

THE RELATIONS AMONG CHILDHOOD INTERPERSONAL TRAUMA,
DISSOCIATION, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND DISORDERS OF
EXTREME STRESS NOT OTHERWISE SPECIFIED

A THESIS SUBMITTED TO
THE GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
OF
MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY

BY

HİVREN ÖZKOL

IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY
IN
THE DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

JANUARY 2014

Approval of the Graduate School of Social Sciences

Prof. Dr. Meliha Altunışık
Director

I certify that this thesis satisfies all the requirements as a thesis for the degree of
Doctor of Philosophy.

Prof. Dr. Tülin Gençöz
Head of Department

This is to certify that we have read this thesis and that in our opinion it is fully adequate,
in scope and quality, as a thesis for the degree of Doctor of Philosophy.

Prof. Dr. Faruk Gençöz
Supervisor

Examining Committee Members

Prof. Dr. Bengi Öner-Özkan (METU, PSY) _____

Prof. Dr. Faruk Gençöz (METU, PSY) _____

Assoc. Prof. Dr. Banu Yılmaz (AÜ, PSY) _____

Assoc. Prof. Dr. Özlem Bozo (METU, PSY) _____

Assist. Prof. Dr. Fatma Umut Beşpınar (METU, SOC) _____

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Name, Last name : Hivren Özkol

Signature :

ABSTRACT

THE RELATIONS AMONG CHILDHOOD INTERPERSONAL TRAUMA, DISSOCIATION, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND DISORDERS OF EXTREME STRESS NOT OTHERWISE SPECIFIED

Özkol, Hivren

Ph.D., Department of Psychology

Supervisor : Prof. Dr. Faruk Gençöz

January 2014, 170 pages

This thesis examines the relations among childhood interpersonal trauma, dissociation, and trauma-related symptoms. Types of childhood interpersonal trauma, physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, emotional neglect, and physical neglect, and two types of dissociation, psychoform dissociation and somatoform dissociation, were investigated. Trauma-related symptoms were examined in two symptom clusters: posttraumatic stress disorder (PTSD) symptom severity and disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) symptom severity. 736 adults completed a questionnaire set which includes 6 scales and a demographic information section. The results indicated that dissociation fully mediated the relation between childhood interpersonal trauma and PTSD symptom severity and also mediated the relation between childhood interpersonal trauma and DESNOS symptom severity. Physical neglect, physical abuse, and sexual abuse were found to be related to psychoform dissociation and physical abuse, emotional abuse, physical neglect, and sexual abuse were associated with somatoform dissociation. Emotional abuse, physical abuse, and sexual abuse significantly predicted DESNOS symptom severity whereas physical

abuse and emotional neglect was related to PTSD symptom severity. The results also revealed marked rates of childhood interpersonal trauma and dissociation in Turkish population. The results and their clinical implications were discussed.

Keywords: Childhood Interpersonal Trauma, Dissociation, Posttraumatic Stress Disorder, Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, Structural Equation Modeling

ÖZ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DİSOSİASYON, TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILMAYAN AŞIRI STRES BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Özkoç, Hivren

Doktora, Psikoloji Bölümü

Tez Yöneticisi : Prof. Dr. Faruk Gençöz

Ocak 2014, 170 sayfa

Bu tez, çocukluk çağı travmaları, disosiasyon ve travmayla ilişkili belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal, disosiasyon ise psikoform disosiasyon ve somatoform disosiasyon kategorileri altında incelenmiştir. Travmayla ilişkili belirtiler iki belirti kategorisinde incelenmiştir: travma sonrası stres bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu. 736 yetişkin 6 ölçek ve demografik bilgi bölümünden oluşan anket setini tamamlamıştır. Sonuçlar disosiasyonun, çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu belirtili şiddeti ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddeti arasındaki ilişkide aracı olduğunu göstermiştir. Fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismarın psikoform disosiasyonu yordadığı, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarın da somatoform disosiasyonu yordadığı bulunmuştur. Sonuçlar ayrıca duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarın, başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetinin yordayıcılarıken, fiziksel istismar ve duygusal ihmalin de travma sonrası stres bozukluğunun yordayıcıları olduğunu göstermiştir.

Sonuçlar ayrıca Türkiye popülasyonunda çocukluk çağı travmaları ve disosiasyonun yaygınlığını ortaya çıkarmıştır. Çalışmanın bulguları ve klinik sonuçları tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiasyon, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Başka Türü Adlandırılmayan Aşırı Stres Bozukluğu, Yapısal Eşitlik Modeli

To My Mother
Ruken Özkol

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to express my deepest gratitude to my clinical supervisor Dr. Marla Zucker, who has been a role model for me as a therapist and a researcher, helped me gain confidence and experience in the field, encouraged me by giving motivation and comments not only throughout the thesis process but also during my whole research and clinical experiences.

I would also like to thank Dr. Bessel van der Kolk, Dr. Joseph Spinazzola, and Dr. Margaret Blaustein, and all the staff who welcomed me to the Trauma Center at JRI, believed in me and gave me responsibilities even though I was just a beginner in the field and also helped me gain knowledge, experience, perspective and confidence as a researcher and a therapist.

I would also like to thank my supervisor Dr. Faruk Gençöz, who has always believed in me, and provided me with a safe space that I could be curious and motivated to explore and also helped me to expand my knowledge with his comments during my thesis process.

I also thank my committee members, Prof. Dr. Bengi Öner Özkan and Assoc. Prof. Banu Yılmaz for their support, feedback and valuable contributions. I would also like to thank Assoc. Prof. Özlem Bozo for helping me with the data collection and contributing with her feedbacks and Assist. Prof. Umut Beşpınar for her criticisms and comments from a different discipline and perspective.

I would like to thank Assist. Prof. Dr. Ayça Özen for her valuable contribution in my thesis with her impressive expertise on statistics.

I would also like to thank Fatma Yiğit, Muharrem Çapkın, Çağrı Doğanay, Özgür Orhangazi, Ece Vatansever, Patrick Gresham, Sidar Güney, Ruken Özkol, Heval Özkol,

Tahir Özkol, Bahar Özkol, Selin Koç, Bişeng Özdiñ, Özcan Elçi, and other friends and relatives for their contribution, patience, support, and encouragement.

TABLE OF CONTENTS

PLAGIARISM.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖZ.....	vi
DEDICATION.....	viii
ACKNOWLEDGEMENTS.....	ix
TABLE OF CONTENTS.....	xi
LIST OF TABLES.....	xiv
LIST OF FIGURES.....	xv
CHAPTER	
1. INTRODUCTION	
1.1 Childhood Interpersonal Trauma.....	1
1.1.1 Physical Abuse.....	2
1.1.2 Sexual Abuse.....	3
1.1.3 Emotional Abuse.....	4
1.1.4 Neglect.....	4
1.1.5 History of Childhood Interpersonal Trauma.....	6
1.2 Long-term Consequences of Childhood Interpersonal Trauma.....	8
1.2.1 Posttraumatic Stress Disorder.....	9
1.2.1.1 PTSD Symptoms and Childhood Interpersonal Trauma.....	10
1.2.2 Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS).....	11
1.2.2.1. DESNOS symptoms.....	14
1.3 Dissociation.....	20
1.3.1 Functions of Dissociation.....	21
1.3.2 History of Dissociation.....	22
1.3.3 Contemporary Approaches to Dissociation.....	24
1.3.4 Psychoform dissociation vs. Somatoform Dissociation.....	27
1.3.5 Childhood Interpersonal Trauma and Dissociation.....	27

1.3.6	Dissociation and Trauma-Related Symptoms.....	29
1.4	The Aim of the Present Research.....	31
2.	METHOD.....	33
2.1	Participants.....	33
2.2	Instruments.....	36
2.2.1	Childhood Trauma Questionnaire.....	36
2.2.2	Impact of Events Scale-R.....	36
2.2.3	Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-SR.....	37
2.2.4	Dissociative Experiences Scale.....	38
2.2.5	Somatoform Dissociation Questionnaire.....	38
2.2.6	Traumatic Experiences Checklist.....	38
2.3	Procedure.....	39
2.4	Statistical Analyses.....	39
3.	RESULTS.....	41
3.1	Descriptive Information and Internal Consistency Coefficients of the Measures.....	41
3.2	Psychometric Properties of SIDES-SR.....	42
3.2.1	Confirmatory Factor Analysis and Construct Validity.....	42
3.3	Model Testing.....	45
3.3.1	Prevalence of Childhood Trauma.....	45
3.3.2	Prevalence of Dissociation.....	46
3.3.3	Correlations among the Variables.....	47
3.3.4	Model Test.....	52
3.3.5	Regression Analyses.....	56
3.3.5.1	Regression Analyses to Predict Dissociation.....	56
3.3.5.2	Regression analysis to predict DESNOS symptom severity.....	60
3.3.5.3	Regression analysis to predict PTSD symptom severity.....	62
4.	DISCUSSION.....	65
4.1	Overview of the Study.....	65

4.2 Psychometric Properties of the SIDES-SR.....	67
4.3 Prevalence of Childhood Trauma.....	69
4.4 Prevalence of Trauma Types.....	70
4.5 The Prevalence of Dissociation.....	70
4.6 Model Test.....	71
4.6.1 The mediator role of dissociation.....	72
4.6.2 Childhood trauma and Dissociation.....	73
4.6.3 Dissociation and PTSD Symptom Severity.....	74
4.6.4 Dissociation and DESNOS Symptom Severity.....	74
4.6.5 Childhood Trauma Types and Dissociation.....	75
4.6.6 The Predictors of PTSD Symptom Severity.....	77
4.6.7 The Predictors of DESNOS Symptom Severity.....	78
4.7 Limitations and Strengths of the Study.....	80
4.8 Implications for the Future Research.....	81
4.9 Clinical Implications.....	82
5. REFERENCES.....	87
6. APPENDICES.....	106
A. QUESTIONNAIRES FOR THE STUDY.....	106
B. TURKISH SUMMARY.....	148
C. CURRICULUM VITAE.....	169
D. TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU.....	170

LIST OF TABLES

TABLES

Table 1 Frequencies and Percentages of Demographic Characteristics of the Participants.....	34
Table 2 Demographic Characteristics of Participants.....	35
Table 3 Descriptive Information on the Measures of the Study.....	41
Table 4 Confirmatory Factor Analysis of SIDES-SR.....	45
Table 5 Descriptive statistics on the prevalence of types of childhood trauma.....	46
Table 6 Descriptive statistics on the prevalence of dissociation.....	47
Table 7 Correlations among Variables.....	49
Table 8 Goodness-of-fit indices for the measurement models	56
Table 9 Regression Analysis to Predict Psychoform Dissociation.....	57
Table 10 Regression Analysis to Predict Somatoform Dissociation.....	59
Table 11 Regression Analysis to Predict DESNOS symptom severity.....	61
Table 12 Regression Analysis to Predict PTSD symptom severity.....	63
Table 13 Predictors of the Independent Variables.....	64

LIST OF FIGURES

FIGURES

Figure 1 The Measurement Model.....	43
Figure 2 The Structural Model	54

CHAPTER 1

INTRODUCTION

1.1 Childhood Interpersonal Trauma

Childhood interpersonal trauma is prevalent worldwide where approximately 20% of women and 5–10% of men experience sexual abuse as children, 25–50% of children experience physical abuse, and many children are exposed to emotional abuse and neglect (World Health Organization, 2010). Although interest on childhood interpersonal trauma has fluctuated over the years in the psychology/psychiatry field, it has increasingly been considered as the underlying cause of adult psychopathology (Briere, 1992; Herman, 1992b; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996).

Perry, Roy, and Simon (2004) divided psychological trauma into two main categories. The first category is “gross psychological trauma” which refers to major trauma types that can be defined such as physical, sexual or prolonged verbal abuse. The other category is “more subjective or subtle traumata” referring to trauma which includes more subjective adverse experiences such as, shame and guilt feelings caused by parents or lack of parents’ involvement in learning. In both trauma categories, the traumatic experience is threatening, the person cannot find an effective defense against it, and is disturbed by reminders.

Childhood interpersonal trauma, which is also labeled as complex trauma, includes various types of trauma and refers to being exposed to interpersonal, prolonged, multiple traumatic events. Abuse and neglect in childhood are main childhood interpersonal trauma types (NTCSN, 2000). This study included five types of childhood trauma which are physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, emotional, and physical neglect.

1.1.1 Physical Abuse

Kelly (as cited in Malinosky-Rummell & Hansen, 1993) defined physical abuse as the “acts of commission” of an adult that causes non-accidental injury. As Briere (1992) stated, it is common for adults to use physical pain to control children’s behavior; therefore, it is difficult to determine a socially acceptable threshold for physical abuse. Still, substantial number of children is severely abused at a level, which is considered as physical abuse by most people (Briere, 1992).

Mostly physical and psychological abuse coexists and children in this environment experience punishment and a sense of “personal badness” together. Physically abusive parents often find excuses for their abusive behavior through blaming or making critical statements about the child to imply that the child deserves a punishment. These statements leads to guilt, shame, and responsibility for the abuse which increases the child’s sense of personal badness (Briere, 1992).

Research indicates that survivors of physical abuse suffer from long term effects. Malinosky-Rummell and Hansen (1993) collected studies regarding physical abuse and presented that those who are physically abused are more likely to engage in violent acts than those without a physical abuse history. These violent acts include abusing their children, dating violence, abusing spouses, and violent criminal behaviors. Physical abuse was also found to be related to self-injurious and suicidal behaviors, and emotional problems including somatization, anxiety, depression, dissociation, and psychosis in females (Wekerle, Miller, Wolfe, & Spindler, 2006).

1.1.2 Sexual Abuse

Sexual abuse refers to being used for sexual purposes by an adult or by an adolescent as a child. Sexual abuse is defined as any sexual experience between a child and someone at least 5 years older or between an adolescent and someone at least 10 years older. Acts of sexual abuse include fondling a child’s genitals, intercourse, incest, rape,

exhibitionism and commercial exploitation through prostitution or the production of pornographic materials (Wekerle et al., 2006).

Survivors of sexual abuse, specifically incest survivors, experience many problems in adulthood. Their sexual relationships are affected by their sexual trauma history in many ways. History of sexual abuse leads to sexual victimization in adulthood. Furthermore, the problems they experience such as impulsiveness, lack of insight, and lack of self-respect lead to revictimization. They may also experience problems related to self-integrity. Additionally, survivors of sexual abuse have difficulty in maintaining healthy intimate relationships; marriage and parenthood create stress instead of satisfaction (Cole & Putnam, 1992; Harvey & Pauwels, 2000). Also, individuals with childhood sexual abuse are more likely to experience eating related problems (Mercado, Martinez-Taboas, & Pedrosa, 2008). Nelson, Baldwin, and Taylor (2012) examined studies on childhood sexual abuse and concluded that individuals with childhood sexual abuse history are more likely to have symptoms that can't be explained by doctors such as irritable bowel syndrome or chronic pain and they are also more likely to have mental health problems such as anxiety and depression than those who don't have childhood sexual abuse history.

1.1.3 Emotional Abuse

Veltkamp and Miller (1994) defined emotional abuse as “blaming, belittling or rejecting a child, treating siblings unequally on a continuing basis, or deliberate and enforced isolation or continuous withholding of security and affection by the child's caretaker”. Physical signs may not be observed. Problems such as speech disorders and delays in physical development may be indicators of emotional abuse. Additionally, children who witness the abuse of a sibling or a parent or who experience being snatched or kidnapped are also survivors of emotional abuse (Veltkamp & Miller, 1994).

Emotional abuse affects some functions such as emotion regulation more than other forms of abuse because of its chronic nature (Burns, Jackson & Harding, 2010). In general, the consequences of emotional abuse are usually more severe than other forms of abuse (Iwaniec, 1997).

1.1.4 Neglect

There are controversial views on the definition of neglect. Some argue that in order to define an experience as neglect, there should be consequences of the experience or strict “observable manifestations of harm”. Others argue that parents’ intent should be taken into consideration when defining an experience as neglect. Another perspective related to what constitutes neglect is that, for instance, children who are left by their parents for a long time without supervision should be considered neglectful no matter the child suffers from it or not. There is also a cultural perspective on the definition of neglect (Tanner & Turney, 2003; Tyler, Allison, & Winsler, 2006). Straus and Kantor (2005) proposed that cultural norms about neglectful behavior differ from society to society and it also changes within a society over time.

Even though an agreement on the definition of neglect is obtained at some level, there is also a disagreement on the optimum needs of children for their physical, intellectual and emotional development and on the level of neglect that requires intervention (Tanner & Turney, 2003; Tyler et al., 2006). Another challenge regarding neglect is related to its treatment; it is a “process or way of life”; therefore, it is difficult to find specific events to work on which makes it difficult for clinicians to recognize neglect (Tanner & Turney, 2003).

Polansky’s (as cited in Tyler et al., 2006) definition is accepted widely which is “a condition in which a caretaker responsible for the child, either deliberately or by extraordinary inattentiveness, permits the child to experience avoidable present

suffering and/or fails to provide one or more of the ingredients generally deemed essential for developing a person's physical, intellectual, and emotional capacities'".

Spitz (as cited in Briere, 1992) was the first researcher who studied the effects of neglect in children's life and provided evidence for the crucial role of neglect in children's life. He found that children whose physical and medical needs were met but who lacked interaction, communication and play, were "lethargic, malnourished, feeble" and one-third of them died. Tyler and colleagues (2006) collected studies on neglect and found that neglect has many consequences such as behavior problems, low self-esteem, poor school performance, and maladjustment/psychopathology.

When assessing physical neglect specifically, it is important to make a distinction between issues of poverty and neglect; parents who cannot afford a healthy diet on a daily basis may not be neglectful parents. Additionally, cultural expectations should also be considered where in some cultures, children are expected to do more by themselves whereas in some cultures this may be considered as neglectful. However, the widely accepted definition of physical neglect is "inattention to the basic needs of the child for food, clothing, shelter, medical care, and supervision" (Velkamp & Miller, 1994).

1.1.5 History of Childhood Interpersonal Trauma

Although interpersonal trauma has been studied in the field of psychology/psychiatry for years, its importance has fluctuated over the years. There were times that trauma had been a subject of interest and these periods were followed by ignorance or disbelief by the field. As an interpersonal trauma, childhood interpersonal trauma shares the same history along with other types of interpersonal trauma (Herman, 1992b; van der Kolk et al., 1996).

Breuer and Freud proposed that forgotten traumatic memories which have not been abreacted lead to hysterical symptoms and these symptoms disappear when the memory and its affect is brought back. Therefore, they believed that "hysterics suffer primarily from reminiscences". Then Freud expanded this view by proposing that the cause of neuroses and hysteria is real sexual experiences that are experienced in early childhood (Quinodoz, 2004). However, Freud started having doubts about his theory when he had suspected about the possibility of being sexually abused by his father and finally concluded that he wasn't seduced, he had wished to be seduced. The high prevalence of sexual abuse history among his patients also strengthened his doubts and he came up with the idea that these experiences were not memories of events; they were memories of "wishes and longings". He proposed the theory of infantile sexuality that impulses, fantasies, and conflicts under neurosis are not environmental; they are derived from the mind of child (Mitchell & Black, 1995). His previous explanations regarding the existence of real sexual abuse history is not accepted by some writers who claim that the information about sexual abuse history does not come from Freud's patients, he inferred this information from his patients' symptoms; however, Gleaves and Hernandez (1999) opposed this argument by showing evidence that Freud's 18 patients verbally reported childhood abuse (Gleaves & Hernandez, 1999).

This shift from seduction theory to fantasy theory led to controversy among theorists. It was argued that Freud changed his theory in order to avoid moral and social implications (Lasiuk & Hegadoren, 2006). It was also claimed that Freud abandoned his theory to make his work more acceptable in Vienna where Janet continued working on traumatic origins of psychological disturbances and he was forgotten whereas Freud disavowed the trauma work and became the pioneer of psychiatry (van der Kolk et al., 1996). Masson (as cited in Gleaves & Hernandez, 1999) also stated that Freud deliberately hide the truth about child abuse.

On the other hand, Piers (1996) concluded that Freud's ideas have not changed dramatically between these two theories. Freud still believed negative effects of sexual trauma but he proposed that sexual trauma is "only one part of the complicated process of symptom formation" and he mainly was interested in the dynamics of intrapsychic processes. Piers (1996) also addressed the similarities between Freud and trauma theorists. He suggested that they both consider sexual trauma as potentially devastating and pathogenic, they both believe that human action can be highly influenced by non-conscious mental content; the mind is capable of holding impressions from childhood to adulthood. They also have similarities in therapeutic intervention where Freud believed that by bringing the experience that is out of awareness of consciousness lead to integration of traumatic content, similarly trauma theorists also propose the integration of dissociated memory with individual's larger self although the content that is integrated is different.

Ferenczi, who also worked on psychological trauma, disagreed with Freud and proposed that a real traumatic memory was a trigger in any psychopathology and he was denounced by Freud and his work did not get much attention (Tutte, 2004). He proposed that early childhood trauma leads to "the introjections of guilt feelings of the adult, the undeveloped or perverted sexual life of the child, the traumatic progression of a precocious maturity, the terrorism of suffering" (Giovannoni, 1989).

The question of whether the memories of sexual abuse are real or they are fantasies have been subject of research. Herman and Schatzow (1987) found that large majority of the adults who remembered being exposed to sexual abuse as a child confirmed their memories from other sources and no evidence found in the reports of the participants that show these experiences were fantasies.

1.2 Long-term Consequences of Childhood Interpersonal Trauma

Childhood abuse and neglect has neurobiological consequences. The development of hippocampus, the left cerebral cortex, and the cerebellar vermis is affected by the prolonged exposure to fearful stimuli. It also impedes the capacity to integrate sensory input (Teicher, Anderson & Polcari, 2002). The neurological and neurobiological development of children who have been exposed to prolonged abuse and neglect by their caregivers has been found to be different than children who have not been abused or neglected (van der Kolk, 2003). It was also found that childhood trauma was related to increased catecholamine response to psychological stress (Marmar et al., 2006).

It has been well documented that childhood trauma leads to various psychological disturbances in adulthood. Research supports that childhood trauma has more complicated results than trauma that is experienced in later ages. In a study, it was found that childhood sexual abuse was related to most dimensions of psychopathology; however, sexual experiences after puberty were related to depression and posttraumatic symptoms only (Wingenfeld et al., 2011). There is also evidence that childhood trauma is also the underlying causes of personality disorders. A study revealed that individuals with borderline personality disorder are more likely to have sexual abuse, physical abuse, and witnessed abuse histories (Weaver, 1993). In another study, the existence of personality disorders were found to be associated with mostly physical, verbal abuse and emotional neglect, followed by sexual abuse and an absence of mutual parental affection (Perry, et al., 2004).

These long-term consequences of childhood interpersonal trauma are mainly covered in two trauma-related diagnostic constructs which are posttraumatic stress disorder (PTSD) and disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS).

1.2.1 Posttraumatic Stress Disorder

Most people who experience traumatic events recover over time. When time does not remove the effects of trauma, posttraumatic stress occur (Keane, Weathers & Foa, 2000; van der Kolk et al., 1996).

In DSM-V, there have been changes in the posttraumatic stress disorder (PTSD) section. PTSD was used to be under the category of anxiety disorders. However, in DSM-V, PTSD is included in a new chapter which is called Trauma- and Stressor-Related Disorders instead of anxiety disorder. PTSD in DSM-V is defined as being exposed to death, threatened death, actual or threatened serious injury, or actual or threatened sexual violence through direct exposure, witnessing directly, or indirectly by learning that a close relative or close friend was exposed to trauma, or repeated or extreme indirect exposure to aversive details of the events which some professionals experience who collect body parts or are exposed to details of child abuse (American Psychiatric Association, 2013).

One of the symptoms of PTSD is persistent reexperience of the traumatic event through recurring, involuntary, and intrusive memories, traumatic nightmares, dissociative reactions such as flashbacks, or intense or prolonged distress as a response to reminders of the traumatic event. Effortfully avoiding distressing trauma-related stimuli which are trauma-related thoughts or feelings or trauma-related external reminders such as people, places, conversations, activities, objects, or situations is another symptom of PTSD. Third symptom category is negative alterations in cognitions and mood that began or worsened after the traumatic event. These negative alterations are inability to remember key features of the traumatic event which usually refers to dissociative amnesia, persistent negative beliefs and expectations about oneself or the world, persistent distorted blame of self or others for causing the traumatic event or for resulting consequences, persistent negative trauma-related emotions, diminished interest in pre-traumatic significant activities, feeling alienated from others, or constricted affect which

refers to persistent inability to experience positive emotions. The last symptom category is trauma-related alterations in arousal and reactivity that began or worsened after the traumatic event such as irritable or aggressive behavior, self-destructive or reckless behavior, hypervigilance, exaggerated startle response, problems in concentration, or sleep disturbance (American Psychiatric Association, 2013).

Even though psychological effects of traumatic events have always been studied, the PTSD term was introduced in 1980 in order to describe the symptoms that are exhibited by trauma survivors. Since 1980, the criteria of PTSD and definition of trauma has been a subject of debates. This diagnosis was unique because it was considered as a direct consequence of a traumatic event (Joseph, William & Yule, 1997). Blake, Albano, and Keane (as cited in Joseph et al., 1997) concluded that PTSD diagnosis provided a ground for scientific generalization, a common language to describe the symptoms, and also led to a substantial increase in publications on posttraumatic symptom.

PTSD has been observed among the survivors of disasters, war experiences, or accidents. However, it has been argued that survivors of interpersonal trauma also exhibit PTSD symptoms and therefore get diagnosed with PTSD (Briere, 1992).

1.2.1.1 PTSD Symptoms and Childhood Interpersonal Trauma

Briere (1992) concluded that childhood interpersonal trauma leads to PTSD symptoms. For instance, survivors of sexual abuse are likely to suffer from intrusive symptoms. The most disturbing symptoms among the intrusive symptoms for sexual abuse survivors are flashbacks. They are experienced as sudden sensory memories with visual images such as abuser's face or parts of the sexual abuse or abuser's voice, choking sensations caused by forced oral intercourse in the past. These flashbacks occur with no reason or they may be triggered by a reminder of the trauma. These intrusive thoughts also diminish the ability to concentrate or to have a normal mental life. The intrusive thoughts are related to danger, humiliation, sex, guilt, and badness.

Survivors of physical abuse experience arousal symptoms such as tension, jumpiness, or flinching more. They also exhibit avoidance symptoms such as avoiding abuse-related thoughts or stimuli. They may also experience violent nightmares. Their intrusive thoughts are more likely to be thoughts of being violent or being injured. These intrusive thoughts may imply uncontrollable aggressive impulses and violent behavior; therefore they may be frightening for the physical abuse survivor (Briere, 1992).

There is not much study regarding PTSD symptoms that survivors of emotional abuse suffer from. Only survivors who are terrorized but were not physically injured are likely to exhibit PTSD symptoms (Briere, 1992).

