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol*. 2015 Sep 01;182(5):451-8.

Grippe AJ. The utility of animal models in understanding links between psychosocial processes and cardiovascular health. *Soc Personal Psychol Compass* 5: 164–179, 2011.

Gullette EC, Blumenthal JA, Babyak M, Jiang W, Waugh RA, Frid DJ, O'Connor CM, Morris JJ, Krantz DS. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *JAMA* 277: 1521–1526, 1997.

Gürdil, G. (2014). Üstlenilmiş Travma Ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Geşalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Hege A., Bouldin E., Roy M., Bennett M., Attaway P., Reed-Ashcraft K. (2020), 18;17(22):8548. doi: 10.3390/ijerph17228548.

Iwaniec D. *The Emotionally Abused and Neglected Child: Identification, Assessment and Intervention: A Practice Handbook*, 2th ed. England, John Wiley and Sons Ltd, 2006: 30-1.

İkiz, T. (2008). Paris psikosomatik okulu (IPSO). *Psikanaliz Buluşmaları*, 3, 119-127.

Kalanuria AA, Nyquist P, Ling G. The prevention and regression of atherosclerotic plaques: emerging treatments. *Vasc Health Risk Manag* 8: 549–561, 2012.

Kavi, E., Karakale, B., Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi 7 (17), 55-77. doi:10.31199/hakisderg.391826

Kellner Robert, Somatization; Theories and Research, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 1990

Kendir, F. (2022). Üniversite Öğrencilerinde Travmatik Yaşam Olaylarının Araştırılması ve Travmatik Yaşam Olayları Saptananlarda Travmatik Yaşantının Benlik Saygısına ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisinin İncelenmesi,

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 378–385.

Khansari DN, Murgu AJ, Faith RE. Effects of stress on the immune system. *Immunol Today*. 1990;11:170–175

Kılıç Ö. Çocuk cinsel istismarının psikiyatrik yönleri *Noropsikiyatr. Ars.* 1993, 30(4):455.

Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Stress and immune function in humans. In: Ader R, editor. *Psychoneuroimmunology*. 2nd. London: Academic Press; 1991. p. 849–867.

Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., Neale, J. M. (2015). *Abnormal Psychology* (13th ed.). Wiley

LİPOWSKI Zibigniew Jerzy, Somatization: The concept and its clinical application, *Am J Psychiatry* (145), 1988.

Lohr JB, Palmer BW, Eidt CA, Aailaboyina S, Mausbach BT, Wolkowitz OM, et al. Ispost-traumatic stress disorder associated with premature senescence? A review

of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23:709–25.

Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009;10:434–445.

Masten, A. S. ve Reed, M. J. (2002). Resilience in development. The handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.

McMackin CJ, Vita JA. Update on nitric oxide-dependent vasodilation in human subjects. *Methods Enzymol* 396: 541–553, 2005.

Menkü BE, Coşar B. Psikosomatik bozukluklar. Coşar B, editör. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.32-6.

Miller MW, Sadeh N. Traumatic stress, oxidative stress and post-traumatic stress disorder: neurodegeneration and the accelerated-aging hypothesis. *Mol Psychiatry*. 2014;19:1156–62.

Miller G., Chen E, Zhou ES. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*. 2007;133:25–45.

Nemeroff, C. B., ve Goldschmidt-Clermont, P. J. (2012). Heartache and heartbreak—the link between depression and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(9), 526-539.

Okumuş, E. (2009). Bedene Müdahelenin Sosyolojisi. *Şarkiyat*.

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 Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>

Regier, D., Narrow, W., Kuhl, E. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. 12(2): 92–98. doi: 10.1002/wps.20050

Reiche EMV, Nunes SOV, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol*. 2004;5:617–625.

Rich-Edwards, J. W., Mason, S., Rexrode, K., Spiegelman, D., Hibert, E. N., Kawachi, I., & Jun, H. J. (2012). Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. *Circulation*, 126(8), 920-927.

Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Soliman EZ, Sorlie PD, Sotoodehnia N, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB; American Heart Association Statistics Committee, and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 125: e2–e220, 2012.

Rogers KM, Bonar CA, Estrella JL, Yang S. Inhibitory effect of glucocorticoid on coronary artery endothelial function. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 283: H1922–H1928, 2002.

Rout Om Prakash , RABİNARAYANA Acharya, RAKSHAPAL Gupta, SHRİKANTA R Inchulkar, Management of psychosomatic disorders through Ayurvedic drugs—a critical review, *World J Pharm Pharm Sci*, 2(6), 2013

Saxe G, Chawla N, Stoddard F, Kassam-Adams N, Courtney D, Cunningham K, Lopez C, Hall E, Sheridan R, King D, King L. Child Stress Disorders Checklist: a measure of ASD and PTSD in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Aug;42(8):972-8.

Schnurr PP (2015). Understanding pathways from traumatic exposure to physical health. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders, 87–103.

Sipahioğlu, Ö. (2008). Farklı Risk Gruplarındaki Ergenlerin Psikolojik Sağlamlıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., ... & Akşit, S. (2014). Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 49(1), 47.

Taycan, S. (2021). *Advanced Psychopathology*. 15 Eylül 2022 <https://blackboard.maltepe.edu.tr/ultra/course>

TDK (Türk Dil Kurumu) (2021). *Genel Açıklamalı Sözlük*. Ankara: TDK Yayınları.

Türksoy N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları, Psikolojik Travma ve Sonuçları, Eds. T. Aker, ME. Önder, US Yayıncılık, İstanbul, s.9-21.

Tyrka AR, Ridout KK, Parade SH (2016). Childhood adversity and epigenetic regulation of glucocorticoid signaling genes: associations in children and adults. *Dev Psychopathol* 28: 1319–1331.

Ünsal, F. Ö. (2016). Okul Öncesi Çocuklar İçin Psikolojik Dayanıklılık Programının 5 Yaş Çocuklarının Sosyal Becerilerine ve Problem Davranışına Etkisi (Yayımlanmış doktora tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Van Der Kolk, B. A. (2015). Beden Kayıt Tutar: Travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Weiss SB, Post RM, Gold PW, Chrousos GP, Sullivan TL, Walker D, Pert A. CRF-Induced Seizures and Behavior: Interaction With Amygdala Kindling. *Brain Research*. 1986;372:345–351.

Williamson JB, Porges EC, Lamb DG, Porges SW. Maladaptive autonomic regulation in PTSD accelerates physiological aging. *Front Psychol*. 2014;5:1571

Wolf EJ, Logue MW, Morrison FG, Wilcox ES, Stone A, Schichman SA, et al. Posttraumatic psychopathology and the pace of the epigenetic clock: a longitudinal investigation. *Psychol Med*. 2019;49:791–800

Yılmaz, B. (2006). Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.