1.2.2 Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)

Herman (1992a) stated that survivors of prolonged trauma exhibit different characteristics than PTSD as it has also been observed in clinical work. The diagnosis of post-traumatic stress disorder covers the symptoms that are seen in trauma types such as combat, disaster, and rape; however, it is not sufficient to cover complex symptoms of prolonged, repeated trauma. The symptoms of prolonged trauma survivors are more “complex, diffuse, and tenacious” symptoms than PTSD.

Herman’s views were supported by research which indicated that multiple trauma exposure is associated with symptom complexity (Briere, Kaltman & Green, 2008). Jan and his colleagues (1996) explained it as the traumatic memory is kept in a separate ego state; therefore, it is fixated at the time of the traumatic memory and this leads to long term effects at different stages of development. Therefore, being traumatized as an adult can lead to PTSD symptoms, however being traumatized as a child leads to much more complex symptoms (van der Kolk et al., 1996). These complex symptoms are not covered by the PTSD criteria and they are labeled as comorbid conditions (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005).

Herman (1992a) proposed 'complex post-traumatic stress disorder' (complex PTSD) as a name of the syndrome that is seen following prolonged, repeated trauma. According to her, the effects of prolonged trauma can be understood as a spectrum of conditions which "range from a brief stress reaction that gets better by itself and never qualifies for a diagnosis, to classic or simple post-traumatic stress disorder, to the complex syndrome of prolonged, repeated trauma". The complex PTSD/DESNOS construct referred to the symptoms that were experienced as a result of victimization which mostly occurs at early ages and involves multiple traumatic events and prolonged exposure (Luxenberg, Spinazzola & van der Kolk, 2001).

National Child Traumatic Stress Network Workgroup on Diagnosis proposed that the problems that were listed as comorbid were "somatic, affective, behavioral and characterological manifestations of chronic interpersonal trauma", therefore a diagnosis, labeled as complex PTSD/DESNOS or Developmental Trauma Disorder which would include developmental effects of trauma was needed (van der Kolk et al., 2005). Assessment instruments were developed to evaluate the complex trauma symptoms and their severity (Briere & Spinazzola, 2005).

A field trial for PTSD was organized by the American Psychiatric Association to examine the psychopathology of chronic developmental trauma, which is named as disorders of extreme stress, not otherwise specified (DESNOS) for DSM-IV. Criteria for this proposed diagnosis were defined by searching literature on the long-term effects of childhood trauma. After this search of literature on the long-term effects of childhood trauma, complex PTSD/DESNOS diagnosis included seven categories of symptoms : 1) alterations in ability to modulate emotions, 2) alterations of identity and sense of self, 3) alterations in ongoing consciousness and memory, 4) alterations in relations with the perpetrator, 5) alterations in relations with others, 6) alterations in physical and medical status, and 7) alterations in systems of meaning (van der Kolk et al., 1996).

The DSM IV Field Trial was conducted with 400 treatment-seeking traumatized individuals and 128 community residents. The findings of DSM-IV Field Trial showed that in addition to PTSD symptoms, trauma that starts at an early age and has interpersonal nature leads to disturbances on psychological functioning such as affect dysregulation, aggression against self and others, dissociative symptoms, somatization, and character pathology. It was found that individuals who are exposed to trauma longer are more likely to develop both PTSD and DESNOS. The results also implied that DESNOS symptoms may cause individuals to seek treatment more than PTSD symptoms (van der Kolk et al., 2005).

Although the results of the DSM-IV field trial confirmed that chronic interpersonal trauma leads to these symptoms in both children and adults, DESNOS was not accepted as a separate diagnosis, it was listed under “Associated and Descriptive Features” of PTSD in DSM-IV (van der Kolk et al., 2005). The ICD-10 created a separate category in order to include chronic personality changes after traumatic experience which includes 1) permanent hostility and distrust 2) social withdrawal, 3) feelings of emptiness and hopelessness, 4) increased dependency and problems with modulation of aggression, 5) hypervigilance and irritability and 6) feelings of alienation (as cited in van der Kolk, et al., 1996).

Other studies also supported construct validity of the concept of DESNOS. In a study conducted by Zucker, Spinazzola, Blaustein, and van der Kolk (2006), those who met both PTSD and DESNOS criteria scored significantly higher on overall dissociative symptoms than the participants who only met PTSD criteria which imply construct validity of the concept of DESNOS. The group with both PTSD and DESNOS scored higher absorption/fantasy and depersonalization/ derealization subscales of DESNOS. Zucker and colleagues (2006) concluded that PTSD does not cover alterations in the domain of attention and consciousness which is included in DESNOS. DESNOS clients tend to “retreat inwards” since they use fantasy/absorption more and they may also be

more impaired than those only with PTSD since they have higher level of depersonalization/ derealization.

Research also showed that DESNOS and PTSD are distinct syndromes. In a study with military veterans, it was found that 31% of the participants had both PTSD and DESNOS, 29% had PTSD only, 26% had DESNOS only, and 13% did not have any of these disorders (Ford, 1999). In another study conducted with military veterans, it was found that 67 % of participants met PTSD and 38 % of participants met DESNOS (Jongedijk, Carlier, Schreuder, & Gersons, 1996}. Studies also indicate that DESNOS and PTSD co-occur as a result of trauma (Nemcic-Moro, Franciskovic, Britvic, Klaric, & Zecevic, 2011; Jongedijk et al., 1996).

1.2.2.1 DESNOS symptoms

Alteration in regulation of affect and impulses

When children are in danger or hurt, caregivers help them regain their sense of safety and control. In some situations where caregivers are emotionally absent, inconsistent, violent, neglectful or dealing with their own trauma and loss, they cannot be a source of security and cannot regulate their children`s arousal and children experience difficulty in processing, integrating and categorizing of experiences. Therefore, a main characteristic of traumatic stress is not being able to regulate internal states (van der Kolk et al., 2005).

When a caregiver experiences sudden changes in his/her state, this creates fear and disorientation in the child which leads to hypervigilance. Furthermore, when a caregiver fails to perceive the child`s distress, he/she doesn`t provide “interactive regulatory experiences” which would help the child to use the caregiver to tolerate high levels of arousal (Siegel, 2003).

Additionally, children learn how to interpret their physical sensations, identify emotions and take action according to that information. Caregivers are there for them to modulate their physiological arousal by “providing a balance between soothing and stimulation”. In this way, children gain self-awareness and self-regulation. Then they gradually tolerate higher levels of excitement. They don't need that much physical existence of caregiver to keep their comfort and therefore they can play with themselves and their peers. They learn to give appropriate responses and if they fail, they look outside for help. For traumatized people, whose caregivers fail to help them learn modulating their physiological arousal, may either feel too much or too little, they try avoiding sensations related to pain and helplessness. Therefore, they may engage in compulsions, addictions, and distractions to avoid these experiences. Because of lack of nuances in their frustration, they may exhibit excessive anger and impulsivity or they depersonalize or get numb in order to avoid these feelings (van der Kolk & Yehuda, 2002).

Lack of self regulation leads to difficulties in focusing on appropriate stimuli, attention problems, loss of impulse control, or not being able to control feelings of rage, anger or sadness (van der Kolk et al., 1996).

Perry, Pollard, Blakley, and Vigilante's (1995) explanation for the hyperarousal or dissociation response to even a minor stressor as a result of difficulties in self regulation is that survivors of childhood trauma exhibit sensitized neural response patterns associated with their traumatic experiences as a result of specific pattern of repetitive neural activation or experience. Another explanation of the problems in the regulation of affect, consciousness, impulse, sense of self, and physical awareness is the structural and functional abnormalities that childhood interpersonal trauma causes in CNS areas and neurohormonal systems (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola & van der Kolk, 2012).

Alterations in attention or consciousness

In an abusive environment, a child needs to find a way to maintain trust, safety, control, and power where caregivers do not provide for her/him or they are the untrustful, unsafe, unpredictable attachment figures. Therefore, they develop immature psychological defenses which lead to development of abnormal state of consciousness. In these altered states of consciousness, the relations between body and mind, reality and imagination, knowledge and memory are disturbed. In an unpredictable environment, a child may need to be alert to signs of danger. Therefore, she/he recognizes minor changes in facial expression, voice, body language and read the changes as anger, sexual arousal or dissociation. Since this process happens unconsciously, she/he responds to signals of danger without identifying it (Herman, 1992b).

Alterations in self-perception

Being in a relationship with a caregiver who has the “coercive control” affects the identity of childhood trauma survivors substantially. The image of their body, the “internalized images” of others, their values and ideals which provide coherence and purpose are disturbed. They see their self as contaminated, guilty and evil. They may even “lose the sense that they have a self” where they may describe themselves as “reduced to a nonhuman life form” (Herman, 1992b). They tend to have high competence and interpersonal sensitivity in addition to self-hatred, and lack of self-care. They may have problems in meeting their basic needs for hygiene, rest, and protection. They see themselves as worthless, unlovable, weak (van der Kolk et al., 1996). Survivors of childhood trauma may view the world more dangerous than it actually is and they underestimate their self-efficacy and self-worth (Briere, 1992).

Believing their inner badness also affects their self-perception. One of the ways children cope with abuse believes that their innate badness is the cause of the abuse which gives a meaning, hope and power and belief that there is something she can do to change it.

Abused children are aggressive and rageful since they do not have verbal or social skills to resolve conflict. They also have difficulty in modulating their anger which convinces them that they are bad. They may also believe more in their “inner badness” in situations when they have sexual pleasure, when they receive abuser’s special attention and gain privilege as a result of sexual relationship during sexual abuse. They may also witness the abuser’s another abuse and feel responsible for the abuse. In order to maintain their primary attachment, abused children “take the evil of the abuser into themselves” so it becomes a part of the child’s personality structure. The child tries so hard to be good in order to cover the “inner badness” and in spite of her successes, she never believes that they are true and when others appreciate her successes she believes that these people do not know her well and if they really know who she was, she would be ‘shunned and reviled’ (Herman, 1992b).

Alterations in relations with other

According to Herman (1992b), survivors of childhood trauma have ‘fantastic expectations’ from their partners and adore them and then get disappointed and start harshly criticizing their partners. Interpersonal conflicts easily lead to extreme anxiety, depression or rage. Neglect or abuse experiences can be triggered easily by small conflicts and they cannot be easily overcome since they do not have verbal or social skills to resolve conflicts. The survivor develops intense and unstable relationships. The survivor’s unmet need for nurturance and care as a child prevents her/him to have safe and appropriate boundaries in intimate relationships as an adult. Her/his judgments are affected by her/his tendency to criticize harshly herself/himself and to idealize other. The survivor is also vulnerable to the ones who have power or authority since she/he develops empathic attunement to other’s wishes and her/his unconscious obedience to other.

Traumatized children mostly do not fully experience the developmental stage where they are supposed to experience competition, intimacy and play and their adult life is

affected by this deficiency. Childhood play helps children learn how others experience the world, it helps them gain competency on their feelings, people and situations. They try different roles and experience different outcomes. They learn to integrate the positive and negative such as good and bad, power and helplessness, affection and anger. When they do not learn how to integrate them, they remain as separate ego states; therefore, they do not own the reality of the situation. Survivors of childhood abuse develop an ability to read the needs and feelings of others and this sensibility does not lead to personal satisfaction, it is just a survival skill that is learned in childhood. (van der Kolk, et al., 1996).

Survivors of childhood trauma have a tendency to repeat their victimization as adults. Mostly this is a passive experience and considered as “unavoidable fate”. One of the reasons is that survivors use dissociation to cope and therefore, they fail to recognize social cues that would warn them in case of danger (Herman, 1992b). Survivors of childhood trauma tend to have a compulsion to repeat the trauma by becoming either the victim or persecutor, they tend to be in social situations which are similar to the contexts where they were first traumatized and it is not in conscious level generally (van der Kolk et al., 1996).

van der Kolk (1989) proposed that trauma may be repeated on different levels such as behavioral, emotional, physiologic, and neuroendochronologic levels. Victims tend to experience repetitive re-enactment of past events. Anger directed against the self or others is one of the major reenactments. Also, people's need for attachment increases when there's a danger; therefore, they may develop strong ties with people who may be abusive. This bond is a combination of pain and love which leads to confusion. This memory becomes dissociated and only comes back fully when the person is retraumatized. Survivors may respond to a present stimuli with physiological emergency responses that belong to past trauma and they wouldn't have conscious awareness since hyperarousal prevents rational assessments and integration of trauma. Good early caregiving helps individuals sooth themselves through activating

conditioned responses based on this caregiving experience, whereas for traumatized children, they need higher external stimulation to sooth themselves. Therefore they are prone to addictive behaviors such as “compulsive reexposure to victimization of self and others”.

Somatization

Survivors of childhood interpersonal trauma tend to exhibit somatic symptoms such as insomnia, startle reactions, agitation, tension headaches, gastrointestinal disturbances, and abdominal, back, or pelvic pain (Herman, 1992b).

Mayer (2008) argued that there are various somatic symptoms which are related to trauma. Friedman and Schnurr (as cited in Mayer, 2008) lists these somatic symptoms as cardiovascular, gastrointestinal, dermatological, ophthalmological and gynecological symptoms. Pain problem such as headaches, musculoskeletal pain, chest pain, abdominal pain, and pelvic pain and somatic symptoms that are medically unexplained such as irritable bowel syndrome and fibromyalgia are common symptoms of trauma.

The association between traumatic experiences and somatic, medically unexplained symptoms has been recognized more than 100 years. Over the years, there have been changes in symptom patterns; however, the cluster of fatigue, musculoskeletal symptoms, and sleep disturbances has remained as somatic symptoms that are experienced as a consequence of trauma. In addition to psychoanalytic concepts of somatic symptoms, models suggesting that somatic symptoms are “persistent bodily consequences of intense emotions”, no matter there are conscious awareness of these emotions or not, have developed over the years (Mayer, 2008).

Alterations in systems of meaning

According to Briere (1992), since childhood interpersonal trauma is usually chronic or ongoing, it leads to feelings of hopelessness about the future.

Survivors of childhood interpersonal trauma tend to view the world “through a dark lens”. They may be suspicious about the religious or ethical beliefs that they were born into, and they may also find spiritual being as evil or insensitive to sufferings of people. They may believe that people are all by themselves in the world and it is not possible to make positive changes in their lives. This feeling of helplessness impedes their capacity to make choices and take action to make changes in their lives (Luxenberg et al., 2001).

1.3 Dissociation

Dissociation is a highly controversial term and there are many disagreements about its definition, symptoms and even existence of the term. Howell (2005) commented that dissociation was dissociated itself in the psychology/psychiatry field. On the other hand, dissociation has also become a key concept to understand traumatization recently.

van der Kolk and colleagues (1996) defined dissociation as a “compartmentalization of experience” where trauma is not integrated into whole. Howell (2005) also described dissociation as “the separation of mental and experiential contents that would normally be connected”. In dissociation, traumatic memories are separate from normal consciousness. Emotions, actions, memories, physiological responses don't have relations with each other; therefore, affect may not be experienced with extreme events, physical pain may not be experienced with physical injuries, memories may be fragmented and these fragments may not be remembered (Terr, 1991).

According to Herman (1992b), interpersonal trauma tends to be denied since it is difficult to tell the “unspeakable”, however, the trauma cannot be forgotten even if it is denied; they need to be told. This is parallel with the trauma symptoms where survivors shift between feeling numb and reliving the traumatic event which leads to dissociation.

An exploratory study by van der Kolk and Fisler (1995) found that different from processing of other information, in traumatic experiences, survivors lack personal

narratives; they are recorded as sensations or feelings. Therefore, they may come back as emotions and sensations without verbal representation which refer to “speechless terror”. Therefore, the body may respond as if it is retraumatized but the memory is dissociated so the survivor cannot own what is happening (van der Kolk, Hopper & Osterman, 2001).

There is also confusion related to alteration in consciousness and dissociation. van der Hart, Nijenhuis, Steele, and Brown (2004) explain the difference between dissociation and alteration in consciousness which refers to phenomena such as absorption, spaciness, daydreaming, imaginative involvement, altered time sense and trance-like behavior. In alteration in consciousness, the information is not encoded but in dissociation, the stimuli can be retrievable.

Being younger and being female increases the likelihood of using dissociative adaptations. According to Perry and colleagues (2004), males are more likely to be aggressively defensive hyperarousal/fight or flight response and it had been needed to survive from natural predators. Perry and colleagues explain it from anthropological perspective where it was common for clans to `raid a competing clan`s camp` and kill the males and make the females and young children their property and dissociation was needed for females and young children in order to survive. Being immobile, helpless, and powerless, physical injury, pain or torture increases the likelihood of dissociative adaptations.

1.3.1 Functions of Dissociation

van der Kolk and colleagues (1996) proposed that dissociation helps individuals to maintain their schemata. Since a separate state of mind holds the traumatic event, the cognitive schemata which includes normal state believes that he/she wasn`t abused when the dissociative schemata may hold the beliefs that she/he is weak or unworthy.

Dissociation can also function as an adaptive coping style for childhood survivors where active resistance may cause the perpetrator to engage in more abuse towards the survivor or where the victim is dependent and attached to the abuser; therefore passive coping such as spacing out and disengaging can help them survive (van der Kolk et al., 1996). Furthermore, it helps an individual who faces danger to “fight without panic” since cognitive capacity is decreased when the person is in the fight or flight response (Perry et al., 1995).

Meditative experiences, positive trance experiences or watching a movie attentively are also considered as dissociation. One distinction between adaptive/positive dissociation and pathological dissociation is that adaptive dissociation is under voluntary control, the individual consciously starts it or comes back to functioning easily. Another distinction is whether dissociation enhances or prevents integration. Highly dissociative patients from traumatic experiences by voluntarily go into a state of trance or absorption, become lost in the wallpaper, or mentally go into a mousehole in the wall for instance. Although dissociation functions as a coping mechanism for interpersonal violence, continuously avoiding painful experience through dissociation prevents experiences to be integrated. Although dissociation is adaptive and lifesaving during traumatic event, it becomes maladaptive when it is used too long and when the individual constrains his/her life to avoid reminders of the trauma (Howell, 2005).

1.3.2 History of Dissociation

Janet was the first person who linked dissociation to psychological trauma. His work had been ignored for years and has recently been interested with posttraumatic stress related and dissociation disorders (Howell, 2005). He proposed that personality is composed of various subsystems and these subsystems function “in a cohesive and coordinated manner” (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) and in dissociation there is not integration among two or more different systems (Nijenhuis & van der Hart, 2011). With intense arousal, explicit memory may be interfered and the person

experiences “speechless terror” but implicit memory may not be interfered; therefore the person may be aware of emotions and associated perceptions but may not know the reason for feeling or behaving that way. He stated that traumatic memories are split off from consciousness, and they are “stored” as sensory perceptions, obsessional ruminations, or behavioral reenactments and they also influence behavior, consciousness, moods, affects, and perceptions (van der Kolk et al., 1996).

Janet also proposed that dissociated states of consciousness can include various levels of complexity. A single fixed idea is the simplest one and may be an image, thought, or statement along with feelings, physical posture, and bodily movements. Traumatic memories are fixed ideas. Alter personalities of individuals with dissociative identity disorder is the most complex form of state of consciousness where these alter personalities have their own identity (van der Hart & Horst, 1989). They generally have a ‘protector’ personality who helps them find ways to defend themselves against the traumatic experience. Generally their primary personality is passive and self-critical and protector personality is aggressive towards other parts of the self and other people (Classen, Koopman & Spiegel, 1993).

Freud (as cited in van der Kolk et al., 1996) proposed that the compulsion to repeat is part of repression and keeping a memory away from consciousness is the main feature of hysterical repression. Because the memory is repressed, the individual repeats the repressed memory as a present experience not as a past experience that is remembered. There is a distinction between Freud’s repression and dissociation that is used by trauma theorists. Freud claimed that ego actively “forgets” the traumatic experience whereas trauma theorists propose that ego is more passive, the memory is dissociated which is a passive process (Piers, 1996). Terr (1994) also makes a distinction between repression and dissociation. In repression, the individual actively and unconsciously makes an effort not to remember; however, in dissociation the traumatic memories are separate from normal consciousness itself during the event. Therefore, the repressed memories

are sharp and detailed whereas dissociated memories are fuzzy and unclear and they generally are not complete or clear when they come back.

1.3.3 Contemporary Approaches to Dissociation

Howell (2005) argued that Freud's view on unconscious leads to an illusion that the basic content of the unconscious mind is known and also unconscious psychic determinism includes agency and power. However, considering that unconscious includes dissociation implies a less familiar and frightening version of individual.

According to Howell (2007), the trauma/dissociation paradigm can explain "all environmental-based psychopathology and problems in living". She also reconceptualizes psychoanalytical concepts; for instance, she reframes structural model by defining ego and superego as dissociated. Howell also considers neurosis with the terms of posttraumatic stress and dissociation where "the concept of neurosis requires the operation of a punitive superego, enforcing repression of dangerous wishes". "Uncivilized wishes" can be forgotten through the process of repression; however, overwhelming affect leads to fragmentation which refers to dissociation. She also reframes Kernberg's constructs by addressing self states, aggressor self states especially. The child is attached to the abuser because he/she is the attachment figure at the same time. They are more attached than other children since fear activates the attachment system, the child "mimics the aggressor's behavior" which is defined as "identification with the aggressor." Herman (1992b) also stated that in order to manage their anxiety, survivors often identify with the aggressor and hate people who remind them their own helplessness.

Spitzer and colleagues (2006) proposed a psychodynamic explanation for dissociation and also compare it with psychosis by using reality testing component of Kernberg's borderline level of personality organization model and Fonagy and colleagues' theory of

mentalization, which combines developmental psychology and psychoanalytic approach. Young children experience psychic reality in two ways before they perceive a psychic reality as psychic. First one is “psychic equivalence” where there is no distinction between internal world and external world, fantasy is projected to the external world and it is perceived as real. In the “pretend” or “as-if” mode, it is assumed that the internal world does not have any effect on the external world. When children develop normally, during the oedipal stage, through healthy relationship with the attachment figure, they integrate these two modes and reach mentalization which is a developing capacity and refers to the ability to think mental states of oneself and others as separate and this leads individuals to give meaning to themselves, other and the world. At this point, Spitzer and colleagues proposed that adults who have impaired reality testing (taken from Kernberg’s model) that is failure to differentiate self from others and internal and external stimuli, experience their inner and outer reality in the “psychic equivalent” mode where it is difficult to distinguish between inside and outside. This refers to severe psychotic states. However, according to them, pretend mode is the denial of the connection between internal and external world and refers to dissociation. Therefore, although dissociation and psychosis are both “adulthood reflections of preoedipal modes” of experiencing psychic reality, in borderline personality organization and severe dissociation, the “pretend mode” is essential.

Van der Hart and colleagues (Watson, Chilton, Fairchild, & Whewell, 2006) used the term “structural dissociation of the personality” and described two categories of action systems that compose personality; first category supports individuals to adapt to daily life, such as food and companionship, whereas the second category involves action systems that is aimed at avoiding or escaping from threat. These systems help individuals to differentiate helpful experiences from harmful experiences and to find the “best adaptive responses to current life circumstances”. This division is described as the “basic form of structural dissociation of the personality”. In trauma-related structural dissociation of the personality, there is a lack of cohesion and flexibility among these

systems that composes personality. This division of personality is described as dissociative parts of the personality. When action systems are not cohesive, they may have separate perceiving and functioning which refers to dissociative parts of the personality. These dissociative identities may not be observed explicitly instead they may show themselves as "symptom complexes". Therefore, some clients do not reexperience traumatizing events and do not show any symptoms for a while after experiencing a traumatic event which implicates that dissociative parts are latent (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

Putnam (1997) divided dissociative symptoms into four categories which are primary dissociative symptoms, frequently associated posttraumatic symptoms, secondary symptoms, and tertiary symptoms. Primary dissociative symptoms are the direct impact of dissociation on cognition and behavior. These symptoms include amnesias and memory symptoms, and dissociative process symptoms. Amnesias and memory symptoms include time loss, blackouts, amnesias, fugue episodes, perplexing fluctuations in skills, habits, and knowledge, fragmentary autobiographical recall, difficulty in determining the source of recalled information, difficulty in determining whether remembered experiences actually occurred, and dissociative flashbacks. Dissociative process symptoms include depersonalization, derealization, passive influence/interference experiences, dissociative auditory hallucinations, trance-like states; alter personality states, switching behaviors, and dissociative thought disorder. Another type of dissociative symptoms is associated posttraumatic symptoms which are not primary symptoms; however, they usually co-occur with pathological dissociation. Associated posttraumatic symptoms include avoidance, intrusive thoughts, physiological reactivity, hyperarousal, flattened affect, and detachment. Putnam considers depression, anxiety, somatization, low self-esteem as secondary responses to dissociation. Tertiary symptoms such as substance abuse, suicidal and self-destructive behaviors, and promiscuity and other sexualized behaviors, are maladaptive coping responses to the primary and secondary symptoms.

1.3.4 Psychoform dissociation vs. Somatoform Dissociation

van der Hart and colleagues (2006) stated that although psychoform dissociation had been considered to be the only dissociative symptoms, which refer to dissociation of “mental functions related to memory, consciousness, and identity, somatoform dissociation is also a common response to trauma. Somatoform dissociation refers to dissociation of “functions of movement, sensation, and perception”. Losses of sensory, perceptual, affective and motor functions are considered as negative somatoform dissociative symptoms and sensorimotor and affective symptoms such as sensory distortions, pain, tics and panic are considered as positive somatoform dissociative symptoms.

1.3.5 Childhood Interpersonal Trauma and Dissociation

Terr (1991) divided childhood trauma into two types. Type 1 trauma refers to single-incident trauma such as accident and natural disaster, and Type 2 trauma refers to complex or repetitive trauma such as persistent abuse, war or genocide. In type I trauma, memories are remembered fully and in detail, there are also misperceptions and “omens” whereas in Type 2 trauma, denial, numbing, self-hypnosis, dissociation, and rage occurs. Childhood interpersonal trauma, which usually is considered as Type 2 trauma, is strongly associated with dissociation.

Howell’s (2005) definition of trauma is not separate from dissociation. She defines trauma as “event(s) that cause dissociation”. She stated that attachment relationships should include dissociation. When caregivers cannot protect the child from danger or they are the source of danger, the child needs to dissociate parts of the self to maintain the relationship with the caregiver who is frightening, neglectful or abusive. Since the children depend on this relationship with the caregiver, dissociation is one way to “accommodate” interaction with an attachment figure that is the source of both fear and love (Howell, 2007). Herman (1992b) also addressed dissociation as a response to child’s needs to maintain attachment to the parents. She concluded that children keep

the abuse even from themselves by suppressing these thoughts, memories, pain, time, place or person voluntarily. Sometimes this dissociation may become part of personality organization not just a defensive adaptation.

Howell (2007) stated that dissociation not only exists between mind and body, but also mind and mind. Trauma splits off experience and it is encoded somatically so that parts of experience would not be accessible to the person.

A healthy infant looks inside to his/her personal experience and outside in order to be regulated by others at the same time. However, the psyche will be a closed system when the affect is intense and the person lacks safe support from outside. In this system, “inward and outward looking” are dissociated processes and their aim is not mutual regulation where “inward looking is a stagnant, concretized bootstrap operation; and the outward looking is intensely hypervigilant, so as to avoid regulation by the other, rather than to encounter it”. The child also needs to close some memories from current experience to provide stabilization and sanity. In this process, the self becomes more self-contained. Therefore, instead of responding genuinely to the caregiver, the child learns to develop responses in order to manage the caregiver. In addition, since dissociation impairs internal links, it also impairs interpersonal relationships. The person is not aware of his/her impact on others (Howell, 2007).

Bernardi (1998) explained a similar process by using Fonagy’s suggestion. Caregivers understand and contain children’s mental state. When a caregiver fails to be a source of mirroring and containment, the child cannot develop skills to “think in terms of mental state; instead, the child thinks in terms of physical reality”. In dissociative disorders, individuals refuse to understand “the contents of the caregiver’s mind” and develop a defense where individuals with dissociative disorders refuse to “conceive the contents of the caregiver’s mind” and “establish a defensive strategy of omitting mentalising or metacognitive capacity”.

Perry and colleagues (1995) explained how children shift to dissociative continuum at a very early stage in life. Crying is a developmentally appropriate response and it is children's 'fight or flight' response and it lets the caretaker know that there is a threat. However for children who cannot get caretaker's help after many attempts, they stop using hyperarousal continuum (fight or flight), they shift to dissociative continuum.

van der Kolk and colleagues (1996) also stated dissociation is used by children to escape from traumatic experiences. Children may need to protect themselves from the traumatic experience and they learn to make themselves disappear or watch the event from a distance which refers to dissociation. When these children become adults, they continue to use dissociation to cope with stress. Additionally, as adults, they may dissociate through disconnecting when there is either an internal or external threat (Haven, 2009). Using dissociation gives a sense of competence and helps these individuals be successful in various areas since the dissociated part keeps the traumatic memories. However, this part affects some aspects of life including intimacy and aggression. Additionally, dissociation leads to a sense of "deadness" and disconnection from others. It also leads to nightmares and flashbacks, psychosomatic problems, suicide attempts, self-mutilation and substance abuse (van der Kolk et al., 1996).

1.3.6 Dissociation and Trauma-Related Symptoms

Although there are many dissociative symptoms, only two of them are included in the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders–Fifth Edition (American Psychiatric Association, 2013) diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder (PTSD), which are lack of recall of an important aspect of the trauma and behavioral or emotional re-experiencing (Carlson, Dalenberg & McDade-Montez, 2012).

However, studies show that dissociative symptoms are related to PTSD symptoms (Briere, Weathers, Runtz, 2005; Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003; El-Hage, Darves-Bornoz, Allilaire, & Gaillard, 2002). Specifically, reexperiencing subcategory

of PTSD was associated with disengagement and avoidance/numbing subcategory was associated with identity dissociation, emotional constriction, and depersonalization/derealization, whereas hyperarousal subcategory was related to disengagement and memory disturbance (Briere et al., 2005). In another study, it was found that specifically emotional numbing, confusion and altered time sense was mostly associated with chronic PTSD (Halligan et al., 2003).

Regarding the distinction between PTSD with dissociative symptoms and nondissociative symptoms, Lanius and colleagues (2010) explained the neurobiological differences between those who have PTSD with dissociative subtype and those who have nondissociative PTSD. Both groups experienced emotion dysregulation problem but its forms were different; in dissociative subtype of PTSD, there was emotional overmodulation whereas nondissociative PTSD include reexperiencing/hyperarousal reactivity and therefore emotional undermodulation was experienced.

An extensive study addressed the relation between dissociative features and PTSD is the study, which was conducted with 25,018 participants in 16 countries in the World Health Organization World Mental Health Surveys. It was found that 14.4 % of the participants had dissociative symptoms of depersonalization and derealization and there weren't a significant difference among countries. Symptoms of dissociation in PTSD were related to re-experiencing symptoms and were found to be associated with being male, having childhood onset of PTSD, high exposure to prior traumatic events and childhood adversities, prior histories of separation anxiety disorder and specific phobia, severe role impairment, and suicidality (Stein et al., 2013).

According to van der Hart and colleagues (2005), the relation between DESNOS and dissociation has not been recognized much since dissociation is seen as a small part of DESNOS and also there is a confusion related to dissociation. In a study with treatment-receiving adults in Ireland, it was found that participants whose level of dissociation

was high also had higher complex PTSD (DESNOS) symptom severity (Dorahy et al., 2012).

1.4 The Aim of the Present Research

The history of childhood interpersonal trauma has shown that the real traumatic experiences of childhood have been considered as fantasies of the child. This causes the survivors of childhood interpersonal trauma to get misdiagnosed, to be mistreated since these symptoms are not considered as a result of their actual traumatic experiences. Therefore, this study aimed at supporting the view that many symptoms childhood interpersonal trauma survivors are a result of their childhood traumatic experiences.

This study aims at examining the relations among childhood interpersonal trauma, dissociation, and trauma-related symptoms. Different types of childhood interpersonal trauma, physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, emotional neglect, and physical neglect, and two different types of dissociation, psychoform dissociation and somatoform dissociation, were investigated to specify the relations among the variables. Trauma-related symptoms were examined in two symptom clusters: posttraumatic stress disorder (PTSD) symptom severity and DESNOS symptom severity.

In the literature, there are disagreements regarding the existence of dissociation and there is a tendency to consider dissociation as a minor component of trauma-related symptoms; therefore, one purpose of this study is to contribute to the increasing discussions on the phenomena of dissociation and provide evidence for the crucial role of dissociation in the relation between childhood trauma and trauma-related symptoms.

Another purpose of the study is to contribute to the research on a proposed diagnostic construct, DESNOS, by supporting the increasing research on DESNOS as a new proposed diagnostic construct of multiple/prolonged trauma-related symptoms. For this

purpose, the Turkish version of DESNOS was presented and assessed as a part of this study. Furthermore, its relation to childhood trauma and dissociation was examined.

It was also one of the goals of this study is to examine whether different types of childhood trauma is related to different types of dissociation.

This study also aimed at investigating the predictors of trauma-related symptoms and finding out whether certain types of childhood trauma and dissociation are related to certain trauma-related symptom clusters.

The general purpose of this study is to contribute to the literature of dissociation, childhood interpersonal trauma, and its consequences which have been highly debatable issues in the literature in recent years.

In this study, it was hypothesized that dissociation is a mediator between childhood interpersonal trauma and trauma-related symptoms; childhood interpersonal trauma predicts PTSD; childhood interpersonal trauma is also related to DESNOS symptom severity; Turkish version of SIDES-SR is a valid and reliable scale to assess DESNOS symptom severity; certain types of childhood interpersonal trauma is related to certain types of dissociation; and dissociation is associated with both PTSD and DESNOS symptom severity.

CHAPTER 2

METHOD

2.1 Participants

Participants were recruited through announcements. The participation was voluntary. The participants filled out the questionnaires through internet. Participants completed a 19 page questionnaire set which includes 6 scales as well as a demographic information section (Appendix A).

Participants of the study were 736 adults between the ages of 18 and 68. The mean age of the total sample was 29.44 (SD = 9.69). The number of female participants was 577 and the number of male participants was 159. Participants' education levels ranged between literate to post graduate and the mean level of education was equal to a two-year college. 125 of participants have had a mental health problem within the two years and majority of these participants have received either psychological treatment (N=41) or medication treatment (N=76). Among these participants, 41.4 % of participants (N= 53) are currently under treatment. Descriptive information about the participants is listed in Table 1 and Table 2.

Table 1 Frequencies and Percentages of Demographic Characteristics of the Participants

	N	%
Gender		
Female	577	78.4
Male	159	21.6
Marital Status		
Single	420	57.1
Engaged	28	3.8
Married	227	30.8
Widow	18	2.4
Divorced	26	3.5
Lives with girlfriend/boyfriend	17	2.3
Education level		
Literate	6	.8
Elementary school	24	3.3
Secondary school	22	3.0
High school	215	29.2
2 year college	27	3.7
University	293	39.8
Master	113	15.4
PhD	36	4.9

	N	%
Employment Status		
Employed	396	53.8
Not employed	123	16.7
Student	184	25.0
Other	33	4.5
Mental health problems (last 2 yrs)		
Yes	125	17.0
No	611	83.0
Treatment type		
Psychological	41	33.1
Medication	76	61.3
Other	7	5.65
Ongoing treatment		
Yes	53	41.40
No	75	58.6

Table 1 Frequencies and Percentages of Demographic Characteristics of the Participants (continued)

Table 2 Demographic Characteristics of the Participants

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age	18	68	29.44	9.69

2.2 Instruments

The first part of the research questionnaire, Demographic Information Sheet, included questions about participant's age, gender, employment status, education level, existence of mental health problems in the last 2 years and existence of ongoing treatment for mental health problems.

Second part of the research questionnaire contained five scales which are Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Impact of Events Scale-R, Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self Report (SIDES-SR), Dissociative Experiences Scale (DES), Somatoform Dissociation Scale (SDQ), and Traumatic Experiences Checklist.

2.2.1 Childhood Trauma Questionnaire

Childhood Trauma Questionnaire was used to assess childhood trauma in this study. The scale was developed by Bernstein and colleagues (1994) to assess history of child abuse and neglect in adolescents and adults. This 28-item self-report has five subscales which measures physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, and emotional neglect. It also includes a Minimization/Denial scale in order to detect individuals who may underreport traumatic events. The CTQ had high internal consistency and good test-retest reliability over an interval of 2–6 months (Bernstein et al., 1994). The scale was translated into Turkish by Sar et al. (1997). In a study, the alpha consistency for the whole scale was found to be .93 and test-retest reliability was .90 ($p < 0,001$, $N=48$) (Sar, Ozturk & Ikikardes, 2012). In the current study the internal consistency of the whole scale was found to be .89.

2.2.2 Impact of Events Scale-R

Impact of Events Scale-R was used to measure posttraumatic symptom severity in this study. The scale was developed to assess subjective distress caused by traumatic events. This 22-item self-report measure is a revised version of the older version, the 15-item IES (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). The IES-R contains 7 additional items on

hyperarousal symptoms of PTSD. Items include 14 of the 17 DSM-IV symptoms of PTSD. The IES-R had three subscales which are Intrusion, Avoidance, and Hyperarousal. The scale was translated into Turkish by Çorapcıoğlu et al. (2006). Cronbach alpha of the scale was .94 ($p < .000$). In the current study the internal consistency of the whole scale was found to be .94.

2.2.3 Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - Self Report (SIDES-SR)

In order to assess DESNOS severity, Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self Report was used. SIDES-SR was developed by Pelcovitz et al. (1997) to assess presence and/or severity of the Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) diagnostic construct reflecting the Associated Features of PTSD commonly seen in association with interpersonal stressors: impaired affect modulation; self-destructive and impulsive behavior; dissociative symptoms; somatic complaints; feelings of ineffectiveness, shame, despair, or hopelessness; feelings permanently damaged; a loss of previously sustained beliefs; hostility; social withdrawal; feelings constantly threatened; impaired relationships with others. The clinician-rater version was used for the DSM-IV Field Trials for PTSD. It has been validated as a measure of DESNOS diagnosis. The self-report version, which is also used in this study, has good behavioral anchors and has a good internal reliability as a measure of current DESNOS severity. Both version of the SIDES has 45 items and includes six major scales with related subscales: alteration in regulation of affect and impulses; alterations in attention or consciousness; alterations in self-perception; alterations in relations with other; somatization; and alterations in systems of meaning. Results show that the SIDES is a useful tool to assess response to extreme stress. SIDES was administered to 520 subjects as part of the DSM-IV PTSD field trials. Inter-rater reliability (Kappa coefficients) for lifetime Disorders of Extreme Stress was .81. Internal consistency (Coefficient alpha) ranged from .53 to .96 (Pelcovitz et al., 1997).

The SIDES-SR was translated into Turkish in the current study. Translation and adaptation process, which was proposed by de Jong, Komproe, Spinazzola, van der Kolk & van Ommeren (2005), was followed. The instrument was examined by 3 bilingual experts, was translated into local language, literal back translation was done by different translators, the back translation was examined by monolingual experts, and back translation was examined by a bilingual group who were informed by the discussion of the monolingual experts. The internal consistency of the whole scale was found to be .90.

2.2.4 Dissociative Experiences Scale

Dissociative Experiences Scale (DES) was used to measure psychoform dissociation which refers to dissociation of mental functions such as memory, consciousness, and identity. The scale was developed by Bernstein and Putnam (1986). The scale is a 28-item self-reports which has a good validity and reliability, and good psychometric properties (Carlson et al., 1993). The scale was translated into Turkish by Sar et al. (1997). In the current study the internal consistency of the whole scale was found to be .89.

2.2.5 Somatoform Dissociation Questionnaire

In order to assess somatoform dissociation which refers to the dissociation of functions of movement, sensation, and perception, Somatoform Dissociation Scale (SDQ) was used. The scale was developed by Nijenhuis et al. (1996) and focuses on somatoform manifestations of mental dissociation processes. The scale is a 20 item measure assesses the severity of somatoform dissociation. The psychometric characteristics of the SDQ are very satisfactory. The scale was translated into Turkish by Sar (1997). In a study the alpha consistency for the whole scale was found to be .94 and test-retest reliability was .95 (N = 35, $p < 0.001$) (Sar, Kundakci, Kiziltan, Bakim & Bozkurt, 2000). In the current study the internal consistency of the whole scale was found to be .90.

2.2.6 Traumatic Experiences Checklist

The Traumatic Experiences Checklist was used to assess the existence of various types of traumatic experiences. The Checklist is a part of the post-traumatic stress diagnostic scale (PDS) which was developed by Foa et al. (1997) and it was translated into Turkish by Isikli and Duru.

2.3 Procedure

Before conducting the study, information about the study including the research design, instruments to be used in the study were submitted to Institute of Social Sciences Ethical Committee at Middle East Technical University in order to get approval that the research is proper in terms of human research ethical conduct. After the Institute's approval, the announcements were done through internet and word of mouth. Questionnaires were submitted to internet and internet link of the questionnaire were given in the announcements. Prior to the analysis, the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self Report was translated into Turkish in the current study by following the process of translation proposed by de Jong et al. (2005).

2.4 Statistical Analyses

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) was used for data entry and for some of the analyses. Prior to analyses, data cleaning and screening was conducted to meet the assumptions of multivariate analyses. Data were also analyzed using Structural Equation Modeling (SEM) techniques to test the hypothesized model. SEM is a collection of statistical techniques which is used to answer research questions involving multiple regression analyses of factors simultaneously (Tabachnick & Fidell, 1996). A two-step procedure is followed in order to test the relations among the variables in a SEM model (Anderson & Gerbing, 1988). As a first step, a measurement model that excludes the paths between the variables is estimated. The measurement model provides information to assess the measurement properties of the indicators and to examine how well the latent constructs are assessed by the observed indicators.

Second step includes relations among the latent variables and tests the strength of the relations among these variables.

Goodness-of-fit indices and chi-square tests are used to assess the adequacy of the measurement and structural models. The following goodness-of-fit indices were used: ratio of χ^2 to degrees of freedom (χ^2 / df), the root mean-square error of approximation (RMSEA) goodness-of-fit index (GFI), comparative fit index (CFI), and non-normed fit index (NNFI). A d.f. ratio of 5 : 1 ratio is suggested (Bollen, 1989). For the GFI, CFI, and NNFI indices, values close to 1.0 indicates that the model fits well. The RMSEA values lower than .05 indicates a good fit (Byrne, 1998). SEM techniques also provide the comparison of alternative structural models. A chi-square difference test is used to compare the goodness of fit among these models. Maximum likelihood estimation procedures of LISREL VIII (Joreskog & Sorbom, 1993) were used to test the measurement and structural models.

Prior to main analysis, factor analyses conducted in order to examine the factor structure of Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-Self Report. Confirmatory factor analysis using structural equation modeling with maximum likelihood estimation conducted for factor analysis. Correlational analyses were conducted in order to examine the relations among variables. Prevalence of childhood trauma and dissociation were examined using descriptive statistics. Regression analyses were conducted to examine the predictors of DESNOS symptom severity and posttraumatic stress symptoms severity. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS-17.0). Then structural equation modeling analyses were conducted in order to investigate the mediational model which examines the mediator role of dissociation in the relation between childhood trauma and PTSD symptom severity as well as the relation between childhood trauma and DESNOS symptom severity.

CHAPTER 3

RESULTS

3.1 Descriptive Information and Internal Consistency Coefficients of the Measures

Means, standard deviations, and internal consistency coefficients of the scales and subscales are provided in Table 3.

Table 3 Descriptive Information on the Measures of the Study

Scales	Subscales	Mean	SD	Alpha Coefficiency
Childhood Trauma Questionnaire		35.98	10.60	.90
	Physical abuse	5.58	1.75	.76
	Sexual abuse	6.01	2.47	.89
	Emotional abuse	7.55	3.33	.80
	Physical neglect	6.60	2.35	.63
	Emotional neglect	10.23	4.28	.86
Impact of Events Scale-R		18.79	17.21	.94
	Intrusion	7.16	7.28	.91
	Avoidance	6.83	6.37	.83
	Arousal	4.80	5.42	.87

Scales	Subscales	Mean	SD	Alpha Coefficiency
SIDES-SR		19.31	14.76	.90
	Regulation of affect and impulses	6.56	6.04	.74
	Attention or consciousness	2.52	2.70	.70
	Self-perception	2.54	2.93	.71
	Relationship with others	2.37	2.65	.59
	Somatization	1.33	2.02	.71
	Systems of meaning	2.48	2.65	.68
Dissociative Experiences Scale		22.18	22.79	.89
Somatoform Dissociation Scale		26.62	9.06	.90

Table 3 Descriptive Information on the Measures of the Study (continued)

3.2 Psychometric Properties of SIDES-SR

3.2.1 Confirmatory Factor Analysis and Construct Validity

Confirmatory factor analysis was conducted to analyze the factor analytic structure of SIDES-SR using structural equation modeling in LISREL 8. As expected, resulting fit indexes were acceptable and are reported in Table 4.

Confirmatory factor analysis is originally used to confirm previous findings; however it is also used to explore data by using the confirmatory factor analytic model. Based on the original scale, six factors were expected. The modification indexes which examine items that greatly reduced the fit of the models were investigated.

A six factor model of SIDES-SR Scale was hypothesized. Items were hypothesized as indicators of each factor which are Alterations in Regulation of Affect and Impulses (Items 1-19), Alterations in Attention and Consciousness (Items 20-24), Alterations in Self-Perception (Items 25-30), Alterations in Relationships with Others (Items 31-35), Somatization (Items 36-40), and Alterations in Systems of Meaning (Items 41-45).

The six-factor model with LISREL was tested and provided a reasonable fit to the data: χ^2 (930, N = 736) = 2969.74; $p < .001$; RMSEA = .06; CFI = .79; GFI = .85; NNFI = .77. Modification indices suggested adding a correlated error between the two items of the scale (Item 17: 'I find myself driven to engage in sexual activities without really feeling that I had a choice' and Item 16: 'I find myself thinking about sex more than I want to). In other models, modification indices suggested adding other correlated errors between the two items of the scale which are between Item 2 ('I find it hard to calm myself down after I become upset and have trouble getting back on track') and Item 3 ('When I feel upset, I have trouble finding ways to calm myself down'), Item 17 ('I find myself driven to engage in sexual activities without really feeling that I had a choice') and Item 18 ('I am active sexually in ways that I know put me in danger.'), then Item 14 ('It bothers me to be touched in a sexual way') and Item 15 ('I actively avoid sex'). Modifications for the correlated errors were run in separate analyses (see Table 1). Adding these correlated errors resulted in an increase in the model fit statistics. Finally, the model appeared to yield the best fit: χ^2 (926, N = 736) = 2359.36, $p < .001$; RMSEA = .05; CFI = .84; GFI = .88; NNFI = .83. The change in chi-square was $\Delta\chi^2$ (10, N = 280) = 18.75. The model met the criteria of Hu and Bentler (1999) by having a RMSEA less than .06. The CFI was above .95, GFI was below .95, and NNFI was below .90. Although the χ^2 statistic indicated significant differences between the observed and the estimated matrices, the χ^2 : df ratio was well below the suggested 3:1 ratio (Tabachnick & Fidell, 1996), χ^2 /df ratio = 2.55. The model is presented in Figure 1.

Figure 1. The Measurement Model

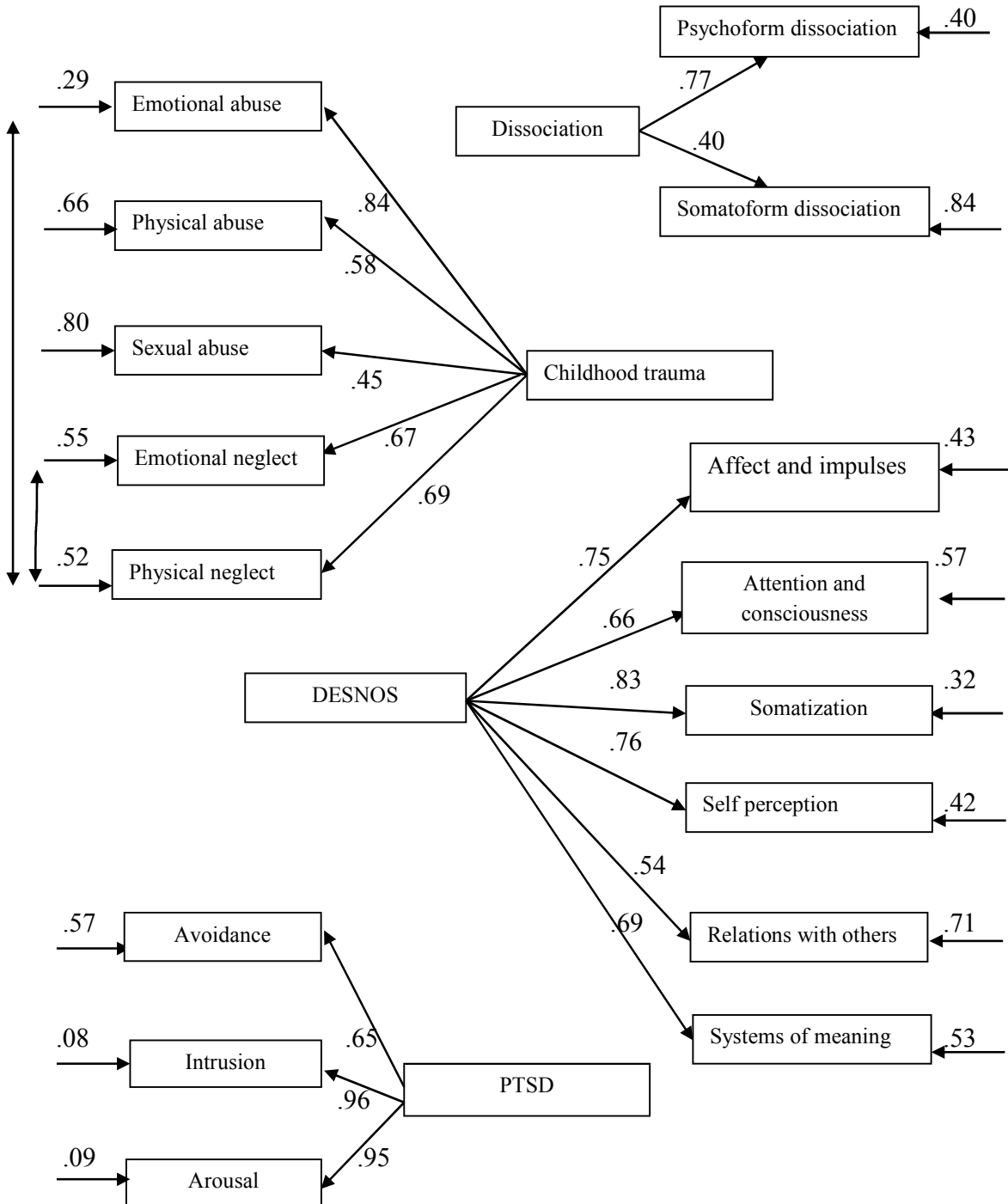


Table 4 Confirmatory Factor Analysis of SIDES-SR

Measurement Models	χ^2	Df	χ^2 /df	RMSEA	CFI	GFI	NNFI
Model 1	2969.74	930	3.19	0.06	0.79	0.85	0.77
Model 2	2752.13	929	2.96	0.05	0.80	0.86	0.80
Model 3	2598.83	928	2.80	0.05	0.82	0.86	0.81
Model 4	2486.49	927	2.68	0.05	0.83	0.87	0.82
Model 5	2359.36	926	2.55	0.05	0.84	0.88	0.83

3.3 Model Testing

3.3.1 Prevalence of Childhood Trauma

The cut-off points for the types of childhood trauma are considered as it is suggested by Sar et al.'s study (2012) with the Turkish sample where for sexual and physical abuse the cut-off point is 5, it is 7 for physical neglect and emotional abuse, and 12 for emotional neglect, total point is 35. The results show that 57.9 % of all participants reported at least one type of childhood trauma. Emotional abuse was most common, and emotional neglect was the second most common. 24.6 % of the participants reported sexual abuse, whereas 17.9 % of the participants reported physical abuse. 34.9 % reported emotional abuse, 26.2 % reported emotional neglect, and 24.7 % reported physical neglect. Table 5 presents descriptive statistics on the prevalence of various types of childhood trauma and means and standard deviations. Regarding the differences between genders on the prevalence of types of childhood interpersonal trauma, women reported more sexual abuse ($M= 6.10$, $SD=2.65$) than men ($M= 5.69$, $SD=1.62$), $t(732)=1.85$, $p<.05$. Also women reported more emotional abuse ($M= 7.71$,

SD=3.40) than men (M= 6.97, SD=2.99), $t(734) = 2.48, p < .05$. On the other hand, men reported more physical neglect (M= 10.47, SD=4.23) than women (M= 10.16, SD=4.29), $t(734) = -2.71, p < .05$. The two groups did not differ significantly on physical abuse and emotional neglect types of childhood trauma.

Table 5 Descriptive statistics on the prevalence of types of childhood trauma

Type of abuse	N	%
Physical abuse	132	17.9
Sexual abuse	181	24.6
Emotional abuse	337	34.9
Physical neglect	244	24.7
Emotional neglect	238	26.2

3.3.2. Prevalence of Dissociation

4.62 % of the participants scored more than 20 % which suggests the presence of clinically significant dissociative symptomatology. 1.9 % of the participants scored above 30 % which indicates high probability of having a disorder with a strong dissociative component. % 0.8 of the participants scored above 40 % suggests high likelihood of DID. For Somatoform Dissociation Questionnaire, the cut-off point for Turkish sample was determined as 35 in Sar et al. 's (2000) study. The prevalence of high somatoform dissociation was 9.5 %. Table 6 presents descriptive statistics on the prevalence of dissociation.

Table 6 Descriptive statistics on the prevalence of dissociation

Type of dissociation	N	%
Dissociative Experiences Scale		
Clinically dissociative symptomatology	34	4.62
Strong dissociative component	14	1.9
High likelihood of DID	6	0.8
Somatoform Dissociation Questionnaire	70	9.5

3.3.3 Correlations among the Variables

Correlational analyses were conducted to examine the relations among variables. The correlation coefficients among demographic variables such as age, gender, marital status, education, employment, existence of mental health problem, types of childhood trauma (physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, and emotional neglect), psychoform dissociation, somatoform dissociation, three subcategories of PTSD symptom severity which are intrusion, avoidance and arousal, and DESNOS symptom severity subcategories (alterations in regulation of affect and impulses; alterations in attention or consciousness; alterations in self-perception; alterations in relations with others; somatization; and alterations in systems of meaning) were examined and listed in Table 7.

When relations between demographic variables and other variables are examined, gender (female = 1 and male = 2) was found to be significantly correlated with emotional abuse and alterations in relations with others. Gender was correlated with physical neglect and alterations in systems of meaning. Age was correlated with physical neglect and emotional neglect. Age was correlated with all PTSD symptom severity subcategories (avoidance, intrusion, and arousal), somatoform dissociation, alterations in regulation of affect and impulses, alterations in attention or consciousness,

somatization, and alterations in self-perception. Education was positively correlated with alterations in systems of meaning and emotional abuse. Education was negatively correlated with avoidance, intrusion, arousal, cognitive dissociation, somatoform dissociation, physical abuse, and physical neglect. Existence of a mental health problem in last 2 years (1 = yes, 2 = no) was negatively correlated with all types of childhood trauma, all DESNOS subcategories, all types of PTSD and both types of dissociation.

Types of childhood trauma were positively correlated with each other. The correlation coefficients among these variables ranged between .28 and .60. All types of childhood trauma, emotional abuse, sexual abuse, physical abuse, emotional neglect and physical neglect were positively correlated with all types of DESNOS symptom severity, both types of dissociation, and all subcategories of PTSD symptom severity.

Both psychoform dissociation and somatoform dissociation were positively correlated with all DESNOS symptom severity subcategories, alterations in regulation of affect and impulses; alterations in attention or consciousness; alterations in self-perception; alterations in relations with others; somatization; and alterations in systems of meaning. Both psychoform dissociation and somatoform dissociation were also positively correlated with PTSD symptom severity subcategories, intrusion, avoidance, and arousal. Psychoform dissociation and somatoform dissociation were positively correlated with each other ($r: .49, p < .001$). All DESNOS subcategories were positively associated with PTSD subcategories and the correlation coefficients ranged between .13 and .39.

Table 7 Correlations among Variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Emotional abuse	1															
2.Physical neglect	.43**	1														
3.Emotional neglect	.58**	.60**	1													
4.Sexual abuse	.38**	.29**	.30**	1												
5.Physical abuse	.49**	.42**	.37**	.28**	1											
6.Cognitive dissociation	.19**	.37**	.21**	.21**	.35**	1										
7.Somatoform dissociation	.31**	.36**	.24**	.24**	.33**	.49**	1									
8.Avoidance	.19**	.22**	.21**	.15**	.27**	.28**	.33**	1								
9.Intrusion	.29**	.26**	.27**	.19**	.27**	.31**	.41**	.63**	1							

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Emotional abuse	1															
2.Physical neglect	.43**	1														
3.Emotional neglect	.58**	.60**	1													
4.Sexual abuse	.38**	.29**	.30**	1												
10.Arousal	.26**	.27**	.25**	.15**	.26**	.32**	.42**	.62**	.91**	1						
11.Affect	.37**	.26**	.26**	.26**	.18**	.23**	.41**	.22**	.37**	.36**	1					
12.Amnesia/Dissociation	.32**	.17**	.26**	.18**	.14**	.21**	.40**	.25**	.37**	.36**	.50**	1				
13.Somatization	.41**	.23**	.31**	.22**	.18**	.26**	.37**	.20**	.39**	.37**	.60**	.54**	1			
14.Self-perception	.34**	.18**	.29**	.21**	.16**	.19**	.31**	.16**	.32**	.30**	.58**	.49**	.64**	1		
15.Relations with others	.26**	.15**	.16**	.09*	.10**	.13**	.43**	.21**	.35**	.38**	.41**	.38**	.42**	.42**	1	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Emotional abuse	1															
2.Physical neglect	.43**	1														
3.Emotional neglect	.58**	.60**	1													
4.Sexual abuse	.38**	.29**	.30**	1												
16.Systems in meaning	.34**	.19**	.29**	.18**	.14**	.12**	.29**	.13**	.26**	.26**	.52**	.40**	.61**	.55**	.33**	

Table 7 Correlations among Variables (continued)

3.3.4. Model Test

Anderson and Gerbing's (1988) suggestion on two-step model was followed. According to two-step model, the measurement model was conducted first. In the measurement model (Figure 1), five latent constructs were modeled. Emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect were used as indicators of childhood trauma. For the latent variable dissociation, two indicators were used: psychoform dissociation and somatoform dissociation. The latent variable PTSD symptom severity was represented by three indicators: intrusion, arousal, and avoidance. The six subscales of the SIDES-SR, alterations in regulation of affect and impulses, alterations in attention and consciousness, alterations in self-perception, alterations in relationships with others, somatization, and alterations in systems of meaning measured the DESNOS symptom severity latent variable.

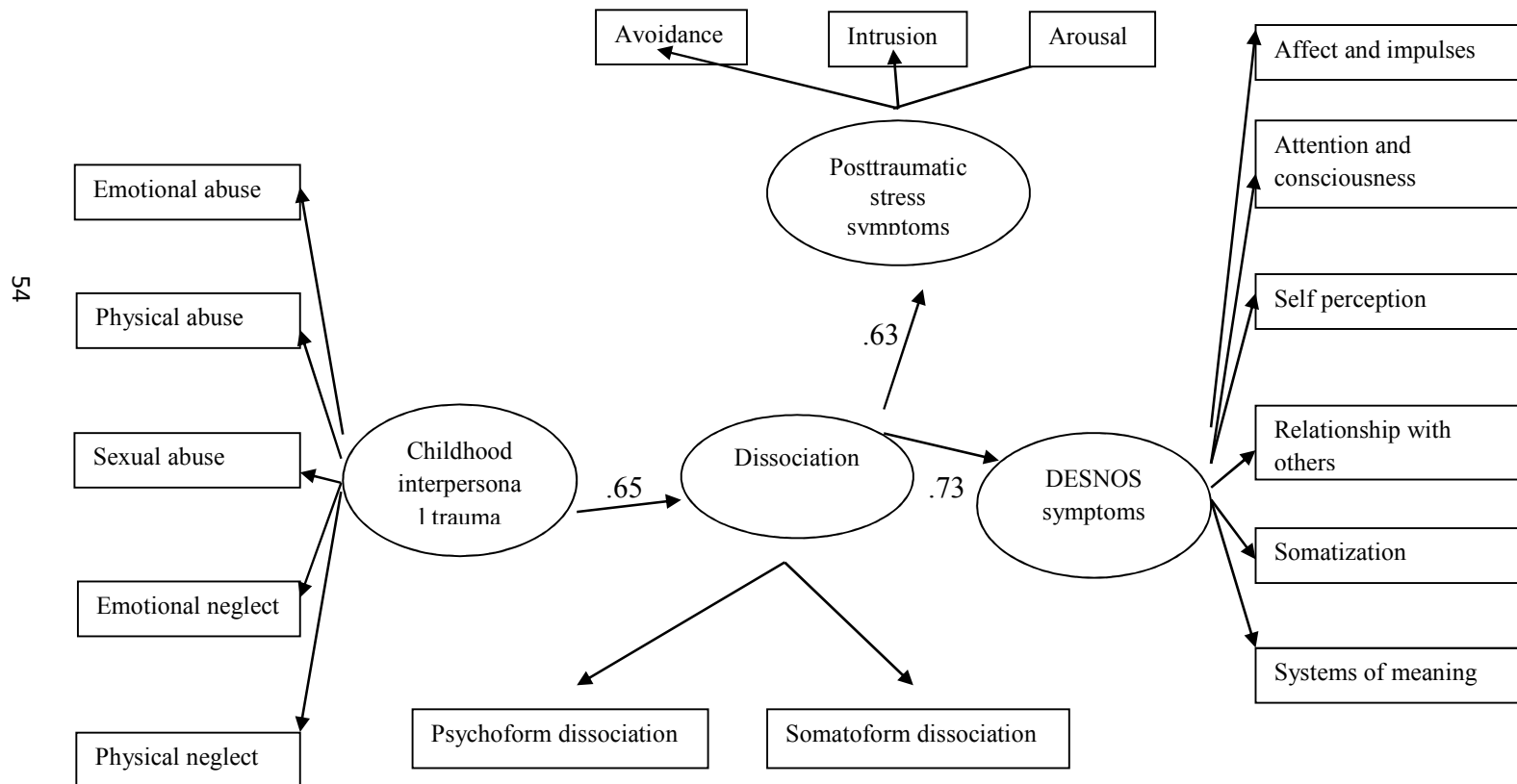
Initially, a measurement model with 16 observed variables and 4 latent variables (Figure 1) were tested. The first model provided reasonable fit to the data, $\chi^2(98, 736) = 433.88, p < .000$, RMSEA = .07, CFI = .94, GFI = .93, NNFI = .92. Modification indices suggested adding a correlated error between the two indicators of childhood trauma (physical neglect and emotional abuse) and physical neglect and emotional neglect. These modifications for the correlated errors were run in separate analyses (see Table 1). As can be seen in Table 8, adding correlated errors between two of the indicators of childhood trauma, physical neglect and emotional abuse ($\Delta\chi^2(1) = 72.28, p < .05$), between physical neglect and emotional neglect ($\Delta\chi^2(1) = 7.9, p < .05$) significantly reduced the model chi square.

In addition, adding two correlated errors resulted in increase in the model fit statistics, RMSEA = .06, CFI = .95, GFI = .94, NNFI = .94, indicating acceptable fit indices ($\chi^2(96) = 353.70, p < .000$; see Table 1 for model fit statistics of each model). Although the χ^2 statistic indicated significant differences between the observed and the estimated matrices, the χ^2 : df ratio was below the suggested 5:1 ratio, χ^2 /df ratio = 3.68. This

indicated that all of the latent variables were reliably measured by the observed variables. The measurement model showed that the latent variables were estimated successfully from the observed variables.

The loadings of the indicator variables of childhood trauma ranged from .45 to .84. The loadings of the dissociation were .40 for psychoform dissociation, and .77 for somatoform dissociation. The loadings of the 3 indicators of PTSD ranged from .65 to .96, loadings of 6 indicators of DESNOS ranged from .54 to .83 (Figure 2). The rest of the modification indices suggested minor modifications regarding the original specification of the model; therefore, rest of the modification indices were not applied to the model.

Figure 2 The structural model



An exploratory analysis was conducted to test whether the relation between childhood trauma and PTSD and the relation between childhood trauma and DESNOS is mediated through dissociation. The first model was the model in which childhood trauma predicts dissociation and they both predict DESNOS, and PTSD. In this model, the relation between childhood trauma and PTSD and the relation between childhood trauma and DESNOS were both insignificant (The model demonstrated reasonable fit to the data, $\chi^2 (97, 736) = 364.73, p < 0.01$; CFI = .95, RMSEA = .06, GFI = .94, NNFI = .94). The nonsignificant paths were removed and second model was run.

Therefore, in the model 2, the full mediation model was tested in which childhood trauma predicts dissociation, which in turn predicts PTSD and DESNOS. The model demonstrated reasonable fit to the data, $\chi^2 (99, 736) = 380.15, p < 0.000$; CFI = .95, RMSEA = .06, GFI = .94, NNFI = .94. Even though the χ^2 statistic was significant, the χ^2 :df ratio was below the suggested 5:1 ratio, χ^2 /df ratio = 3.23. Findings indicate that childhood trauma predicts dissociation, which in turn predicts PTSD and DESNOS.

As can be seen in Figure 6, childhood trauma directly and positively related with dissociation ($\beta = .65, t = 12.65, p < .05$). Childhood trauma also indirectly and positively predicted PTSD via dissociation (path coefficient for indirect effect = .41, $t = 10.56, p < .05$). Dissociation ($\beta = .63, t = 11.25, p < .05$) directly and positively predicted PTSD (Figure 6). Overall, 34% of the variance in PTSD was accounted by the variables in the model. Childhood trauma also indirectly and positively predicted DESNOS via dissociation (path coefficient for indirect effect = .48, $t = 11.75, p < .05$). Lastly, dissociation ($\beta = .73, t = 12.49, p < .05$) directly and positively predicted DESNOS.

Table 8 Goodness-of-fit indices for the measurement models

Measurement Models	χ^2	df	χ^2 / df	RMSEA	CFI	GFI	NNFI
Model 1	433.88	98	4.43	0.07	0.94	0.93	0.92
Model 2	361.60	97	3.73	0.06	0.95	0.94	0.94
Model 3	353.70	96	3.68	0.06	0.95	0.94	0.94

3.3.5. Regression Analyses

3.3.5.1 Regression Analyses to Predict Dissociation

Regression analysis was conducted to examine the types of childhood trauma and psychoform dissociation. In the first step, control variables which include demographic variables (age, marital status, education, employment, and mental health) were entered. In the second step, types of childhood trauma (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect) were entered. The variables entered in each step are listed in Table 9.

For psychoform dissociation total variance explained by the model was 22%, $F(11, 528) = 13.87, p < .001$. Among demographic variables, education, existence of mental health, and employment significantly predicted psychoform dissociation. Physical abuse, physical neglect, and sexual abuse significantly predicted psychoform dissociation whereas emotional abuse and emotional neglect did not predict psychoform dissociation. Physical neglect and physical abuse had the highest beta value (.25 and .22, respectively).

Table 9 Regression Analysis to Predict Psychoform Dissociation

Predictors in set	β	t	df	F	R2
A. Dependent variable: Psychoform dissociation					
1. Control variables			6, 533	7.9***	0.08
Age	-0.04	-.056	533		
Gender	0.04	-0.094	533		
Education	-0.09	-.16*	533		
Mental health	-0.08	.07*	533		
Marital status	0.00	-.073	533		
Employment	0.09	.123*	533		
2. Types of childhood trauma			11, 528	13.87***	0.22
Emotional abuse	-0.02	-0.42	528		
Physical abuse	0.22	4.8***	528		
Physical neglect	0.25	4.9***	528		
Emotional neglect	-0.02	-0.35	528		

Sexual abuse	0.10	2.27*	528
--------------	------	-------	-----

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Regression analysis was conducted to examine the types of childhood trauma and somatoform dissociation. In the first step, control variables, which include demographic variables (age, marital status, education, employment, and mental health), were entered. In the second step, types of childhood trauma (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect) were entered. The variables entered in each step are listed in Table 10.

For somatoform dissociation, total variance explained by the model was 22%, $F(10, 719) = 20.10, p < .001$. Among demographic variables, only education significantly predicted somatoform dissociation. Physical abuse, emotional abuse, physical neglect, and sexual abuse significantly predicted somatoform dissociation whereas emotional neglect did not predict somatoform dissociation. Physical neglect had the highest beta value (.22).

Table 10 Regression Analysis to Predict Somatoform Dissociation

Predictors in set	β	t	df	F	R2
A. Dependent variable: Somatoform dissociation					
1. Control variables			5, 724	9.50***	0.06
Age	-0.06	-1.41	724		
Education	-0.13	-3.51***	724		
Mental health	-0.06	-1.67	724		
Marital status	0.02	0.43	724		
Employment	0.03	0.84	724		
2. Types of childhood trauma			10, 719	20.10***	0.22
Emotional abuse	0.15	3.22**	719		
Physical abuse	0.14	3.40**	719		
Physical neglect	0.22	4.88***	719		
Emotional neglect	-0.06	-1.19	719		
Sexual abuse	0.09	2.52**	719		

*** p<.001, ** p<. 01, * p <. 05

3.3.5.2 Regression analysis to predict DESNOS symptom severity

Regression analysis was conducted to examine the types of childhood trauma and DESNOS symptom severity. In the first step, control variables which include demographic variables (age, marital status, education, employment, and mental health) were entered. In the second step, types of childhood trauma (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect) were entered. The variables entered in each step are listed in Table 11.

Regression analysis was conducted to examine types of childhood trauma as predictors of DESNOS symptom severity. For DESNOS symptom severity total variance explained by the model was 25%, $F(11, 722) = 21.94, p < .001$. Among demographic variables, age, education, and mental health significantly predicted DESNOS symptom severity. Emotional abuse, physical abuse, emotional neglect and sexual abuse significantly predicted DESNOS symptom severity whereas physical neglect did not predict DESNOS symptom severity. Emotional abuse had the highest beta value (.32).

Table 11 Regression Analysis to Predict DESNOS symptom severity

Predictors in set	β	t	df	F	R2
A. Dependent variable: DESNOS symptom severity					
1. Control variables			6, 727	10.8***	0.08
Age	-0.15	-3.65***	727		
Education	0.00	0.03	727		
Mental health	-0.15	-4.66***	727		
Marital status	-0.03	-.073	727		
Employment	0.06	1.65	727		
2. Types of childhood trauma			11, 722	20.10***	0.25
Emotional abuse	0.32	7.04***	722		
Physical abuse	-0.08	-1.98*	722		
Physical neglect	0.09	2.50	722		
Emotional neglect	0.04	0.81*	722		
Sexual abuse	0.12	2.54*	722		

*** p<.001, ** p<. 01, * p<. 05

3.3.5.3 Regression analysis to predict PTSD symptom severity

Regression analysis was conducted to examine the types of childhood trauma and PTSD symptom severity. In the first step, control variables, which include demographic variables (age, marital status, education, employment, and mental health), were entered. In the second step, types of childhood trauma (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect) were entered. The variables entered in each step are listed in Table 12.

For PTSD symptom severity, total variance explained by the model was 23%, $F(11, 722) = 19.19, p < .001$. Among demographic variables, age, education, and mental health significantly predicted PTSD symptom severity. Only physical abuse and emotional neglect significantly predicted PTSD symptom severity whereas physical neglect, emotional abuse, and sexual abuse did not predict PTSD symptom severity. Physical abuse had the highest beta value (.13).

Table 12 Regression Analysis to Predict PTSD symptom severity

Predictors in set	β	t	df	F	R2
A. Dependent variable: PTSD symptom severity					
1. Control variables			6, 727	17.97***	0.13
Age	-0.14	-3.37**	727		
Education	-0.16	-4.17***	727		
Mental health	-0.19	-5.77***	727		
Marital status	0.03	0.73	727		
Employment	0.06	1.68	727		
2. Types of childhood trauma			11, 722	19.19***	0.23
Emotional abuse	0.07	1.62	722		
Physical abuse	0.13	3.16**	722		
Physical neglect	0.06	1.40	722		
Emotional neglect	0.12	2.59*	722		
Sexual abuse	0.05	1.36*	722		

*** p<.001, ** p<. 01, * p <. 05

In order to display which types of childhood interpersonal trauma is related to which independent variables, the results of the regression analyses are summarized in Table 13.

Table 13 Predictors of the Independent Variables

	Psychoform dissociation	Somatoform dissociation	DESNOS	PTSD
Physical abuse	Significant	Significant	Significant	Significant
Sexual abuse	Significant	Significant	Significant	NS
Emotional abuse	NS	Significant	Significant	NS
Physical neglect	Significant	Significant	NS	NS
Emotional neglect	NS	NS	NS	Significant

NS: Nonsignificant

CHAPTER 4

DISCUSSION

4.1 Overview of the Study

This study examined the relations among childhood interpersonal trauma, dissociation, and trauma-related symptoms. Childhood interpersonal trauma covers various types of trauma that are experienced in childhood such as abuse, neglect, assault, abduction, and bullying (D'Andrea et al., 2012); however, in this study childhood interpersonal trauma refers to childhood abuse and neglect. Five types of childhood trauma were examined which are physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, emotional neglect, and physical neglect.

Two types of dissociation were investigated; psychoform dissociation, which refers to dissociation of mental functions such as memory, consciousness, and identity and somatoform dissociation, which is the dissociation of functions of movement, sensation, and perception.

Trauma-related symptoms were examined by including two variables: posttraumatic stress symptom severity and DESNOS symptom severity. In order to assess DESNOS symptom severity, SIDES-SR was translated into Turkish and validity and reliability of the questionnaire were examined for Turkish population.

The results of this study indicated that childhood interpersonal trauma predicts trauma-related symptoms through dissociation. The results remained the same for both trauma-related symptoms. In other words, dissociation fully mediated the relation between childhood trauma and DESNOS, and childhood trauma and PTSD. The results imply the crucial role of dissociation in developing trauma-related symptoms following childhood trauma.

This study also examined prevalence rates of childhood trauma and dissociation in Turkish population. The results revealed marked rates of childhood trauma in Turkish population. The 57.9 % of all participants reported exposure to at least one type of childhood trauma. The prevalence of different trauma types were also examined. 34.9 % of participants reported being emotionally abused, 26.2 % reported being emotionally neglected, 24.7 % reported being physically neglected, 24.6 % reported having a childhood sexual abuse history, and 17.9 % reported having a childhood physical abuse history. Women reported more sexual abuse and emotional abuse than men whereas men reported more physical neglect than women. The prevalence of physical abuse and emotional neglect did not significantly differ between men and women.

Regarding psychoform dissociation, 4.6 % of the participants met the criteria of clinically significant dissociative symptomatology, 1.9 % of the participants seem to have a high probability of having a disorder with a strong dissociative component and results of % 0.8 of the participants suggest high likelihood of dissociative identity disorder (DID). Regarding somatoform dissociation, the prevalence rate was 9.5 %.

The predictors of dissociation were also investigated. Education, existence of mental health, and employment were related to psychoform dissociation whereas only education was related to somatoform dissociation.

One of the aims of this study was to examine whether certain types of childhood interpersonal trauma were related to certain types of dissociation. This study revealed that physical neglect, physical abuse, and sexual abuse are related to psychoform dissociation and that physical neglect and physical abuse are the greatest predictors of psychoform dissociation. Physical abuse, emotional abuse, physical neglect, and sexual abuse were associated with somatoform dissociation and physical neglect and physical abuse were the greatest predictors of somatoform dissociation.

This study also examined the predictors of DESNOS symptom severity and PTSD symptom severity. Age and mental health significantly predicted DESNOS symptom severity whereas age, education, and mental health were associated with PTSD symptom severity.

Regarding childhood interpersonal trauma, emotional abuse, physical abuse, and sexual abuse significantly predicted DESNOS symptom severity whereas physical abuse and emotional neglect was related to PTSD symptom severity.

4.2 Psychometric Properties of the SIDES-SR

SIDES-SR is a self-report which is used to assess the DESNOS symptom severity. One of the purposes of this study was to examine whether SIDES-SR is a valid and reliable measurement to assess the DESNOS symptom severity in Turkish population. SIDES-SR was translated into Turkish in order to examine reliability and validity of the scale in Turkish population.

Confirmatory factor analysis was conducted to examine the factor structure and construct validity of the SIDES-SR. In this study, six factors were expected to be found based on the original scale. Therefore, a six factor model of SIDES-SR Scale was hypothesized. Items were hypothesized as indicators of each factor, which are alterations in regulation of affect and impulses (Items 1-19), alterations in attention and consciousness (Items 20-24), alterations in self-perception (Items 25-30), alterations in relationships with others (Items 31-35), somatization (Items 36-40), and alterations in systems of meaning (Items 41-45).

The six-factor model was tested with LISREL and provided a reasonable fit to the data. Correlated errors were added based on the suggestion of modification indices between Item 17 ('I find myself driven to engage in sexual activities without really feeling that I had a choice') and Item 16 ('I find myself thinking about sex more than I want to'),

between Item 2 ('I find it hard to calm myself down after I become upset and have trouble getting back on track') and Item 3 ('When I feel upset, I have trouble finding ways to calm myself down'), between Item 17 ('I find myself driven to engage in sexual activities without really feeling that I had a choice') and Item 18 ('I am active sexually in ways that I know put me in danger. '), and Item 14 ('It bothers me to be touched in a sexual way') and Item 15 ('I actively avoid sex'). After adding these correlated errors, the model appeared to yield the best fit. The results indicate that SIDES is a valid and reliable measure for DESNOS. The scale yielded high internal consistency score.

Research supports construct validity of DESNOS in Western samples (Pelcovitz et al., 1997). However, de Jong et al. (2005) conducted a study to examine cross-cultural construct equivalence of DESNOS among survivors of war or mass violence in Algeria, Ethiopia, and Gaza and the results did not confirm a predefined universal diagnostic construct. de Jong and colleagues suggested reasons for getting different results in nonwestern countries. Questions related to safety were irrelevant in some cultures where not being safe was a part of everyday life; there was a tendency in these nonwestern cultures to concretize some abstract questions; the questions about guilt, responsibility and shame which are supposed to measure abstract concepts were irrelevant since these concepts refer to actual behaviors in these cultures. Questions related to sexual somatization and victimizing others also received socially desirable answers. Questions related to time created problems because of the different perspective on time. Additionally, some dissociation questions created conceptual equivalence problems since dissociative experiences were sometimes considered as spirit possession.

The measurement that is used to assess DESNOS construct is the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) and it was used to assess the construct validity of DESNOS. However, in this study, SIDES was not used since the focus was not to assess DESNOS as a diagnosis, instead, the goal of the study was to measure

DESNOS symptom severity. Therefore, SIDES-SR, which is the self report version of SIDES, was used. The questions of these two measurements are the same, therefore, applicability of the items in Turkish culture might have been susceptible because of the problems faced in the nonwestern cultures; however, this study revealed that SIDES-SR has good validity and reliability results in Turkish population.

4.3 Prevalence of Childhood Trauma

The results revealed marked rates of childhood trauma in Turkish population. The 57.9 % of all participants reported exposure to at least one type of childhood trauma. This is similar to the findings of another study conducted in Netherlands in which 57.8% reported experiencing any childhood trauma (Hovens et al., 2012). The prevalence rate of childhood trauma is higher than the findings of the study conducted in US where the rate of childhood trauma was found to be around 30% for women and 40 % for men (Scher, Forde, McQuaid & Stein, 2004). In another study with college women, 28.10 % reported sexual abuse (Kessler & Bieschke, 1999).

In the present study, there wasn't any significant difference between women and men regarding prevalence of childhood trauma This result is in line with a study conducted in China in which there wasn't any significant difference between females and males (Zhao & Zhang, 2004). However, in this study, differences have been found among childhood interpersonal trauma between genders. Women reported more sexual abuse and emotional abuse than men whereas men reported more physical neglect than women. The prevalence of physical abuse and emotional neglect did not significantly differ between men and women.

The prevalence of childhood interpersonal trauma is remarkable. The actual prevalence may even be greater. Walker, Bonner, and Kaufman (1988) argued that prevalence includes all living individuals at a certain time that are victims of abuse; therefore, the statistics of prevalence is underreported; it is not possible to know every time a child is

exposed to interpersonal trauma, which shows that the prevalence rate is much higher than it is reported.

4.4 Prevalence of Trauma Types

The prevalence of different trauma types was also examined. 17.9 % of participants reported having a childhood physical abuse history, 24.6 % reported having a childhood sexual abuse history, 34.9 % reported being emotionally abused, 24.7 % reported being physically neglected and 26.2 % reported being emotionally neglected.

In this study, the most common type of trauma was emotional abuse, followed by emotional neglect, meaning that emotional childhood trauma was more common than other types. The results are different from the study conducted with women by Akyuz and his colleagues (Akyuz, 2005), in which the most common type of childhood trauma was neglect followed by physical abuse. Scher and colleagues (2004) found that the most common trauma types were physical abuse, physical neglect, and emotional abuse. In a study conducted with Chinese population, the most common type of childhood trauma was emotional abuse, followed by physical abuse, and sexual abuse (Zhao & Zhang, 2004).

Revealing that emotional abuse was the most common type of trauma is also consistent with Briere's (1992) view that mostly physical and sexual abuse include psychological abuse. For instance, caregivers who physically abuse children blame or make critical statements to find excuses for their behavior and to imply that the child deserves a punishment (Briere, 1992).

4.5 The Prevalence of Dissociation

In this study, regarding psychoform dissociation, which was assessed by Dissociative Experiences Scale, 4.6 % of the participants met the criteria of clinically significant dissociative symptomatology. The scores of 1.9 % of the participants indicate high

probability of having a disorder with a strong dissociative component and results of % 0.8 of the participants suggest high likelihood of DID.

The prevalence of dissociation found in this study is also consistent with previous studies. In a study conducted with community sample in Puerto Rico, the prevalence of pathological dissociation was 4.9% (Martinez-Taboas, Canino, Wang, Garcia & Bravo, 2006). In a study conducted in Finland this ratio was lower, which was 3.4 % in the general population (Maaranen et al., 2005). In rural US population, the prevalence was 19.1% for depersonalization, 14.4% for derealization, and 23.4% for either dissociative experience (Aderibigbe, Bloch & Walker, 2001). In another study with college students, the prevalence of pathological psychoform dissociation was 12.9% and the prevalence of high somatoform dissociation was 4.7% (Farina, Mazzotti, Pasquini, Nijenhuis & di Giannantonio, 2011).

Regarding somatoform dissociation, which was measured by Somatoform Dissociation Questionnaire, the prevalence rate was 9.5 % and it is very similar to the results of another study conducted with Finnish general population, in which the prevalence of somatoform dissociation was 9.4% (Maaranen et al., 2005).

4.6 Model Test

The full mediation model in which childhood interpersonal trauma predicts dissociation, which in turn predicts PTSD symptom severity and DESNOS symptom severity, was significant. This result indicates that the relation between childhood trauma and PTSD symptom severity and the relation between childhood trauma and DESNOS symptom severity is significant through dissociation. This supports the idea that dissociation is a crucial factor that leads to trauma related symptoms following childhood interpersonal trauma.

4.6.1 The mediator role of dissociation

In this study, dissociation was a mediator in the relation between childhood trauma and trauma related symptoms. In other words, childhood trauma predicted both trauma related symptoms, PTSD symptom severity and DESNOS symptom severity through dissociation.

Regarding the relations among childhood interpersonal trauma, dissociation, and PTSD, it was found that childhood sexual abuse is associated with dissociative symptoms in adulthood and is triggered in the context of PTSD (Kamen, Bergstrom, Koopman, Lee & Gore-Felton, 2012).

Dissociation has been a focus of interest in studies that examine psychological disturbances as consequences of childhood trauma. It was found that dissociation was a mediator between childhood emotional abuse and impairment of quality of life (Evren et al., 2010). Perona-Garcelan and colleagues (2012) found that dissociation mediated the relation between childhood trauma and hallucinations.

There are some studies that are contradictory with these findings indicating that dissociation is not a mediator between childhood trauma and psychological disturbances. Kessler & Bieschke (1999) found that dissociation did not mediate the relation between childhood sexual abuse and adult victimization. It was also found that dissociation was not a mediator between emotional abuse and depression and the mediator role of dissociation was not found between childhood trauma and bulimic symptomatology as well (Gerke, Mazzeo, Kliwer, 2006).

Although there is not much research on the effects of dissociation as a mediator between childhood trauma and DESNOS specifically, the psychological disturbances that are examined in some studies include subcategories of DESNOS. A study conducted with Puerto Rican nonclinical sample revealed the mediator role of

dissociation between childhood abuse and anxious arousal and dysfunctional sexual behavior; dissociation partially mediated the relation between childhood trauma and other trauma related symptoms such as intrusive symptoms, anger irritability, and impaired self-reference which also refer to symptoms of PTSD or DESNOS (Gutierrez, Cosden, & Bernal, 2011). Sar and his colleagues (2009) found that dissociation mediated the relation between childhood trauma and borderline personality disorder, which shares the common symptoms with DESNOS.

4.6.2 Childhood trauma and Dissociation

The results of this study indicate a significant relation between childhood trauma and dissociation. This result is in line with the theories of trauma which argues that trauma and dissociation co-occur. Howell (2005) stated that children use dissociation in order to maintain their relationship with caregivers who are the source of danger, fear or neglect. Dissociation is used as a defensive adaptation to maintain this relationship (Howell, 2005; Herman, 1992a). Howell (2007) also considered dissociation as the center of psychopathology and proposed that the trauma/dissociation paradigm can explain all psychopathology with environmental origin and problems.

Research also shows that important amount of childhood interpersonal trauma experience can be forgotten, which implies repression or dissociation. Studies has found that a substantial number of adults with childhood sexual or physical abuse history had forgotten some or all of the abuse of a period of time (Elliott & Briere, 1995; Feldman-Summers & Pope, 1994; Westerhof, Woertman, van der Hart & Nijenhuis, 2000).

By revealing the association between childhood trauma and dissociation, this study also contributes to the debates between two models of dissociation, which are trauma model and fantasy model of dissociation. Fantasy model of dissociation proposes that pathological dissociation is not a response to traumatic stress; dissociation leads to fantasy and therefore leads to inaccurate memories of trauma (Giesbrecht, Lynn,

Lilienfeld & Merckelbach, 2008). Some researchers of fantasy model of dissociation argue that even though child abuse is a predictor of dissociation, fantasy-proneness also exists in the etiology of dissociative disorders (Pekala, Angelini & Kumar, 2001). However, research supports the trauma model of dissociation, which suggests that dissociation is a response to traumatic stress (Bremner, 2010). Trauma was found to be associated with dissociation and also dissociation was still related to trauma history even when fantasy proneness was controlled (Dalenberg, 2012). Additionally, it was found that low fantasy prone control group simulated the dissociative identity disorder (DID) patients' performances better than high fantasy prone control group, which contradicts the view that fantasy proneness is an important factor of DID (Reinders, Willemsen, Vos, den Boer & Nijenhuis, 2012).

4.6.3 Dissociation and PTSD Symptom Severity

The results of the study indicate that dissociation significantly predicts PTSD symptom severity. These results are in line with previous studies supporting the view that dissociative symptoms are important component of PTSD symptoms (Briere et al., 2005; Halligan et al., 2003). In a study conducted in France, somatoform dissociation was associated with current or past PTSD (El-Hage et al., 2002). Another study conducted in Portugal also found a relation between somatoform dissociation and PTSD (Santo & Luis, 2007). Najavits and Walsh (2012) found that dissociation is associated with PTSD symptoms.

4.6.4 Dissociation and DESNOS Symptom Severity

The results also indicate that dissociation is significantly related to DESNOS symptom severity. These results are consistent with the findings of the study conducted by Dorahy and colleagues (2012) in which high level of dissociation was found to be related to higher complex PTSD (DESNOS) symptom severity. Chu (2010) suggested that dissociation has a protective function for individuals with DESNOS.

van der Hart and colleagues (2005) concluded that the relation between dissociation and DESNOS has not been recognized much since there is an assumption that dissociation is only as a small part of DESNOS. Another reason is the confusion related to dissociation in the trauma field (van der Hart et al., 2005).

4.6.5 Childhood Trauma Types and Dissociation

This study indicated that certain types of childhood interpersonal trauma are associated with certain types of dissociation. In this study, two scales were used to measure dissociation. DES mostly focuses on cognitive dissociation and assesses psychoform dissociation, and SDQ focuses on body-related dissociation and measures somatoform dissociation. Regarding demographic variables, education, existence of mental health, and employment were related to psychoform dissociation whereas only education was related to somatoform dissociation. In another study on somatoform dissociation, it was found that employment, working ability, and financial situation were related to high somatoform dissociation (Maaranen et al., 2005).

This study revealed that physical neglect, physical abuse, and sexual abuse were related to psychoform dissociation whereas emotional abuse and emotional neglect did not predict psychoform dissociation. Physical neglect and physical abuse were the greatest predictors of psychoform dissociation.

The results of this study indicate that psychoform dissociation is related to childhood interpersonal trauma where the trauma is related to body either through abuse of the body or needs that are not met related to the body. Childhood trauma with emotional nature does not seem to be related to psychoform dissociation.

The findings of previous studies have contradictory results on the relation between types of childhood trauma and dissociation. It was found that emotional abuse was the only trauma type that was related to dissociation (Sar, Islam & Ozturk, 2009) and in

another study sexual abuse was associated with dissociation (Roesler & McKenzie, 1994); however in Watson and colleagues' study (2006) emotional abuse, physical abuse, and emotional neglect were related to dissociation and sexual abuse was not associated with dissociation. Martinez-Taboas and colleagues (2006) found that dissociation was related to severe physical abuse and exposure to violence. Najavits and Walsh (2012) found that dissociation is related to childhood emotional abuse and physical neglect. Wolf and colleagues (2012) found that dissociative participants had more childhood sexual abuse history than participants with low PTSD and high PTSD.

Regarding somatoform dissociation, physical abuse, emotional abuse, physical neglect, and sexual abuse were associated with somatoform dissociation; however, emotional neglect did not predict somatoform dissociation. Physical neglect and physical abuse were the greatest predictors of somatoform dissociation. These results were in line with a previous studies in which it was found that childhood trauma was related to both psychoform dissociation and somatoform dissociation (Nelson et al., 2012) and specifically, sexual abuse and physical abuse were associated with somatoform dissociation (Maaranen and colleagues, 2004). In previous studies, childhood sexual abuse and neglect were found to be related to dissociative symptoms (Carlson et al., 2001; Mercado et al., 2008).

Since somatoform dissociation is body-related dissociation, it is reasonable to expect that physical neglect and physical abuse, which refer to damages to child's body either by neglecting it or abusing it, would be greatest predictors of somatoform dissociation.

The findings of the study also reveals that emotional abuse predicts somatoform dissociation but it doesn't predict psychoform dissociation. This result supports the view that emotions are recorded in the body (van der Kolk, 1994). The emotional abuse that is experiences in the childhood is recorded in the body; therefore, it is reasonable to expect that an individual, who was emotionally abused during childhood, would have a

tendency to use somatoform dissociation to cope with an emotional abuse which is recorded in the body.

The results of this study are also in line with a previous study conducted by Nijenhuis and colleagues (2004), in which it was found that among a wide range of trauma types, bodily threat from a person best predicted somatoform dissociation. For emotional neglect and emotional abuse to associate with somatoform dissociation, there should be bodily threat (Nijenhuis et al., 2004).

4.6.6 The Predictors of PTSD Symptom Severity

Among demographic variables, age, education, and mental health were associated with PTSD symptom severity. In a study with Holocaust survivors, both PTSD and dissociative symptoms were related to age; the dissociative symptoms and PTSD symptoms of the survivors decreased over time (Labinsky, Blair & Yehuda, 2006).

This study also revealed that physical abuse and emotional neglect is related to PTSD symptom severity whereas emotional abuse, physical neglect, and sexual abuse did not predict PTSD symptom severity significantly. Physical abuse was the highest predictor of PTSD symptom severity. This result is contradictory with the study, in which it was found that emotional abuse and sexual abuse in childhood was related to posttraumatic stress disorder (Huang, Schwandt, Ramchandi, George, & Heilig, 2012).

It has been also well documented that childhood trauma leads to PTSD (Gillespie et al., 2009; Huang et al., 2012). van Voorhees and colleagues (2012) found that childhood trauma was associated with PTSD even when the combat exposure was controlled. It was also found that childhood trauma was associated with PTSD severity in studies conducted with various groups such as police officers (Kulkarni, Pole, & Timko, 2013), and Holocaust survivors (Yehuda, Halligan & Grossman, 2001).

The results of this study also indicates that physical abuse is one of the predictors of PTSD and this result is contradictory to Briere's view that survivors who are terrorized but were not physically injured are likely to exhibit PTSD symptoms (Briere, 1992).

4.6.7 The Predictors of DESNOS Symptom Severity

This study revealed that among demographic variables, age, gender, and mental health significantly predicted DESNOS symptom severity. Emotional abuse, physical abuse, and sexual abuse significantly predicted DESNOS symptom severity whereas emotional neglect and physical neglect did not predict DESNOS symptom severity. Emotional abuse was the greatest predictor of DESNOS symptom severity among types of childhood interpersonal trauma.

Studies reveal that different types of trauma experienced in childhood is related to psychological disturbances in adulthood. Emotional abuse was the best and strongest predictor of trauma symptoms in adulthood, including anxiety, depression, defensive avoidance, as well as internal confusion and emptiness (Shi, 2013). It was found that severe to extreme levels of sexual abuse, physical abuse and emotional abuse were predictors of suicide attempts whereas severe levels of physical and emotional neglect did not significantly predict suicide attempts (Marshall, Galea, Wood & Kerr, 2013). Emotional neglect, psychological and physical abuse, but not sexual abuse, were found to be associated with persistence of both depressive and comorbid anxiety and depressive disorder (Hovens et al., 2012).

Kulkarni and colleagues' (2013) study supports that emotion dysregulation, which is one of the domains of DESNOS, was related to childhood trauma but not adult trauma. Emotion regulation was found to be associated with emotional abuse specifically among childhood trauma, even after controlling physical abuse and sexual abuse and also compared to physical abuse and sexual abuse, emotional abuse was more likely to affect emotion regulation (Burns et al., 2010). It was also found that emotional abuse is

related to poor relationship adjustment and disrupts the attachment system (Riggs, Cusimano & Benson, 2011).

Research supports the relation between interpersonal trauma and DESNOS. It was found that single-incident interpersonal trauma was related to DESNOS symptom severity whereas noninterpersonal trauma was related to PTSD (Ford, Stockton, Kaltman & Green, 2006). It was found that patients with complex PTSD had more childhood trauma history than patients without complex PTSD but physical abuse was the only childhood trauma that was significantly higher in patients with complex PTSD (Spitzer et al., 2006). Childhood trauma was found to be more related to chronic PTSD than trauma in adulthood (Zlotnick et al., 1999).

Research has shown that there is a strong relation between early childhood trauma and DESNOS (Ford, 2008; Ford & Kidd, 1998). It was found that participants with comorbid borderline disorder and somatoform disorder and participants with borderline personality disorder had higher levels of DESNOS than those with somatoform disorder and psychiatric control group (van Dijke et al., 2012) which can be explained by the idea that borderline personality disorder is a childhood trauma basis disorder (Herman, Perry & van der Kolk, 1989). In a study conducted with complex trauma victims, childhood emotional and physical neglect were associated with posttraumatic hostility and history of self-harm and alterations in self-perception, which is a subdomain of DESNOS, was mediator in these relationships (Dyer et al., 2009). It was found that there wasn't a specific type of trauma related to PTSD, however sexual trauma was strongly associated with DESNOS (Ford & Smith, 2008).

The results indicate that childhood abuse is related to PTSD and DESNOS symptom severity; however, emotional abuse was only related to DESNOS symptom severity. This finding supports that the consequences of emotional abuse can only be assessed when DESNOS severity is also taken into consideration.

4.7 Limitations and Strengths of the Study

There are a number of limitations in this study. Self-report methodology was used to assess the childhood interpersonal trauma which limits the information gathered from participants. Additionally, the study has a cross-sectional design. Another limitation is that the numbers of female and male participants were not proportionate; the number of female participants is much more than male participants.

Another limitation is that the data was collected only from the two big cities of Turkey. Considering de Jong and colleagues' (2005) study which examined cross cultural construct validity of DESNOS, the similar concerns may be an issue for the rural parts of Turkey which share some cultural characteristics with nonwestern cultures that are studied. The problems may arise related to safety since in some regions of Turkey not being safe has become part of daily life. Questions related to guilt, responsibility and shame, which are supposed to measure abstract concepts, may also be irrelevant as it may also refer to actual behaviors like the other nonwestern countries. Questions related to sexual somatization and victimizing others may also receive social desirable answers. Additionally, some dissociation questions may create similar conceptual equivalence problem since dissociative experiences are also considered as spirit possession or possession of spiritual entities in rural parts of Turkey.

On the other hand, the present study has many strengths. This study was conducted with a substantial number of participants and protected participant anonymity. Data was gathered from participants with various demographic characteristics.

This study contributes to the trauma literature by examining a highly debatable phenomena such as dissociation. The findings also contribute to the discussions around treatment options for individuals with dissociative symptoms and other trauma related symptoms.

Another strength of the study is its contribution to the research on interpersonal trauma which faces periods of ignorance in the psychology/psychiatry field (Herman, 1992b; van der Kolk et al., 1996). According to Herman (1992b), one reason of the ignorance is recognizing that interpersonal trauma means acknowledging victim's trauma and this can be challenging for the bystanders. For those who witness, it is easy to sympathize with the victim in natural disasters; however, bystanders experience a conflict about whom to sympathize with in interpersonal trauma. It is easier to sympathize with the perpetrator since it doesn't require bystander to do anything whereas taking victim's side means sharing and remembering the pain and taking action. One consequence of this tendency to sympathize with the perpetrator is to consider victim's personality characteristics as the reason of perpetrators' crime. Therefore, the symptoms of trauma may be considered as symptoms of personality disorders which would be misdiagnosis (Herman, 1992b). Lemelson, Kirmayer and Barad (2008), concluded that although remembering and forgetting events is a function of memory systems that records trauma on body and brain, it is also a result of social and political processes whose purpose is to regulate public and private memories. Although the focus of psychotherapy is individual, clinicians' work is a part of social and political contexts and their work also has social and political consequences (Yadin & Foa, 2008).

4.8 Implications for the Future Research

In this study, only self-report measures were used. Future studies may also use other ways of measurement in addition to self-report measures. The results of this study should be replicated with samples which have proportionate ratios of each gender.

Future research may also include data from rural parts of Turkey where dissociation may refer to possession of spiritual entities as it was found in different cultures (de Jong et al., 2005; Somer, 2005). Somer (2005) discussed the role of dissociation in indigenous Middle Eastern culture where family needs and social convention are more important than individual needs. In this culture, only positive feelings are expressed to

the parents. Because of the social values, the needs of the individual “is in conflict with will of the family”, the individual needs to make a choice between complying with the will of the family to be supported and to get their needs met by the family. With this choice, the individual ignores the needs related to self actualization and needs to repress aggressive feelings toward the family. In order to manage the conflict between his/her own needs and will of the family, the individual uses dissociation and repression. If the individual places his/her own needs over the will of family, he/she would face withdrawal of family support. Although this prevents repression and dissociation at some level, the conflict between the person and the society increases. Therefore, the individual chooses between internal or external conflict by making a choice. Since the individual internalizes social values, it is difficult to oppose the family. Repression and dissociation is manifested in two socially accepted coping strategies which are hiding true feelings and opinions and expressing or behaving in a way to please others in order to avoid punishment or rejection and criticizing others when they are not there or doing forbidden behaviors secretly from society. This helps them separate these behaviors from themselves when they are a part of the society. Somer (as cited in Somer, 2005) concluded that these conflicts are even stronger for women where they have to live with oppression and not much control in their lives and are harshly punished when they oppose. Therefore they dissociate or somatize their distress. As Bilu (Somer, 2005) suggested, traditionally, dissociation and somatization is expressed in “non-me” experiences which are considered as acts of jinns, spirits or the acts of god . In a study conducted in Uganda, individuals with spirit possession had more psychoform and somatoform dissociative symptoms (van Duijl, Nijenhuis, Komproe, Gernaat & De Jong, 2010).

4.8 Clinical Implications

By revealing the relation between childhood interpersonal trauma and trauma-related symptoms in adulthood, this study contributes to the recognition of the consequences of childhood interpersonal trauma in clinical settings. It is crucial for therapists to

recognize the symptoms that survivors of childhood interpersonal trauma exhibit as consequences of childhood trauma. According to Herman (1992b), when the impact of prolonged exposure to trauma is not known, reactions of trauma survivors are considered as their character problem and are criticized harshly. They may also be misdiagnosed as personality disorders.

Since childhood interpersonal trauma leads to overwhelming feelings and thoughts in adulthood, recognition of childhood trauma helps clinicians be aware that many problems clients experience as coping strategies to avoid these feelings and thoughts. Briere (1992) suggested that survivors of childhood trauma tend to use coping responses, such as excessive alcohol consumption, substance use, self-mutilation, compulsive sexual activity, bulimia and suicidality, to avoid the feelings and thoughts related to the trauma they had experienced as children. These coping responses are usually found unconsciously and functions well so that clients and their therapists may fail to realize that these coping responses are related to trauma. The survivor of childhood trauma may also choose these coping responses since dealing with it may be easier than experiencing consequences of trauma. Not considering childhood interpersonal trauma as one of the factors that leads to psychological disturbances in adulthood would prevent clinicians to view these problems as coping strategies, which are used to avoid the feelings and thoughts related to childhood interpersonal trauma, and this would mislead clinicians while developing their treatment plan for these clients.

This study contributes to the trauma literature by revealing that childhood interpersonal trauma not only predicts PTSD symptom severity, it also predicts DESNOS symptom severity. This finding has clinical implications as well. Without a diagnostic construct for the symptoms that survivors of prolonged trauma experience, reaching to a complete picture of the survivors of prolonged trauma is difficult. Additionally, the survivors of

prolonged trauma get diagnosed for each symptom they have. This leads to a fragmented approach in their treatment as well (Herman, 1992b).

Using a diagnostic construct specific to prolonged interpersonal trauma is also important in order to apply the most effective treatment for the survivors of prolonged interpersonal trauma. According to van der Kolk (2005), there are important differences between DESSOS and PTSD in terms of treatment implications. PTSD focuses on the “memory imprint of particular experiences” where the focus is the impact of specific past events and the processing of traumatic memories. However, clients who have history of childhood trauma suffer from DESSOS symptoms such as loss of emotions regulation, dissociation and interpersonal problems and these symptoms cause more functional impairment than PTSD symptoms, therefore needs to be treated first.

Yadin and Foa (2008) stated that successful psychotherapy for trauma survivors in all therapy approaches share a common feature which is providing a safe environment for the trauma survivors where they can tell their story in order to make a sense out of it, with an existence of someone who can bear witnessing and this leads the traumatic memory to “move and transform”. However, the method that is used to help them tell their traumatic stories vary among different therapy approaches and choosing the right approach is crucial for survivors of prolonged childhood interpersonal trauma, who experience difficulty putting their experiences into words.

The empirically validated PTSD treatments has not been found to be an effective treatment for survivors of chronic interpersonal trauma in which the focus is on processing of traumatic memories. Instead, the focus of work should be related to client’s safety, affect regulation, coping, self-management skills, and the therapeutic relationship for the survivors of interpersonal trauma (van de Kolk & Courtois, 2005). Kinzie (as cited in Yadin & Foa, 2008) views exposure therapy as “naive, unrealistic

and even inhumane” for the survivors of severe trauma. He suggested that this model is based on the idea that talking about distress and confronting the feelings and thoughts directly will make the survivors of trauma overcome these problems is a Western cultural assumption.

Another clinical implication of the results is the crucial role of dissociation in the trauma-related symptoms following childhood interpersonal trauma. Regarding the treatment of dissociation, Brand and colleagues (2013) found that clients with dissociative disorders benefit from psychotherapy and experience improvements in symptoms and adaptive functioning and also a decrease in need for hospitalization can be obtained through psychotherapy. However, treatments that are effective for PTSD symptoms may not be effective when the client has dissociative symptoms, which is often the case for childhood interpersonal trauma survivors as the present study also suggests. Lanius and colleagues (2010) argued that exposure treatment may not be a good option for clients who are dissociative since dissociative symptoms may increase PTSD symptoms and also increase symptoms such as emotion dysregulation, and overall distress and functional impairment. Brewin (2005) also concluded that in exposure therapy, when arousal level gets so high, the client dissociates and becomes absorbed in the traumatic memory. This leads to impairment in frontal and hippocampal activity again and the client experiences the trauma again before being able to transfer information from “image-based to verbal memory”. Chu (2010) proposed that dissociation may have a protective function for the survivors of childhood interpersonal trauma. Therefore, not taking this protective function of dissociation into consideration in therapy may overwhelm the client who would relive the trauma and experience once again that he/she cannot tolerate the experience. Therefore, it is important to apply a phase-oriented treatment to the clients with dissociative symptoms which helps the client build skills to better function in various areas before processing the traumatic event.

Considering the crucial role of dissociation in the relation between childhood interpersonal trauma and trauma-related symptoms also help clinicians decide which symptoms should be worked on first in treatment. Putnam (1997) suggested that depression, anxiety, somatization, and low self-esteem are secondary symptoms of dissociation. Instead of focusing on these secondary symptoms, the underlying primary dissociative symptoms, which refer to amnesias and memory symptoms such as time loss, blackouts, and amnesias, fugue episodes, perplexing fluctuations in skills, habits, and knowledge, fragmentary autobiographical recall, difficulty in determining the source of recalled information, difficulty in determining whether remembered experiences actually occurred, and dissociative flashbacks and dissociative process symptoms such as depersonalization, derealization, passive influence/interference experiences, dissociative auditory hallucinations, trance-like states, alter personality states, switching behaviors, and dissociative thought disorder, and associated symptoms such as avoidance, intrusive thoughts, physiological reactivity, hyperarousal, flattened affect, and detachment should be addressed in treatment. Additionally, he argued that focusing on tertiary symptoms which are substance abuse, suicidal and self-destructive behaviors, and promiscuity and other sexualized behaviors is not effective until the primary, associated posttraumatic symptoms, and secondary symptoms are worked on.

The results of this present study contribute to the literature of dissociation, childhood interpersonal trauma, and its consequences which have been highly debatable issues. Studies on these phenomena are crucial not only for its contribution to the research but also its impact on clinical practice and the treatment of the survivors of childhood interpersonal trauma specifically.

REFERENCES

- Aderibigbe, Y. A., Bloch, R. M., & Walker, W. R. (2001). Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*(2), 63-69.
- American Psychiatric Association (2013). *Posttraumatic stress disorder*. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, *103*, 411-423.
- Bernardi, R. (1998). Attachment representations in adult years: Implications for psychoanalysis: Chaired by Robert Emde, Denver. *International Journal of Psycho-Analysis*, *79*, 798-801.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., et al. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, *151*(8), 1132-1136.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*(12), 727-735.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., et al. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative

disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 301-308.

Bremner, J. D. (2010). Cognitive processes in dissociation: Comment on Giesbrecht et al. (2008). *Psychological Bulletin*, 136(1).

Brewin, C. R. (2005). *Implications for psychological intervention*. In *Neuropsychology of PTSD*. New York, NY: The Guilford Press.

Briere, J. (1992). *Child abuse trauma*. Newbury Park, California: Sage Publications Ltd.

Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412.

Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223-226.

Briere, J., Weathers, F. W., & Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the multiscale dissociation inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 221-231.

Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 801-819.

Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS*. Psychology Press.

- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 479-489.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., Armstrong, J., Daniels, J. W., Loewenstein, R., & Roth, D. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *J Trauma Stress*, 14(3), 549-567.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., et al. (1993). Validity of the dissociative experiences scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030-1036.
- Chu, J. A. (2010). Posttraumatic stress disorder: Beyond DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 167, 615-617.
- Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 174-184.
- Çorapçioğlu, A., Yargıç, İ., Geyran, P., & Kocabaşoğlu, N. (2006). Olayların etkisi ölçeği (IES-R) Türkçe versiyonunun gecerlilik ve güvenilirliği. *New Symposium Journal*, 44(1), 14-22.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a

developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.

Dalenberg, C. J. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550-588.

Dorahy, M. J., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, F. W. (2012). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72-79.

Dyer, K. F. W., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., et al. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1099-1114.

El-Hage, W., Darves-Bornoz, J. M., Allilaire, J. F., & Gaillard, P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 59-74.

Elliott, D. M., & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 629-647.

Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., Evren, B., et al. (2010). Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: Impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Research*, 186(1), 85-90.

Farina, B., Mazzotti, E., Pasquini, P., Nijenhuis, E., & di Giannantonio, M. (2011). Somatoform and psychoform dissociation among students. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 665-672.

- Feldman-Summers, S., & Pope, K. S. (1994). The experience of `forgetting` child abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 626-639.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., et al (1997) The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.
- Ford, J. D. (2008). Ethnoracial minority background, psychological trauma, PTSD and DESNOS among urban low-income women with severe mental illness. *Journal of Psychological Trauma, 7*(3), 170-184.
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 743-761.
- Ford, J. D., & Smith, S. F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research and Theory, 16*(2), 193-203.
- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(11), 18.
- Ford, J. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 3-12.

- Gerke, C. K., Mazzeo, S. E., & Kliewer, W. (2006). The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 30(20), 1161-1172.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617-647.
- Gillespie, C. F., Bradley, B., Mercer, K., Smith, A. K., Connely, K., Gape, M., et al. (2009). Trauma exposure and stress-related disorders in inner city primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 505-514.
- Giovannoni, J. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gleaves, D. H., & Hernandez, E. (1999). Recent reformulations of Freud's development and abandonment of his seduction theory: Historical/scientific clarification or a continued assault on truth. *History of Psychology*, 2(2), 324-354.
- Gutierrez, W., Cosden, M., & Bernal, G. (2011). Dissociation as a mediator of posttraumatic symptoms in a Puerto Rican university sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 358-374.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 419-431.

- Harvey, J. H., & Pauwels, B. G. (2000). *Post-Traumatic stress theory: Research and application*. Ann Harbor, MI: Sheridan Books.
- Haven, T. (2009). 'That part of the body is just gone': Understanding and responding to dissociation and physical health. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 204-218.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychanalytic Psychology*, 4(1), 1-14.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. R., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198-207.
- Howell (2005). *The dissociative mind*. New York, NY: Taylor & Francis Group, LLC.

- Howell (2007). Inside and outside: 'Trauma/dissociation/relationality' as a framework for understanding psychic structure and problems in living. *Psychoanalytic Perspectives*, 5, 47-67.
- Huang, M. C., Schwandt, M. L., Ramchandi, V. A., George, D. T., & Heilig, M. (2012). Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(6), 598-606.
- Iwaniec, D. (1997). An overview of emotional maltreatment and failure-to-thrive. *Child Abuse Review*, 6, 370-388.
- de Jong, J., Komproe, I., Spinazzola, J., van der Kolk, B., & van Ommeren, M. (2005). DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 13-21.
- Jongedijk, R. A., Carlier, I. V. E., Schreuder, B. J. N., & Gersons, B. P. R. (1996). Complex posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of PTSD and DESNOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 577-586.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1993). *LISREL 8* [computer software]. Chicago, IL: Scientific Software International, Inc.
- Joseph, S., William, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.

- Kamen, C., Bergstrom, J., Koopman, C., Lee, S., & Gore-Felton, C. (2012). Relationships among childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and dissociation in men living with HIV/AIDS. *Journal of Trauma & Dissociation*, *13*, 102-114.
- Keane, T. M., Weathers, F. W., & Foa, E. B. (2000). *Diagnosis and assessment*. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD*. New York, NY: The Guilford Press.
- Kessler, B. L., & Bieschke, K. J. (1999). A retrospective analysis of shame, dissociation, and adult victimization in survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, *46*(3), 335-341.
- Kulkarni, M., Pole, N., & Timko, C. (2013). Childhood victimization, negative mood regulation, and adult PTSD severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(4).
- Labinsky, E., Blair, W., & Yehuda, R. (2006). Longitudinal assessment of dissociation in holocaust survivors with and without PTSD and nonexposed aged Jewish adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071*(1), 459-462.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, D., et al. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 640-647.
- Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part 1: Development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, *42*(1), 13-20.

- Lemelson, R., Kirmayer, L. J., & Barad, M. (2008). *Trauma in context: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma*. Cambridge University Press: New York.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2001). Lesson 25: Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21*(25), 373-392.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamaki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 387-394.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-Term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin, 114*(1), 68.
- Marmar, C. R., McCaslin, S., Metzler, T., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 1-18.
- Marshall, B. L., Galea, S., Wood, E., & Kerr, T. (2013). Longitudinal associations between types of childhood trauma and suicidal behavior among substance users: A cohort study. *American Journal of Public Health, 103*(9), 69-75.
- Martinez-Taboas, A., Canino, G., Wang, M. Q., Garcia, P., & Bravo, M. (2006). Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 439-448.

- Mayer, E. A. (2008). *Somatic manifestations of traumatic stress*. In understanding trauma. New York, NY: Cambridge University Press.
- Mercado, R., Martinez-Taboas, A., & Pedrosa, O. (2008). Childhood sexual abuse, eating disturbance and dissociation: A study in Puerto Rico. *Journal of Psychological Trauma, 7*(4), 298-309.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond*. New York: Basic Books.
- The National Child Traumatic Stress Network (NTCSN). (2000). *Complex Trauma*. Retrieved from <http://www.nctsn.org/trauma-types/complex-trauma>
- Najavits, L. M., & Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse: An empirical study. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*(1), 115-126.
- Nelson, S., Baldwin, N., & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*, 211-220.
- Nemic-Moro, I., Franciskovic, T., Britvic, D., Klaric, M., & Zecevic, I. (2011). Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: Case-Control study. *Croatian Medical Journal, 52*(4), 505-512.
- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*, 416-445.

- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defense-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 678-686.
- Pekala, R. J., Angelini, F., & Kumar, V. K. (2001). The importance of fantasy-proneness in dissociation: A replication. *Contemporary Hypnosis*, 18(4), 204-214.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16.
- Perona-Garcelan, S., Carrascoso-Lopez, F., Garcia-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Lopez Jimenez, A. M., Vallina-Fernandez, O., et al. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 323-329.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and `use-dependent` development of the brain: How `states` become `traits`. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Perry, Roy, & Simon (2004). Gross overall psychological trauma in relationship to axes I and II and overall functioning. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12(2), 252-278.
- Piers, C. (1996). A return to the source: Rereading Freud in the midst of contemporary trauma theory. *Psychotherapy*, 33(4), 539.

- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Quinodoz, J. M. (2004). *Reading Freud*. London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Reinders, A. A. T., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *Plos One*, 7(6): e39279.
- Riggs, S. A., Cusimano, A. M., & Benson, K. M. (2011). Childhood emotional abuse and attachment processes in the dyadic adjustment of dating couples. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 126-138.
- Roesler, T. A., & McKenzie, N. (1994). Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 145-150.
- Santo, H. M. A. E., & Luis, J. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: Exploring the differences through the somatoform dissociation questionnaire. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 29(4), 354-358.
- Sar, V., Islam, S., & Ozturk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 63(5), 670-677.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2000). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 67-80.

- Sar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Bakım, B., Yargıç, L. İ., & Tutkun, H. (1997). *Dissosiyatif yaşantılar ölçeğinin (DES-II) geçerlik ve güvenilirliği*. In 33. Ulusal psikiyatri kongresi.
- Sar, V., Ozturk, E., & İkikardes, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of childhood trauma questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 167-180.
- Shi, L. (2013). Childhood abuse and neglect in an outpatient clinical sample: Prevalence and impact. *The American Journal of Family Therapy*, 41, 198-211.
- Siegel, D. J. (2003). *Healing trauma*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Somer, E. (2005). Advances in dissociation research and practice in Israel. *Journal of Trauma Practice*, 4(1/2), 157-178.
- Spitzer, C., Barnow, S., Armbruster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline personality organization and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(3), 210-221.
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., et al. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302-312.

- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect, 29*, 19-29.
- Tabachnick, B. A., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics (3 ed.)*. New York: Harper Collins.
- Tanner, K., & Turney, D. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child and Family Social Work, 8*, 25-34.
- Teicher, M., Anderson, S., & Polcari, A. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 25*, 397-426.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- Terr, L. C. (1994). *Unchained memories: True stories of traumatic experiences, lost and found*. New York, NY: Basic Books.
- Tutte (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *International Journal of Psycho-Analysis, 85*(4), 897-921.
- Tyler, S., Allison, K., & Winsler, A. (2006). Child neglect: Developmental consequences, intervention, and policy implications. *Child & Youth Care Forum, 35*(1), 1-20.
- van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress, 2*(4), 397-412.

- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 413-423.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-Enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America, 12*(2), 389-411.
- van der Kolk (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry, 1*(5), 253-265.
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 12*, 293-317.
- van der Kolk, B., & Courtois, C. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 385-388.
- van der Kolk, B. A., & Fislser, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 505-525.
- van der Kolk, B. A., & Yehuda, R. (2002). *The assessment and treatment of complex PTSD*. In treating trauma survivors with PTSD. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

- van der Kolk, B. A., Hopper, J. W., & Osterman, J. E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 4*, 9-31.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry, 153*, 83-93.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399.
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., van Son, M., van der Heijden, P., & Buhning, M. (2012). Complex posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder and somatoform disorders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 42*(2), 162-168.
- van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E., & De Jong, J. T. (2010). Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. *Culture, Medicine & Psychiatry, 34*(2), 380-400.

- van Voorhees, E. E., Dedert, E. A., Calhoun, P. S., Brancu, M., Runnals, J., & Beckham, J. C. (2012). Childhood trauma exposure in Iraq and Afghanistan war era veterans: Implications for posttraumatic stress disorder symptoms and adult functional social support. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 36(5), 423-432.
- Veltkamp, L. J., & Miller, T. W. (1994). *Clinical handbook of child abuse and neglect*. Madison, CI: International Universities Press, Inc.
- Walker, C. E., Bonner, B. L., & Kaufman, K. L. (1988). *The physically and sexually abused child*. New York, NY: Pergamon Press.
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 478-481.
- Weaver (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075.
- Wekerle, C. M., Miller, A. L., Wolfe, D. A., & Spindel, C. B. (2006). *Childhood maltreatment*. In *Childhood maltreatment*. Ashla Hogrefe & Huber.
- Westerhof, Y., Woertman, L., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2000). Forgetting child abuse: Feldman-Summers and pope's (1994) study replicated among Dutch psychologists. *New Reference*, 7, 220-229.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., et al. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression

and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 35(8), 647-654.

World Health Organization. (2010). *Child Maltreatment*. Retrieved from http://www.who.int/topics/child_abuse/en/ .

Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 698-705.

Yadin, E., & Foa, E. B. (2008). *Cognitive behavioral treatments for posttraumatic stress disorder*. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma*. New York, NY: Cambridge University Press.

Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, (3), 733-753.

Zhao, X. F., & Zhang, Y. L. (2004). Childhood abuse: An investigation of 435 middle school students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 4.

Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M. T., Allsworth, J., Pearlstein, T., & Keller, M. B. (1999). Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 89-100.

Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 19

APPENDIX A

Bu çalışma Prof. Dr. Faruk Gençöz danışmanlığında ODTÜ Klinik Psikoloji Bölümünde doktora tezi yapan Hivren Özkol tarafından gerçekleştirilmektedir. Çalışmanın amacı çocukluk çağında yaşanan travmalar, disosiyasyon (kopuşma) ve bunların yetişkinlikteki psikolojik etkilerinin incelenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Yanıtlarınız gizli tutulacak ve elde edilecek bilgiler doktora tezinde ve bilimsel yayın olarak kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için ODTÜ Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Faruk Gençöz (e-posta: fgencoz@metu.edu.tr) ya da Hivren Özkol (e-posta: hivrenozkol@yahoo.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni Durumunuz?

1) Bekar 2) Nişanlı/Sözlü 3) Evli 4) Dul 5) Boşanmış
6) Birlikte Yaşıyor

4. Eğitim durumunuz nedir? (Son aldığınız diplomaya göre belirtiniz)

1) Okur-yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul
4) Lise
5) Yüksekokul 6) Üniversite 7) Yüksek Lisans
8) Doktora

5. Para karşılığı bir işte çalışıyor musunuz?

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum 3) Öğrenciyim 4) Diğer: ____

6. Son iki yılda tedavi gerektiren ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi? 1) Evet 2) Hayır

7. Evet ise, bu rahatsızlık nedeniyle nasıl bir tedavi gördünüz?

1)Psikolojik tedavi 2)İlaç tedavisi 3)Diğer (lütfen belirtiniz): _____

8. Halen bu ruhsal sorun nedeniyle tedavi görüyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3.Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4.Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7. Sevdiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8.Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11.Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanmıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Olay Etkisi Ölçeği-R

Aşağıda, stresli bir yaşam olayından sonra insanların yaşayabileceği bazı zorlukların bir listesi sunulmuştur. Her cümleyi dikkatlice okuyunuz. Geçtiğimiz yedi gün içerisinde bir önceki ölçekte işaretlediğiniz olayları düşünerek, bu zorlukların sizi ne kadar rahatsız ettiğini cümlelerin sağındaki beş kutucuktan yalnızca birini işaretleyerek belirtiniz.

	Hiç	Biraz	Orta Düzeyde	Fazla	Çok fazla
1. Olayı hatırlatan her türlü şey, olayla ilgili duygularımı yeniden ortaya çıkardı	0	1	2	3	4

2. Uykuyu sürdürmekte güçlük çektim	0	1	2	3	4
3. Başka şeyler benim olay hakkında düşünmeyi sürdürmeme neden oldu	0	1	2	3	4
4. Alınan ve kızgın hissettim.	0	1	2	3	4
5. Olayı düşündüğümde ya da hatırladığımda, bu konunun beni üzmesine izin vermedim.	0	1	2	3	4
6. Düşünmek istemediğim halde olayı düşündüm	0	1	2	3	4
7. Olay hiç olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim	0	1	2	3	4

8. Olayı hatırlatan şeylerden uzak durdum	0	1	2	3	4
9. Olayla ilgili görüntüler aniden zihnimde canlandı	0	1	2	3	4
10. Ürkek ve diken üstünde hissettim	0	1	2	3	4
11. Olay hakkında düşünmemeye çalıştım	0	1	2	3	4
12. Olayla ilgili olarak hala pek çok duygum vardı, ancak bunlarla hiç ilgilenmedim	0	1	2	3	4
13. Olayla ilgili hissizleşmiş gibiydim	0	1	2	3	4

14. Kendimi olayın olduğu andaki gibi davranırken veya hissederken bulduğum oldu.	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
15. Uykuya dalmakta güçlük çektim.	0	1	2	3	4
16. Olayla ilgili çok yoğun duygu değışiklikleri yaşadım.	0	1	2	3	4
17. Olayı hafızamdan (belleğimden) silmeye çalıştım	0	1	2	3	4
18. Dikkatimi toplamakta zorlandım.	0	1	2	3	4

19. Olayı hatırlatan şeyler fiziksel tepkiler göstermeme neden oldu (örneğin terleme, nefes almada güçlük, baş dönmesi, kalp çarpıntısı, gibi).	0	1	2	3	4
20. Olayla ilgili rüyalar gördüm	0	1	2	3	4
21. Kendimi tetikte ve savunma durumunda hissettim.	0	1	2	3	4
22. Olay hakkında konuşmamaya çalıştım	0	1	2	3	4

Aşırı Stres Bozuklukları Özbildirim Ölçeği

Yönerge:

Aşağıdaki ifadeler bazı kişilerin deneyimlediği zorlukları tanımlamaktadır. Her maddeden sonra bu maddenin: 1) sizin için doğru olup olmadığını belirtiniz, 2) yanıtınız evetse, son bir ayda bu sorunu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz, 3) yanıtınız hayırsa ‘uygun değil’ için ‘UD’yi seçiniz.

1. Küçük sorunlar beni çok sinirlendirir. Örneğin, küçük bir hayal kırıklığında kızarım. Kolaylıkla ağlarım.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bazen biraz fazla tepki veririm	1
Bazen çok sinirlenirim ya da her şey beni eskiden olduğundan daha çok sinirlendirir	2
Çoğunlukla, çok fazla sinirlenirim, öfke nöbetleri geçiririm	3
Uygun değil	UD

2. Sinirlendikten sonra kendimi sakinleştirmekte ve toparlanmakta zorlanırım.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Anlık sinirlenirim	1
Saatler boyunca sinirlenir durumum	2
Sinirim beni tam anlamıyla tüketir	3
Uygun değil	UD

3. Sinirlendiğimde kendimi sakinleştirmenin yollarını bulmakta zorlanırım.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Kendimi sakinleştirmek için özel çaba göstermem gerekir (ör. Konuşma, spor yapma, müzik dinleme)	1
Her şeyi bırakıp tüm enerjimi sakinleşmeye yoğunlaştırmam gerekir	2
Uç tedbirlere başvurmam gerekir, sarhoş olmak, uyuşturucu kullanmak ya da bedenime zararlı başka şeyler yapmak gibi	3
Uygun değil	UD

4. Çoğu zaman kendimi öfkeli hissederim

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Çok öfkeli hissederim ama diğer konularla da ilgilenebilirim	1
Öfkem bir şeyler yapmamın önünde engel olur	2
Öfkem gündelik hayatıma hükmeder	3
Uygun değil	UD

5. Başkasına zarar verme düşünceleri aklıma gelir ve zihnimde böyle görüntüler canlanır.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Evet, geçici düşünceler	1
İnsanlara zarar vermeyi her gün düşünürüm	2
İnsanlara zarar vermeyi düşünmeden duramam	3
Uygun değil	UD

6. Öfkemi kontrol etmekte zorlanırım.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
İnsanlara çatarım	1
Bağırırım ya da bir şeyler atarım	2
İnsanlara fiziksel olarak saldırırım	3
Uygun değil	UD

7. İnsanların ne kadar öfkeli olduğumu anlamalarından endişe ederim.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Biri bana zarar verdiğinde o kişiye bunu belli etmekte zorlanırım	1
Öfkeli olduğum kişiye öfkemi belli etmem, ama farklı yollarla gösteririm	2
Hiç kimsenin sözlerimden ya da davranışlarımdan öfkeli olduğumu anlamasına izin vermem	3
Uygun değil	UD

8. Kendimi bildim bileli kaza geçiririm ya da kaza geçirmek üzere olurum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Zarara ya da acıya sebep olan ancak tıbbi müdahale gerektirmeyen tek tük kazalar	1
Tıbbi müdahale gerektiren bir kaza ya da olay	2
Tıbbi müdahale gerektiren birden fazla ciddi kaza ya da olay	3
Uygun değil	UD

9. Güvenliğimi sağlama konusunda kendimi ihmalkar buluyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
İlişkilerin ya da durumların içerdiği riskleri düşünürüm ama bu beni durdurmaz	1
Birlikte olduğum insanlarla ya da gittiğim yerlerle ilgili olarak gereksiz risk alırım	2
Tehlikeli olabileceğini düşündüğüm insanlarla arkadaşlık ederim, tehlikeli durumlarda kendimi korumak için önlem almam	3
Uygun değil	UD

10. Kasten kendime zarar vermeye çalıştım (kendimi yakmak ya da kesmek gibi).

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Eşyalara vururum ya da eşyaları tekmelerim	1
Kendime ciddi zarar vermeksizin kasten canımı yakarım (çimdikleme, tırmalamak, vurma, çarpma)	2

Ciddi fiziksel zarara sebep olacak biçimde kasten canımı yakarım	3
Uygun değil	UD

11. Kendimi öldürmeyi düşündüm.

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Girişimlerde bulundum ya da sürekli olarak planlar yaptım	1
Aklıma geldi ancak bunu hiç tasarlamadım	2
Bir ya da daha fazla ciddi intihar teşebbüsünde bulundum	3
Uygun değil	UD

12. Seks hakkında düşünmemek için özellikle çaba gösteririm.

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Seks hakkında düşünmemeye çalışırım	1
Seks hakkında düşünmemek için çok çaba gösteririm	2
Seks konusunda herhangi bir düşünceye katlanamam	3
Uygun değil	UD

13. Genel olarak dokunulmaktan rahatsız olurum.

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
-----	---

Bazen rahatsız eder	1
Çoğunlukla ya da sürekli rahatsız eder	2
Kesinlikle katlanamam,	3
Uygun değil	UD

14. Cinsel amaçlı dokunulmak beni rahatsız eder.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bazen rahatsız eder	1
Çoğunlukla ya da sürekli rahatsız eder	2
Kesinlikle katlanamam,	3
Uygun değil	UD

15. Seksten özellikle kaçınıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Kendimi bahaneler yaratırken bulurum	1
Seks yapmamaya çalışırım	2
Seks yapmam	3
Uygun değil	UD

16. Kendimi seks hakkında istediğimden daha fazla düşünürken bulurum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bunu çok düşünürüm	1
Bu düşünce dikkatimi yapmam gereken şeylerden uzaklaştırır	2
Bu düşünceye saplanmış durumdayım	3
Uygun değil	UD

17. Kendimi başka bir seçeneğim yokmuş gibi cinsel aktivitelere sürüklenirken bulurum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bu dürtüyü hissederim ama eyleme geçmem	1
Mecburmuş gibi hissederim ama durmak için kendimi zorlarım	2
Bastırılması zor bir dürtünün etkisiyle seks yaparım	3
Uygun değil	UD

18. Benim için tehlike yaratabileceğini bildiğim biçimlerde cinsellik yaşıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Biraz dikkatsizim	1
Tehlikeyi göz ardı etmek için kendimi ikna ederim ya da tehlikeyi ancak sonrasında fark ederim	2
Kendimi bilerek tehlikeye atarım	3

Uygun değil

UD

19. Tehlikeli olabilecek durumlara kendimi maruz bırakırım ör. Beni incitebilecek insanlarla ilişki içinde olurum.

Güvenli olmayan yerlere giderim. Çok hızlı araba kullanırım.

Bu ifade benim için doğrudur

Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç

0

Biraz dikkatsizim

1

Tehlikeyi göz ardı etmek için kendimi ikna ederim ya da tehlikeyi ancak sonrasında fark ederim

2

Kendimi bilerek tehlikeye atarım

3

Uygun değil

UD

20. Hayatımın anımsayamadığım kısımları var; ne olduğu konusunda kafam karışık ya da belli önemli şeylerin olup olmadığından emin değilim.

Bu ifade benim için doğrudur

Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç

0

Hafızamda bazı boşluklar var

1

Hafızamda önemli boşluklar var; hatırlayamadığım kayıp dönemler var

2

Yaşamımın anımsayamadığım günleri, ayları ya da yılları var

3

Uygun değil

UD

21. Gündelik hayatımda zamanı takip etmekte zorluk yaşıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç 0
Bazı zamanlarda, programlar yapıp, bunları uygulamada zorluk yaşarım 1
Sürekli yanlış zamanda yanlış yerde olurum 2
Gündelik hayatımı takip edemem 3
Uygun değil UD

22. Korktuğumda ya da stres altındayken o andan koparım.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç 0
Bazı zamanlarda içime kapanırım 1
Kendi dünyama dönerim ve diğer insanları içeri almam 2
Var oluşum sonlanmış gibi hissederim 3
Uygun değil UD

23. Bazen kendimi rüyada yaşıyormuşum; gerçekte orada değilmişim ya da cam duvarın arkasında yaşıyormuşum gibi gerçekdışı hissederim.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç 0
Bazı zamanlarda gerçek değilmişim gibi hissederim ama kolayca geri dönerim 1
Çoğu kez gerçek değilmişim gibi hissederim ve gerçekliğe geri

dönmekte zorluk yaşarım	2
Sürekli çevremdekilerden tamamen kopmuş hissedirim	3
Uygun değil	UD

24. Bazen farklı zamanlarda nasıl davrandığımı kontrol eden iki farklı kişi içimde yaşıyormuş gibi hissedirim.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Nasıl davranmam gerektiği konusunda farklı yanlarım birbirleriyle rekabet halindeymiş gibi hissedirim.	1
Farklı zamanlarda kontrolü ele alan ayrı yanlarım var.	2
Sürekli çevremdekilerden tamamen kopmuş hissedirim	3
Uygun değil	UD

25. Yaşamımda başıma gelenler üzerinde hiç etkim olmadığı hissini taşıyırım.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Rutin faaliyetlerde inisiyatif almam	1
Bazı zamanlarda randevularıma gitme zorunluğu hissetmem, dışarı çıkmam, telefon aramalarına geri dönmem, kendime	

bakmam (örneğin kişisel bakımım, alışveriş, yemek yemek)	2
Kendime hiç bakmam	3
Uygun değil	UD

26. Başıma gelenlerden sonra bende hiç düzeltilemeyecek bir sorun var gibi hissediyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Yaralı hissediyorum ama iyileşebilirim	1
Bazı yanlarımın zarar görmüş olduğunu ancak bazı yanlarımın hala faal olduğunu hissedirim	2
Kalıcı olarak zarar görmüş biri olduğumu hissedirim	3
Uygun değil	UD

27. Birçok şey hakkında kendimi kronik olarak suçlu hissedirim.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Yanlış giden şeyler için hissetmem gerekenden daha fazla sorumlu hissedirim	1
Benim bir payım olmasa da yanlış giden şeyler için kendimi suçlarım	2
Benim bir payım olmasa da yanlış giden her şey için kendimi suçlarım ve cezalandırırım.	3
Uygun değil	UD

28. İnsanların beni yakından tanımalarına izin vermekten çok utanırım. (Kendinizi diğerlerinden saklamak için ne kadar ileri gittiniz? İnsanlarla konuşmaktan kaçındınız mı? Hikaye uydurdunuz mu?)

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Utandığım şeyleri gizlemek için hikayeler uydururum	1
Beni yakından tanıyacakları korkusuyla çoğu insanın gerçekte kim olduğumu bilmelerine izin vermekten kaçınırım	2
Gerçekte kim olduğumu anlamamaları için kimsenin bana yaklaşmasına izin vermem	3
Uygun değil	UD

29. Diğer insanlardan ayrı ve çok farklı olduğumu hissederim.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Etrafımdaki insanlardan oldukça farklı olduğumu hissederim	1
Diğerlerinden farklı olduğumu ve onlardan mesafeli, yabancılaşmış ya da uzaklaşmış olduğumu hissederim	2
Başka bir gezegendenmişim ve hiçbir yere ait değilmişim gibi hissederim	3
Uygun değil	UD

30. İnsanlar içinde bulunduğum durumların tehlikeli olduğu konusunu çok büyütüyorlar.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Az	1
Orta	2
Şiddetli	3
Uygun değil	UD

31. İnsanlara güvenmekte zorluk çekerim.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Temkinliyim ve insanların niyetleri konusunda şüpheliyim	1
Gardımı düşürmeden önce insanların kendilerini tekrar tekrar ispatlamaları gerekir	2
Hiç kimseye güvenmem	3
Uygun değil	UD

32. Diğer insanlarla ilişki kurmaktan kaçınıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Kendimle kalacağım çokça zaman ayarlarım	1

Diğerleriyle iletişimi ben başlatmam, telefon görüşmeleri yapmam ya da mektup yazmam	2
Telefon aramalarına geri dönmem. Mektupları yanıtlamam. Konuşmaları olabildiğince çabuk sonlandırırım	3
Uygun değil	UD

33. İlişkilerde çatışmaları çözmekte zorluk yaşıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Sessizim; çatışma yaratabilecek ya da kolaylıkla incinebileceğim ve gücenebileceğim durumlardan kaçınırım	1
Diğer bakış açılarını duymakta zorlanırım ya da kendimi savunmakta zorluk yaşıyorum	2
İşleri ve ilişkileri müzakere etmeden bırakırım, beni gücendirirlerse insanları dava etmekle tehdit ederim, insanların benimle aynı fikirde olmamalarına dayanmam	3
Uygun değil	UD

34. Travmatik deneyimlerin benim başıma gelip durduğunu görüyorum.

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Kendimi ilişkilerde zaman zaman incinmiş bulurum	1
Kendimi tekrar tekrar ilişkilerde incinmiş bulurum	2
Sevdiğim kişiler ya da güvenilebileceğimi düşündüğüm kişiler	

tarafından ciddi biçimde incitilirim	3
Uygun değil	UD

35. Diğer insanları benim incitildiğime benzer biçimlerde incittim.

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
İnsanlar bir ya da iki kez incitici olduğumu söylemişlerdir	1
İnsanlar birçok kez bana incitici olduğumu ya da insanları bilerek incittiğimi söylemişlerdir	2
İncindiğim biçimlere benzer biçimlerde diğer insanları ciddi olarak incitirim ya da yaralarım	3
Uygun değil	UD

36. _____ şikayetim var ancak doktorlar bunun için net bir sebep bulmadılar
(size uyan maddeyi işaretleyiniz).

a) kusma

b) karın ağrısı

d) ishal

c) bulantı

e) yiyecek intoleransı

Bu ifade benim için doğrudur	Evet	Hayır
------------------------------	------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bu beni biraz rahatsız eden bir sorun ancak gündelik hayatımı etkilemiyor	1
Gündelik hayatımı etkileyecek kadar ciddi bir sorun	2

Gündelik hayatımı ciddi bir biçimde sınırlayacak kadar engelleyici bir sorun	3
Uygun değil	UD

37. _____ kronik ağrıdan mustaribim ancak doktorlar bunun için net bir sebep bulamadılar (size uyan maddeleri işaretleyiniz).

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| a) kollarınızda ve ayaklarınızda | d) idrar sırasında |
| b) belinizde | e) baş ağrıları |
| c) eklemlerinizde | f) başka bir yerde |

Bu ifade benim için doğrudur

Evet	Hayır
------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bu beni biraz rahatsız eden bir sorun ancak gündelik hayatımı etkilemiyor	1
Gündelik hayatımı etkileyecek kadar ciddi bir sorun	2
Gündelik hayatımı ciddi bir biçimde sınırlayacak kadar engelleyici bir sorun	3
Uygun değil	UD

38. _____ şikayetim var ancak doktorlar bunun için net bir sebep bulamadılar (size uyan maddeleri işaretleyiniz).

- | | |
|------------------|-----------------|
| a) nefes darlığı | c) göğüs ağrısı |
| b) çarpıntı | d) baş dönmesi |

Bu ifade benim için doğrudur

Evet	Hayır
------	-------

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bu beni biraz rahatsız eden bir sorun ancak gündelik hayatımı etkilemiyor	1
Gündelik hayatımı etkileyecek kadar ciddi bir sorun	2
Gündelik hayatımı ciddi bir biçimde sınırlandıracak kadar engelleyici bir sorun	3
Uygun değil	UD

39. _____ şikayetim var ancak doktorlar bunun için net bir sebep bulmadılar

(size uyan maddeleri işaretleyiniz).

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| a) bir şeyleri hatırlama | f) bayılma ve bilinci kaybetme |
| b) yutkunma | g) nöbetler ve kasılmalar |
| c) sesinizi kaybetme | h) yürüyebilme |
| d) bulanık görme | i) felç ya da kas güçsüzlüğü |
| e) gerçek körlük | j) idrar |

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bu beni biraz rahatsız eden bir sorun ancak gündelik hayatımı etkilemiyor	1
Gündelik hayatımı etkileyecek kadar ciddi bir sorun	2

Gündelik hayatımı ciddi bir biçimde sınırlayacak kadar engelleyici bir sorun	3
Uygun değil	UD

40. _____ şikayetim var ancak doktorlar bunun için net bir sebep bulmadılar (size uyan maddeleri işaretleyiniz).

a) cinsel organlarda ya da rektumda yanma hisleri (cinsel birleşme sırasında değil)

b) cinsel iktidarsızlık

c) düzensiz adet dönemleri

d) adet öncesi aşırı gerginlik

e) aşırı adet kanaması

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç 0

Bu beni biraz rahatsız eden bir sorun ancak gündelik hayatımı etkilemiyor 1

Gündelik hayatımı etkileyecek kadar ciddi bir sorun 2

Gündelik hayatımı ciddi bir biçimde sınırlayacak kadar engelleyici bir sorun 3

Uygun değil UD

41. Gelecekle ilgili umutsuz ve karamsar hissediyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bezgin hissederim ve kendim için plan yapma isteğimi kaybederim	1
Kendim için bir gelecek görmem ve isteksizce yaşarım	2
Mahkum edilmiş ve hiçbir geleceğim kalmamış gibi hissederim	3
Uygun değil	UD

42. Aşk ilişkilerinde mutluluk bulmayı beklemiyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bazen sevdiklerimden uzak ve kopuk hissederim	1
İlişkiler ne gerektiriyorsa yapıyorum ama hissiz oluyorum	2
İnsan ırkının bir parçası gibi hissetmiyorum ve hiçbir zaman birini sevebileceğimi düşünemiyorum	3
Uygun değil	UD

43. İşte doyum alamıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur Evet Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç	0
Bazen rutin oluyor ama devam etmek için sebep bulabiliyorum	1
İşte anlam bulmada zorluk yaşıyorum ya da anlamlı olan bir iş düşünemiyorum	2
İş anlamsızdır	3

Uygun değil

UD

44. Hayatın anlamını kaybettiğine inanıyorum.

Bu ifade benim için doğrudur

Evet

Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç

0

Bazen anlamı yok gibi geliyor

1

İyi bir neden düşünemiyorum ama yaşamaya devam ediyorum

2

Koca bir boşluk içinde yaşıyorum

3

Uygun değil

UD

45. Felsefi ya da dini inançlarımda – ya da yetiştirildiğim dini inançlarda ya da felsefi inançlarda değişimler oldu.

Bu ifade benim için doğrudur

Evet

Hayır

Son bir aydır bu durumu ne ölçüde yaşıyorsunuz?

Hiç

0

İnançlarım değişti ancak bu hayatın normal gidişatıydı

1

Yetiştirildiğim dini inançların etkisinden kurtuldum

2

Yetiştirildiğim dini inançlardan nefret ediyorum

3

Uygun değil

UD

Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Bu test günlük hayatınızda başınızdaki geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir.

Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

Hiçbir zaman

Her zaman

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun

olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden

değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

Somatoform Disosiasyon Ölçeği

Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumların sizdekine ne kadar uyduğunu değerlendiriniz ve her soru için buna uyan cevabı işaretleyiniz.

1.Bazan sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

2.Bazan bir süre felç oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

3.Bazan konuşamaz hale geliyorum ya da ancak güçlükle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

4.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

5.Bazan idrar yaparken acıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

6.Bazan kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

7.Bazan idrar yaparken tutukluk oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

8.Bazan kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

9.Bazan yakınımıdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

10.Bazan bir süre için her yanım katılaşıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

11.Bazan nezle olmadığım halde koku alma hissim her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

12.Bazan cinsel organlarımda ağrı oluyor (cinsel ilişki dışında)

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

13.Bazan havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

14.Bazan normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

15.Bazan normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum (kadınlarda hamilelik dışında).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

16.Bazan çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

17.Bazan gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

18.Bazan yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta büyük zorluk çekiyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

19.Bazan insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

20.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

Travmatik Yaşantı Tarama Listesi

Birçok kişinin başından, yaşamının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayların HEPSİNİ yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

(1)	<input type="checkbox"/>	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası,)
(2)	<input type="checkbox"/>	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)
(3)	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
(4)	<input type="checkbox"/>	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)
(5)	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
(6)	<input type="checkbox"/>	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
(7)	<input type="checkbox"/>	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma
(8)	<input type="checkbox"/>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)
(9)	<input type="checkbox"/>	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)

(10)	<input type="checkbox"/>	İşkenceye maruz kalma
(11)	<input type="checkbox"/>	Yaşamı tehdit eden bir hastalık
(12)	<input type="checkbox"/>	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü
(13)	<input type="checkbox"/>	Bunların dışında bir travmatik olay
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı kısaca anlatınız:	

APPENDIX B

TURKISH SUMMARY

Çocukluk çağı travmaları tüm dünyada yaygındır, yaklaşık olarak kadınların %20'si, erkeklerin ise % 5-10'u çocukluk döneminde cinsel istismara, çocukların % 25-50'si fiziksel istismara, birçok çocuk da ihmale maruz kalmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2010). Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığına rağmen, psikoloji/psikiyatri alanının konuya ilgisi farklı dönemlerde değişkenlik göstermiştir. Ancak son yıllarda çocukluk çağı travmaları,, yetişkin psikopatolojisine olan etkisi sebebiyle, artan bir ilgiyle, araştırmaların konusu olmuştur (Briere, 1992; Herman, 1992b; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996).

Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının beş temel türü ele alınmıştır: fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal. Genellikle fiziksel ve psikolojik istismar birlikte görülmektedir ve bu ortamda bulunan çocuklar cezayı ve 'kişisel kötülük' hissini birlikte yaşamaktadırlar. Fiziksel istismar uygulayan aileler bu davranışlarına suçlama ve eleştirilerle bahaneler bulunarak çocuğun bu davranışı hak ettiğini ima ederler. Bu davranışlar da fiziksel istismara uğrayan çocukların suçluluk, utanç ve istismardan dolayı sorumluluk hissetmelerine sebep olur (Briere, 1992). Araştırmalara göre, fiziksel istismar mağdurları, şiddet eylemlerinde bulunma, kendi çocuklarını istismar etme, kendine zarar verme, intihar ve somatizasyon, kaygı, depresyon, disosiasyon gibi uzun dönemli etkilerini yaşarlar (Wekerle, Miller, Wolfe, & Spindler, 2006).

Çocuklukta yaşanan cinsel istismar yetişkinlikte cinsel istismar, dürtüsellik, içgörü eksikliği ve özsaygı eksikliği gibi sorunlar yaşarlar ve bu sorunlar yeniden mağdur olmalarına neden olur; yeme sorunları ve doktorlar tarafından açıklanamayan kronik ağrı gibi belirtiler gösterirler (Mercado, Martinez-Taboas, & Pedrosa, 2008; Nelson,

Baldwin, and Taylor, 2012). Ayrıca, yakın ilişkiler, evlilik ve ebeveynlik gibi alanlarda zorluklar yaşarlar (Cole & Putnam, 1992; Harvey & Pauwels, 2000).

Duygusal istismarda ise fiziksel belirtiler görülmeyebilir. Konuşma bozuklukları, fiziksel gelişimde gecikmeler gibi sorunlar yaşayabilirler (Veltkamp & Miller, 1994). Duygusal istismar, doğası gereği duygu düzenleme gibi bazı işlevleri diğer istismarlardan daha fazla etkiler (Burns, Jackson & Harding, 2010). Genel olarak duygusal istismarın sonuçları diğer istismarlardan daha şiddetlidir (Iwaniec, 1997).

İhmalin tanımı ve çocukların ihmale ilişkin asgari ihtiyaçları konusunda fikir ayrılıkları vardır (Tanner & Turney, 2003; Tyler et al., 2006). Bir başka zorluk da ihmalin tedavisiyle ilgilidir çünkü ihmale ilişkin belli olayların bulunması zor olduğundan terapistler için de ihmalin farkedilmesi zordur (Tanner & Turney, 2003). Tyler ve arkadaşlarının (2006) inceledikleri çalışmalarda, ihmalin davranış bozuklukları, düşük özgüven, okul performansının düşmesi ve uyumsuzluk/psikopatoloji gibi sonuçları olduğu bulunmuştur.

İnsan eliyle gerçekleştirilen travmanın tarihine bakıldığında, öneminin dönem dönem göz ardı edildiği görülmektedir. Bu çalışmada ele alından çocukluk çağı travmaları da insan eliyle gerçekleştirilen travmalar olduğundan, insan eliyle gerçekleştirilen diğer travmalarla aynı tarihi paylaşmaktadır (Herman, 1992b; van der Kolk et al., 1996).

Breuer ve Freud unutulmuş travmatik anların histerik belirtilere yol açtığını ve söz konusu anı ve anının yaşattığı duygu geri geldiğinde bu belirtilerin kaybolduğunu gözlemlemişlerdir. Daha sonra Freud bu görüşü genişleterek nevrozların ve histerinin sebebinin erken çocuklukta yaşanan gerçek cinsel deneyimler olduğunu belirtmiştir (Quinodoz, 2004). Ancak Freud, babası tarafından cinsel istismara maruz kaldığı olasılığından şüphelendiğinde bu görüşüyle ilgili şüphe duymaya başlamıştır. Böylece bu istismarın gerçek olmadığını, gerçekleşmesini istediği bir anı olduğu sonucuna

varmıştır. Freud'un hastaları arasındaki cinsel istismarın yaygınlığının yüksek olması da bu anıların gerçek olmadığını, çocukluktaki istekler olduğunu düşündürmüştür. Freud, nevrozun altında yatan dürtülerin, fantazilerin ve çatışmaların çevresel olmadığını, bunların çocuğun zihninin yarattığını savunmuştur (Mitchell & Black, 1995). Freud'un baştan çıkarma kuramından fantazi kuramına geçmesi, kuramcılar arasında fikir ayrılıklarına sebep olmuştur. Freud'un kuramını ahlaki ve sosyal sonuçlarından kaçınmak için değiştirdiği bazı kuramcılar tarafından savunulmaktadır (Lasiuk & Hegadoren, 2006). Bir başka görüş de Freud'un baştan çıkarma kuramından Viyana'daki çalışmalarının kabul edilmesi için vazgeçtiğini, Janet'nin psikolojik rahatsızlıkların travmatik kökenleri üzerine çalışmaya devam ettiğini ve unutulduğunu ancak Freud'un alanın önemli bir ismi olarak yoluna devam ettiğini savunmaktadır (van der Kolk ve ark., 1996).

Cinsel istismar anılarının gerçek ya da fantazi olup olmadığı sorusu araştırmaların konusu olmuştur. Herman ve Schatzow (1987) çocukken cinsel istismara maruz kaldığını hatırlayan yetişkinlerin büyük bölümünün diğer kaynaklardan da bu anıları doğruladığını bulmuş ve katılımcıların bildirdikleri anılarda bu deneyimlerin fantazi olduğuna dair hiçbir kanıt bulunamamıştır.

Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte çeşitli psikolojik rahatsızlıklara sebep olduğu araştırmalarda bulunmuştur. Araştırmalar çocukluk travmalarının daha sonraki yaşlarda yaşanan travmalardan daha karmaşık sonuçları olduğunu desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada, çocukluk çağında yaşanan cinsel istismarın psikopatolojinin birçok boyutuyla ilişkili olduğu, ancak ergenlik sonrası cinsel deneyimlerin yalnızca depresyon ve travma sonrası belirtilerle ilişkili olduğunu bulunmuştur (Wingenfeld ve ark., 2011).

Çocukluk çağı travmalarının bu uzun dönemli sonuçları, temel olarak, travmayla ilişkili olarak iki tanısal kavram kapsamında incelenmiştir: travma sonrası stres bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu.

DSM-V’de travma sonrası stres bozukluğu bölümünde değişiklikler olmuştur. Öncesinde travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozuklukları kategorisinin altındayken, DSM-V’de Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar olarak adlandırılan yeni bir bölümün içine alınmıştır. DSM-V’de travma sonrası stres bozukluğu ölüme, ölüm tehdidine, ciddi yaralanmaya ya da ciddi yaralanma tehdidine, cinsel şiddete ya da cinsel şiddet tehdidine doğrudan maruz kalma, doğrudan tanıklık etme, yakın bir akraba ya da yakın arkadaşın travmaya maruz kalmasına maruz kalma, ya da bedenin parçalarını toplayan, çocuk istismarının detaylarına maruz kalan bazı profesyonellerin olayların detaylarına yoğun bir şekilde dolaylı tanıklık ederek maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Travma sonrası stres bozukluğunun belirtilerinden biri, travmatik olayın devamlı olarak yeniden yaşanması, travmayla ilişkili sıkıntı yaratan uyarandan çaba göstererek kaçınmak, üçüncü belirti kategorisi ise travmatik olaydan sonra başlayan ya da kötüleşen bilişte ve ruh halinde olumsuz değişikliklerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Travmatik olayların psikolojik etkileri çalışılmış olsa da, travma sonrası stres bozukluğu terimi ilk kez 1980 yılında, travma mağdurlarının gösterdikleri belirtileri tanımlamak amacıyla ortaya çıkmıştır. 1980 yılından bu yana, travma sonrası stres bozukluğunun kriterleri ve travmanın tanımı tartışmaların konusu olmuştur. Bu tanı travmatik bir olayın doğrudan sonucu olarak düşünülmesi sebebiyle benzersizdir. Blake, Albano, ve Keane (Joseph ve ark., 1997) travma sonrası stres bozukluğunun tanınmasının birçok yararı olduğunu, bilimsel genelleme için bir zemin, belirtileri tanımlamak için ortak bir dil ve travma sonrası belirtilere ilişkin yayınlarda önemli bir artış sağladığını belirtmişlerdir. Travma sonrası stres bozukluğu afet, savaş ve kaza mağdurları arasında gözlenmektedir. Ancak insan eliyle travma mağdurlarının da travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdikleri ve bu sebeple travma sonrası stres bozukluğu tanısı aldıkları da tartışılmaktadır (Briere, 1992).

Herman (1992a) uzun süren travmaya maruz kalanların, klinik çalışmalarda da gözlemlendiği üzere, travma sonrası stres bozukluğundan daha farklı özellikleri olduğunu belirtmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı savaş, afet ve tecavüz gibi travma türlerinde görülen belirtileri kapsamakla birlikte uzun süren, tekrarlayan travmaların mağdurlarının karmaşık belirtilerini kapsamada yetersiz kalmaktadır. Uzun süren travmaların mağdurlarının belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinden daha karmaşıktır. Herman'ın görüşleri çoklu travmaya maruz kalmanın kompleks belirtilerle ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar tarafından desteklenmektedir (Briere, Kaltman & Green, 2008). van der Kolk ve arkadaşları (1996) travmatik anının ayrı bir ego durumunda tutulduğunu bu yüzden de travmatik anının yaşandığı zamanda kaldığını ve bunun da gelişimin farklı aşamalarında uzun dönemli etkilere yol açtığını belirtmişlerdir. Bu sebeple, yetişkinlik döneminde travmatize olunması, travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilirken, çocukluk çağında yaşanan travmalar daha kompleks belirtilere yol açmaktadır (van der Kolk et al., 1996). Bu kompleks belirtiler, travma sonrası stres bozukluğu tarafından karşılanmamakta ve eşlik eden koşullar olarak adlandırılmaktadır (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005).

Herman (1992a) uzun süreli, tekrarlayan travmadan sonra görünen sendromun 'kompleks travma sonrası stres bozukluğu' olarak adlandırılmasını önermiştir. Herman'a göre, uzun süren travmanın etkileri 'kendiliğinden iyileşen ve tanı almayan kısa süreli stres tepkisinden, klasik ya da basit travma sonrası stres bozukluğuna, uzun süren ve tekrarlayan travmanın kompleks sendromu arasında değişen bir spektrumda' anlaşılabilir. Kompleks travma sonrası stres bozukluğu ya da daha sonraki adıyla başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu erken yaşlarda olan travma yaşantısının sonucu olarak deneyimlenen belirtileri ve çoklu travmatik olayları ve uzun süreli maruz kalmayı içerir (Luxenberg, Spinazzola & van der Kolk, 2001).

Ulusal Çocuk Travmatik Stresi Ağı Çalışma Grubu, ek belirtiler olarak listelenen sorunların ‘kronik insan eliyle gerçekleştirilen travmanın somatik, duygusal, davranışsal ve karakterle ilgili dışı vurumları olması sebebiyle, travmanın gelişimsel etkilerini içeren kompleks travma sonrası stres bozukluğu/başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu ya da gelişimsel travma bozukluğu olarak adlandırılabilir bir tanıya ihtiyaç olduğunu savunmuştur (Briere & Spinazzola, 2005).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, DSM-IV için başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu olarak adlandırılan kronik gelişimsel travmanın psikopatolojisini incelemek amacıyla, travma sonrası stres bozukluğu için alan çalışması düzenlenmiştir. Önerilen tanı için kriterler, çocukluk çağı travmalarının uzun dönemdeki etkilerine ilişkin literatür araştırılarak tanımlanmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre, kompleks travma sonrası stres bozukluğu/başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu tanısı yedi semptom kategorisinden oluşmuştur: 1) duyguları düzenlemede sorunlar 2) kimlik ve kendilik hissinde sorunlar, 3) devam eden bilinçlilik ve hafızada sorunlar, 4) faille ilişkilerde sorunlar, 5) diğerleriyle ilişkilerde sorunlar, 6) fiziksel ve tıbbi durumda sorunlar, and 7) anlamlar sisteminde sorunlar (van der Kolk ver ark., 1996).

DSM-IV Alan Çalışması 400 tedaviye başvuran travmatize olmuş katılımcı ve travmatize olmamış 128 kişiyle yapılmıştır. DSM-IV Alan Çalışmasının sonuçları, erken yaşta başlayan ve insan eliyle gerçekleştirilen travmanın, travma sonrası stres bozukluğuna ek olarak, duygus düzenleyememe, kendine ve diğerlerinde karşı öfke, disosiyatif belirtiler, somatizasyon ve karakter patolojisi gibi psikolojik işlevsellikte sorunlara yol açtığını göstermiştir. Travmaya daha uzun süre maruz kalan kişilerin hem travma sonrası stres bozukluğu hem de başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu geliştirdiği bulunmuştur. Bu sonuçlar, başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirtilerinin kişileri, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine göre, daha çok tedaviye yönlendirdiğini de göstermektedir (van der Kolk ve ark., 2005).

DSM-IV Alan Çalışması, insan eliyle gerçekleştirilen kronik travmaların çocuklarda ve yetişkinlerde bu belirtilere sebep olduğunu desteklese de, Başka Türlü Adlandırılmayan Aşırı Stres Bozukluğu ayrı bir tanı olarak kabul edilmemiş, DSM-IV’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun “Eşlik eden ve Tanımlayıcı Özellikler” altında yer almıştır (van der Kolk ve ark., 2005). ICD-10 travmatik yaşantılar sonrasındaki kronik kişilik değişimlerini içeren yeni bir kategori yaratmıştır. Bu kategori 1) sürekli husumet and güvensizlik 2) sosyal çekilme, 3) boşluk ve umutsuzluk duyguları, 4) artan bağımlılık ve öfkenin düzenlenmesiyle ilgili sorunlar, 5) aşırı uyarılmışlık ve sinirlilik ve 6) yabancılaşma duyguları (van der Kolk, ve ark., 1996).

Başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğunun belirtileri altı kategoride toplanmıştır. Bu kategoriler, duygu ve dürtülerin düzenlenmesi, dikkat ve bilinçlilik, öz-algı, diğerleriyle ilişkiler, somatizasyon, anlam sistemlerine ilişkin sorunlardır.

Duygu ve dürtülerin düzenlenmesinde sorunlar: Çocuklar tehlike altındayken ya da incidiklerinde, bakım verenler güven ve kontrol hissini geri kazanmalarına yardım ederler. Bakım verenlerin duygusal olarak orada olmadığı, tutarsız, şiddet eğilimli, ihmalkar oldukları ya da kendi travma ve kayıplarıyla meşgul oldukları durumlarda, güvenlik kaynağı olamazlar ve çocuklarının uyarılmışlığını düzenleyemezler ve çocuklar deneyimlerini işlemede, bütünleştirmede ve kategorize etmede zorluk yaşarlar. Bu yüzden, travmatik stresin temel özelliklerinden biri içsel dünyanın düzenlenememesidir (van der Kolk ve ark., 2005).

Dikkat ve bilinçlilikte sorunlar: İstismarın olduğu bir ortamda, bakım verenlerin güvensiz ya da öngörülemez bağlanma figürleri oldukları durumlarda, çocuk güven, güvenlik, kontrol ve gücü devam ettirebilmek için bir yol bulmak zorundadır. Bu yüzden, normal olmayan bir bilinçlilik durumunun gelişmesine sebep olan olgun olmayan psikolojik savunmalar geliştirirler. Söz konusu değişmiş bilinçlilik durumunda, beden ve zihin, gerçeklik ve hayal, bilgi ve hafıza zarar görmüştür. Öngörülemez bir

ortamda, çocuk tehlike sinyallerine karşı tetikte olmak zorundadır. Bu yüzden yüz ifadeleri, ses ve beden dilindeki küçük farklılıkları tanır ve bu farklılıkları öfke, cinsel uyarılma ya da disosiasyon olarak okur. Bu süreç bilinçdışı gerçeğinden, bu kişiler tehlike sinyallerine, bu sinyalleri bilinç düzeyinde farketmeden tepki verirler (Herman, 1992b).

Kendilik algısında sorunlar: Zorlayıcı bir kontrolü olan bakım verenle ilişki içinde olmak, çocukluk çağı travmaları mağdurlarının kimliklerini etkiler. Beden imajı, diğerlerinin içselleştirilmiş imajı, bütünlük ve amaç sağlayan kendi değer ve idealleri zarar görür. Kendilerini suçlu ve kötü olarak görürler. Kendilikleri olduğu hissini bile kaybedebilirler ve kendilerini ‘insan olmayan bir yaşam formuna indirgenmiş olarak görebilirler (Herman, 1992b).

Diğerleriyle ilişkilerde sorunlar: Herman’a (1992b) göre, çocukluk çağı travmaları mağdurlarının partnerlerinden ‘fantastik beklentileri’ vardır; partnerlerine hayran olurlar, sonra ağır bir şekilde eleştirmeye başlarlar. Kişilerarası çatışmalar yoğun kaygı, depresyon ya da öfkeye yol açar. İhmal ya da istismar deneyimleri küçük çatışmalarla tetiklenebilir ve bu çatışmaları çözecek sözel ve sosyal becerileri olmadığından küçük çatışmaların üstesinden kolaylıkla gelemeyizler. Çocukluk çağı travmaları mağdurları yoğun ve istikrarsız ilişkiler geliştirirler.

Somatizasyon: Çocukluk çağı travmaları mağdurları uykusuzluk, irkilme tepkileri, ajitasyon, gerilim tipi baş ağrıları, mide bağırsak rahatsızlıkları ve bel ya da kasık ağrısı gibi somatik belirtiler gösterme eğilimindedirler (Herman, 1992b; Mayer (2008)

Anlam sisteminde sorunlar: Briere’ye (1992) göre, çocukluk çağı travmaları genellikle kronik ve uzun süreli olduğundan, gelecekle ilgili umutsuzluk hisine sebep olurlar. Çocuklukluk çağı mağdurlarının hayatı ‘karanlık bir lens’den görme eğilimleri vardır. İçine doğdukları dini ya da etik inançlarıyla ilgili şüphe duyarlar ve ruhani varlıkların

kötü ya da insanların acılarına duyarsız olduğunu düşünürler. İnsanların dünyada tek başlarına olduklarına ve hayatlarıyla ilgili olumlu değişiklikler yapamayacaklarına inanırlar. Bu umutsuzluk duyguları seçim yapmaları ve kendi yaşamlarıyla ilgili harekete geçmelerini engeller (Luxenberg et al., 2001).

Disosiasyon oldukça tartışmalı bir konudur ve tanımı, belirtileri hatta varlığıyla ilgili fikir ayrılıkları çoktur. Howell (2005) disosiasyonun kendisinin de psikoloji/psikiyatri alanında disosiye edildiğini savunmaktadır. Diğer yandan, son yıllarda, disosiasyon travmayı anlamak için temel kavramlardan biri olarak çalışılmaktadır. van der Kolk ve arkadaşları (1996) disosiasyonu, deneyimin kompartimentalize edilmesi ve bu sebeple de travmanın bütüne entegre edilmemesi olarak tanımlamaktadır. Howell (2005) de disosiasyonu normalde bağlantısı olan ruhsal ve yaşantısal içeriklerin ayrılması olarak tanımlamaktadır. Disosiasyonda, travmatik deneyimler normal bilinçlilikten ayrıdır. Duygular, eylemler, anılar ve fizyolojik tepkilerin birbiriyle ilişkisi yoktur, bu sebeple ağır deneyimlerde bile duygu deneyimlenmeyebilir, fiziksel acı fiziksel yaralanmalarda olmayabilir, anılar parçalanmış olabilir ve bu parçalar hatırlanmayabilir (Terr, 1991).

Disosiasyon, travmatik olay sırasında adaptif ve hayat kurtarıcı olsa da, çok uzun süre kullanıldığında ve kişi travmanın hatırlatıcılarından kaçınmak için hayatını sınırlandırdığında adaptif olmaktan çıkar (Howell, 2005).

van der Kolk ve arkadaşları (1996), disosiasyonun kişilerin şemalarını devam ettirmelerine yardım ettiğini savunmuştur. Farklı bir zihin boyutu, travmatik deneyimi tuttuğundan, disosiyatif şema kişinin kendisinin zayıf ya da değersiz olduğuna inanırken, normal boyutu içeren bilişsel şema istismar edilmediğine inanır.

Disosiasyon, aktif direnç, failin mağduru daha fazla istismar etmesine sebep olduğu ya da mağdurun faile bağımlı olduğu durumlarda da adaptif bir başetme biçimi olarak işlev görebilir; bu yüzden pasif başetme yolu olarak disosiasyon, mağdurun hayatta

kalmasına yardım edebilir (van der Kolk ve ark., 1996). Ayrıca, kişiye, ‘savaş ya da kaç’ tepkisinde bilişsel kapasiteyi düşürdüğü için, ‘panik yapmadan savaşması’ni gerektiren bir tehlikeyle karşı karşıya kaldığında da yardım eder (Perry et al., 1995).

Meditatif deneyimler, olumlu trans deneyimleri ya da dikkatli bir şekilde film izlemek de disosiasyon olarak görülmektedir. Adaptif/olumlu disosiasyon ile patolojik disosiasyon arasındaki bir fark adaptif disosiasyonun gönüllü kontrollü olarak yaşanmasıdır; kişi bilinçli olarak başlatır ve istediği zaman çıkabilir. Bir diğer fark da disosiasyonun bütünleşmeyi artırması ya da önlemesidir. Travmatik deneyimlerinden dolayı yüksek düzeyde disosiyatif olan kişiler isteyerek trans ya durumuna geçerler ya da zihinsel olarak örneğin duvardaki bir deliğe giderler. Another distinction is whether dissociation enhances or prevents integration. Disosiasyon, insan eliyle gerçekleştirilen şiddete karşı bir başetme mekanizması olarak çalışsa da, disosiasyon yoluyla sürekli olarak acı veren deneyimlerden kaçınmak deneyimlerin bütünleşmesini engeller. Disosiasyon adaptive ve hayat kurtarıcı olsa da, uzun süre kullanıldığında ve kişi travmanın hatırlatıcılarından kaçınmak için yaşamını kısıtladığında adaptif olmaktan çıkar (Howell, 2005).

Janet disosiasyonu psikolojik travmaya bağlayan ilk kişidir. Janet’nin çalışmaları yıllarca görmezden gelinmiş ve travma sonrası stres ve disosiasyonla birlikte tekrar gündeme gelmiştir (Howell, 2005). Janet, kişiliğin çeşitli alt sistemlerden oluştuğunu ve bu alt sistemlerin ‘tutarlı ve koordine içinde’ çalıştığını savunmuştur (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Janet’e göre disosiasyonun olması, iki ya da daha fazla sistemin arasında bütünleşmenin olmaması anlamına gelmektedir (Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Freud’un bastırma kavramı ile travma terapistleri tarafından kullanılan disosiasyon kavramı arasında bir fark vardır. Freud, egonun, travmatik deneyimi aktif olarak unuttuğunu savunurken, travma kuramcıları egonun daha pasif olduğunu, anının

disosiyeye edildiğini, bunun da pasif bir süreç olduğunu savunurlar (Piers, 1996). Terr (1994) de bastırma ve disosiasyon arasında bir ayrım yapar. Bastırmada, kişi aktif olarak ve bilinç dışında hatırlamamak için çaba sarfeder ancak disosiasyonda, travmatik anılar, olay sırasında, kendisini normal bilinçlilikten ayırır. Bu sebeple, bastırılan anılar keskin ve ayrıntılıyken, disosiyeye edilen anılar bulanıktır; ayrıca genellikle hatırlandığında da tam ve net değildir.

Hafıza, bilinçlilik ve kimlik gibi zihinsel işlevlere ilişkin olan psikoform disosiasyon tek disosiyatif belirti olarak görülse de hareket, duyular, ve algı işlevlerinin disosiasyonu olan somatoform disosiasyon da somatoform disosiasyon da travmaya verilen yaygın bir tepkidir (van der Hart ve ark., 2006). Duyu, algı, duygu ve motor işlevlerinin kaybı olumsuz somatoform disosiasyon olarak tanımlanır, duyu bozuklukları, acı, tik ve panik gibi belirtiler de olumlu somatoform disosiyatif belirtiler olarak düşünülmektedir (van der Hart ve ark., 2006). DSM-V (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) travma sonrası stres bozukluğu tanı kriteri, birçok disosiyatif belirti olmasına rağmen, bu belirtilerin yalnızca ikisini içermektedir. Bu iki belirti, travmanın önemli bir kısmının hatırlanmaması ve davranışsal ya da duygusal yeniden yaşama belirtileridir (Carlson, Dalenberg & McDade-Montez, 2012).

Bu çalışmada, çocukluk travmaları, disosiasyon ve travmayla ilişkili belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çocukluk travmaları türlerinden fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal, disosiasyon türlerinden psikoform disosiasyon ve somatoform disosiasyon incelenmiştir. Travmayla ilişkili belirtiler, travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddeti ve başka türlü tanımlanmayan aşırı stres bozuklukları belirti şiddeti belirti kategorilerinde incelenmiştir.

Bu çalışmada, disosiasyonun çocukluk çağı travmaları ve travmayla ilişkili belirtiler arasında aracı olduğu, çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu ve

başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetini yordadığı, Aşırı Stres Bozukluğu için Yapılandırılmış Görüşme-Öz Bildirim ölçeğinin Türkçe versiyonunun başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetini değerlendirmek için geçerli ve tutarlı bir ölçek olduğu, belli çocukluk çağı travma türlerinin belli disosiasyon türlerini yordadığı, ve disosiasyonun hem travma sonrası stres bozukluğu hem de başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetini yordadığı hipotez edilmiştir.

Katılımcılara duyurularla ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Katılımcılar 6 ölçek ve demografik bilgi bölümünü içeren 19 sayfalık anket setini tamamlamışlardır. Çalışmanın katılımcıları yaşları 18 ve 68 arasında olan 736 yetişkinden oluşmuştur. Örneklemin yaş ortalaması 29.44'dır (SS = 9.69). Kadın katılımcıların sayısı 577, erkek katılımcıların sayısı ise 159'dur. Katılımcıları eğitim düzeyi okur yazarlıktan lisansüstü eğitim arasında değişkenlik göstermektedir. Katılımcılardan 125 kişi son iki yılda ruh sağlığı sorunu yaşamış, bu kişilerden 41'i psikolojik tedavi, 76'sı ise ilaç tedavisi görmüştür.

Çalışmanın kapsamında, Aşırı Stres Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme-Öz Bildirim Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin faktör analitik yapısını analiz etmek için LISREL 8'de yapısal eşitlik modeli kullanılarak açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Ölçeğin orjinalindeki gibi, altı faktörlü model hipotez edilmiştir ve değiştir iyi uyum değerleri vermiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, çocukluk döneminde, katılımcıların % 34.9'u duygusal istismar, 26.2 % duygusal ihmal, % 24.6'sı cinsel istismar, % 17.9'u fiziksel istismar ve % 24.7'si ise fiziksel ihmal yaşadıklarını bildirmişlerdir. Disosiasyona ilişkin olarak, katılımcıların % 4.62'sinin sonuçları klinik olarak anlamlı olan disosiyatif belirtilere, % 1.9'unun sonuçları ise güçlü bir disosiyatif bileşeni olan bir bozukluğun yüksek olasılığını, % 0.8'inin sonuçları ise çoklu kişilik bozukluğuna ilişkin yüksek olasılığı

işaret etmektedir. Somatoform disosiasyon ölçeğinin sonuçları ise katılımcıların % 9.5'inde somatoform disosiasyonun varlığını göstermektedir.

Model test edilirken öncelikle, ölçme modeli test edilmiş ve 16 gözlenen değişken ve 4 gizil değişkenin olduğu birinci model iyi uyum değerleri vermiştir. Daha sonra çocukluk travması ve travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddeti ve çocukluk travması ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddeti arasındaki ilişkide disosiasyonun aracı rolünü incelemek amacıyla açıklayıcı analiz kullanılmıştır. Birinci modelde, çocukluk travmaları ve travma sonrası stres bozukluğu ile çocukluk travmaları ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı bulunmadığı için, ikinci modelde tam aracı model test edilmiştir. Bu modelde çocukluk travmalarının disosiasyonu yordadığı, disosiasyon aracılığıyla travma sonrası stres bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğunu yordadığı test edilmiştir. Bu model iyi uyum değerleri vermiştir.

Çalışmanın sonuçları ayrıca psikoform disosiasyonun fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinseli istismarın psikoform disosiasyonun yordayıcıları oldukları ancak duygusal istismarın ve duygusal ihmalin psikoform disosiasyon ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Somatoform disosiasyonu ise fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarı anlamlı olarak yordadığı ancak duygusal ihmalin somatoform disosiasyonu yordamadığı bulunmuştur.

Başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetini ise duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismarın yordadığı ancak fiziksel ihmalin yordamadığı bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğunun yordayıcılarının ise fiziksel istismar ve duygusal ihmal olduğu, ancak fiziksel ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismarın travma sonrası stres bozukluğunu yordamadığı bulunmuştur.

Sonuçlar, Türkiye popülasyonunda çocukluk çağı travmasının yaygın olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmasa da belli travma türlerinde kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar daha fazla çocuklukta cinsel istismar ve duygusal istismar yaşadıklarını bildirirken erkekler kadınlardan daha fazla fiziksel ihmal bildirmişlerdir. Fiziksel istismar ve duygusal ihmalin yaygınlığı açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. En yaygın çocukluk çağı travması türü duygusal istismar olarak bulunmuştur; Duygusal istismarı, duygusal ihmal izlemektedir. Bu sonuçlar, duygusal çocukluk çağı travmalarının diğer türlerden daha yaygın olduğunu göstermektedir; bu da Briere'nin (1992) fiziksel ve cinsel istismarın genellikle duygusal istismarı da içerdiği görüşünü desteklemektedir. Çocukları fiziksel olarak istismar eden bakım verenlerin, davranışlarına sebep bulmak için çocukların cezayı hak ettikleri mesajını vermeye yönelik olarak, çocukları suçlamaları ya da eleştiren ifadeler kullanmaları örnek olarak gösterilebilir (Briere, 1992).

Bu çalışmada bulunan disosiasyonun yaygınlığı önceki çalışmalarla da tutarlıdır (Martinez-Taboas, Canino, Wang, Garcia & Bravo, 2006; Maaranen et al., 2005). Somatoform disosiasyona ilişkin olarak, sonuçlar, Finlandiya'da genel popülasyonla yapılan ve somatoform disosiasyonun yaygınlığının % 9.4 olarak bulunduğu bir çalışmayla benzerlik göstermektedir (Maaranen ve ark., 2005).

Çocukluk çağı travmalarının disosiasyonu yordadığı, disosiasyonun da travma sonrası stres bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetini yordadığı tam aracı model anlamlı olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddeti ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddeti arasındaki ilişkide disosiasyonun aracı olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, disosiasyonun, çocukluk çağı travmalarının travmayla ilişkili belirtilere yol açmasında belirleyici rolünü desteklemektedir.

Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarıyla disosiasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar travma ve disosiasyonun birlikte görüldüğünü savunan travma kuramlarıyla tutarlıdır. Howell (2005) çocukların, disosiasyonu, tehlike, korku ve ihmal kaynağı olan bakım verenlerle ilişkileri devam ettirebilmek için kullandıklarını belirtir. Disosiasyon, bu ilişkiyi devam ettirmek için savunma olarak kullanılır. (Howell, 2005; Herman, 1992a). Howell (2007), ayrıca, disosiasyonu, psikopatolojinin merkezi olarak görür ve travma/disosiasyon paradigmasının çevresel kaynaklı bütün psikopatolojileri açıklayabileceğini savunur.

Bu çalışma, çocukluk çağı travmaları ve disosiasyon arasındaki ilişkiyi ortaya çıkararak, travma modeli ve fantazi modeli olan disosiasyonun ik imodeli arasındaki tartışmalara katkı sağlamaktadır. Disosiasyonun fantazi modeli, patolojik disosiasyonun travmatik strese bir tepki olmadığını, disosiasyonun fantaziye yol açarak gerçek olmayan travmatik anılara sebep olduğu görüşünü savunmaktadır (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld & Merckelbach, 2008). Disosiasyonun fantazi modelinin bazı araştırmacıları, çocukluk çağı travmalarının disosiasyonun yordayıcısı olduğunu düşünseler de, fantaziye yatkınlığın da disosiyatif bozuklukların etiolojisinde olduğunu savunmaktadırlar (Pekala, Angelini & Kumar, 2001).

Çalışmanın sonuçları, disosiasyonun travma sonrası stres bozukluğunu anlamlı olarak yordadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, disosiasyonun travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin önemli bir bileşeni olduğunu kanıtlayan çalışmaları desteklemektedir (Briere et al., 2005; Halligan et al., 2003).

Çalışmanın bulguları, ayrıca, disosiasyonun, başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirtisi şiddetiyle anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, disosiasyonun, kompleks travma sonrası stres bozukluğuyla ilişkili olduğunu bulan ve Dorahy ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmayı da

desteklemektedir. van der Hart ve arkadaşları (2005) disosiasyon ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu arasındaki ilişkinin tanınmamasının sebebinin disosiasyonun başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğunun yalnızca küçük bir bölümü olduğu kabulünden kaynaklandığını belirtmiştir. Bunun başka bir sebebi de travma alanındaki disosiasyona ilişkin karmaşadan kaynaklandığıdır (van der Hart et al., 2005).

Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarının belli türlerinin disosiasyonun belli türleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar psikoform disosiasyonu yordarken, duygusal istismar ve duygusal ihmalin psikoform disosiasyonu yordamadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları psikoform disosiasyonun, travmanın bedenine istismar edildiği ya da bedenine ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlarda çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Duygusal içerikli çocukluk travmalarının psikoform disosiasyonla ilişkili olmadığı görülmektedir.

Somatoform disosiasyona ilişkin olarak, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar somatoform disosiasyonu yordarken, duygusal ihmal somatoform disosiasyonu yordamamıştır.

Somatoform disosiasyon bedenle ilgili bir disosiasyon olması sebebiyle, ihmal ya da istismar yoluyla çocuğun bedenine zarar verilmesi anlamına gelen fiziksel ihmal ve fiziksel istismarın disosiasyonla ilişkili olması anlaşılabilir.

Bu çalışmanın sonuçları, duygusal istismarın somatoform disosiasyonu yordadığını ancak psikoform disosiasyonu yordamadığını ortaya çıkarmıştır. Bu sonuçlar duyguların bedende kaydedildiği görüşünü desteklemektedir (van der Kolk, 1994). Çocukluk çağında yaşanan duygusal istismar bedende kaydedilir; bu sebeple, çocukluk çağında duygusal istismar yaşayan bir kişinin bedene kaydedilmiş duygusal istismarla baş etmek

için, bedene ilişkin bir disosiasyonu türü olan somatoform disosiasyonu kullanma eğiliminin olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışma, fiziksel istismarın ve duygusal ihmalin travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddetini yordarken, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarın travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddetini yordamadığı bulunmuştur. Fiziksel istismarın travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddetinin en yüksek yordayıcısı olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları fiziksel istismarın travma sonrası stres bozukluğu belirti şiddetinin bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir; bu sonuç da Briere'nin (1992) terörize olan ancak fiziksel olarak yaralanmayan mağdurların travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermeyeceği görüşüyle uyumlanmaktadır.

Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddetini yordarken, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal başka türlü adlandırılmayan stres bozukluğu belirti şiddetini yordamamıştır. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının, travma sonrası stres bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirti şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak duygusal istismarın yalnızca başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğunu yordadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar, duygusal istismarın ancak başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu dikkate alındığında değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Çalışmanın sınırlılıklarına ilişkin olarak, çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesinde öz-bildirim yönteminin kullanılmıştır; bu yöntem de katılımcılardan edinilen bilgiyi sınırlamaktadır. Ayrıca, bu çalışma kesitsel çalışmadır. Bir başka sınırlılık da katılımcıların cinsiyetleriyle ilgilidir; kadın katılımcıların sayısı erkek katılımcılardan çok daha fazladır. Başka bir sınırlılık ise, verilerin, Türkiye'nin iki büyük şehri olan Ankara ve İstanbul'dan toplanmış olmasıdır. de Jong ve

arkadaşlarının (2005) çalışmasında başka Türlü Adlandırılmayan Aşırı Stres Bozukluğunun kültürel arası geçerlik çalışmasında karşılaştıkları kültürel farklılıklar Türkiye'nin kırsal kesimlerinde de söz konusu olabileceği düşünülmüştür. Güvende hissetmeyle ilgili soruların çatışma ve şiddetin yoğun olduğu bölgelerde farklı algılanması, soyut kavramları ölçen suçluluk, sorumluluk ve utanca ilişkin soruların bu kavramların gerçek davranışlara işaret etmesinden dolayı anlamsızlaşması, cinsel somatizasyon ve diğerlerinin mağdur edilmesi sorularının sosyal olarak istenen yanıtları alması ve disosiyatif deneyimlerin spiritüel varlıkların ele geçirmesi olarak düşünülmüşünden dolayı bazı disosiasyon sorularının kavramsal denkliğiyle ilgili sorunlar yaşanabileceği düşünülmüştür.

Diğer yandan, bu çalışma, önemli sayıda katılımcıyla gerçekleştirilmiş ve katılımcı gizliliği korunmuştur. Veriler çeşitli demografik özellikleri olan katılımcılardan toplanmıştır. Bu çalışma, disosiasyon gibi oldukça tartışmalı bir kavramın incelenmesiyle travma literatürüne katkı sağlamaktadır. Sonuçlar, ayrıca, disosiyatif belirtileri ve diğer travmayla ilişkili belirtileri olan kişiler için tedavi seçenekleri konusundaki tartışmalara katkı sağlamaktadır.

Çalışmanın diğer güçlü yanı da psikoloji/psikiyatri alanında bazı dönemlerde görmezden gelinen insan eliyle travma konusundaki araştırmalara katkısıdır. Herman'a göre (1992b), söz konusu görmezden gelmenin sebebi mağdurun travmasının görülmesinin tanıklar için zor olmasıdır. Tanıklık edenlerin, doğal afetlerde mağdura sempati duymaları kolayken, insan eliyle travmada tanıklar kime sempati duyacakları konusunda bir çatışma yaşarlar. Faile sempati duymak, bir şey yapmayı gerektirmediğinden daha kolaydır, ancak mağdurun tarafında yer almak, paylaşmak, acıyı hatırlamak ve harekete geçmek anlamına gelmektedir. Faile sempati duymanın sonucu, mağdurun kişilik özelliklerini failin suçunun nedeni olarak görmektir (Herman, 1992b). Lemelson, Kirmayer and Barad'a (2008) göre, olayları hatırlamak ve unutmak beden ve beyne travmayı kaydeden hafızanın bir işlevi olsa da, aynı zamanda amacı

kamu ve özel hafızaları düzenlemek olan sosyal ve politik süreçlerin de sonucudur. Psikoterapinin odağı birey olsa da, klinisyenlerin çalışmaları sosyal ve politik bağlamların bir parçasıdır ve çalışmalarının da sosyal ve politik sonuçları vardır (Yadin & Foa, 2008).

Daha sonra yapılacak çalışmalarda öz bildirim ölçümleri dışında ölçümler kullanılması yararlı olacaktır. Bu çalışmanın sonuçlarının kadın erkek oranlarının birbirine yakın olduğu bir örnekleme tekrarlanmalıdır. Ayrıca bu çalışma, Türkiye'nin kırsal bölgelerinde tekrarlanabilir. Bu bölgelerde disosiasyonun, cin gibi ruhani varlıkların bedeni ele geçirmesi olarak da algılanabileceğinden, sonuçlar, diğer kültürlerde yapılan çalışmalarla benzerlik gösterebilir (de Jong et al., 2005; Somer, 2005).

Bu çalışma, çocukluk travmaları ile yetişkinlikte travmaya ilişkin belirtiler arasında ilişkiyi ortaya çıkararak, çocukluk travmalarının sonuçlarının klinik ortamda da tanınmasına katkı sağlamaktadır. Herman'a (1992b) göre travmaya uzun süreli maruz kalmanın etkisi bilinmediğinde, travma mağdurlarının tepkileri karakter sorunları olarak görülmekte ve katı bir şekilde eleştirilmektedirler. Çocukluk çağı travmaları, yetişkinlikte kişiye yoğun gelecek duygu ve düşüncelere yol açtığından, çocukluk çağı travmasının tanınması, klinisyenlere danışanlarının yaşadığı birçok sorunun bu duygu ve düşüncelerle başetmeye yönelik başetme stratejileri olduğunun farkına varmalarına yardım eder. Briere (1992) çocukluk çağı travmaları mağdurlarının, çocukken yaşadıkları travmaya ilişkin duygu ve düşüncelerinden kaçınmak için, aşırı alkol kullanımı, madde kullanımı, kendine zarar verme, kompulsiv cinsel aktivite gibi başetme stratejilerini kullanmaya eğilimli olduklarını savunmuştur. Çocukluk çağı travmaları mağdurları, travmanın sonuçlarını yaşamaktan daha kolay olduğu için bu başetme stratejilerini seçebilirler.

Bu çalışma, çocukluk çağı travmalarının, yalnızca travma sonrası stres bozukluğu belirtisi şiddetini değil aynı zamanda başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu

belirti şiddetini de yordadığını göstererek travma literatürüne katkıda bulunmuştur. Bu bulguların klinik sonuçları da vardır. Uzun süreli travmatik yaşantıya maruz kalan kişilerin gösterdiği belirtiler için bir tanının olmadan, bu kişiler için tam bir resim oluşturulması zordur. Ayrıca, uzun süreli travmaya maruz kalan kişiler travmayla ilişkili belirtiler için ayrı ayrı tanı alırlar; bu da tedavilerinde bölünmüş bir yaklaşıma yol açar (Herman, 1992b).

Uzun süren ve insan eliyle gerçekleştirilen travmaya özgü bir tanının kullanılması, uzun süreli travmanın mağdurları için etkili bir tedavinin uygulanması açısından da oldukça önemlidir. van der Kolk (2005)'a göre tedavi açısından başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu arasında önemli farklar vardır. Travma sonrası stres bozukluğu, belli geçmiş olayların etkisi ve bu anıların işlenmesine odaklanırken, duygu düzenlemede zorluk, disosiasyon ve diğerleriyle ilişkilerde sorunlar gibi başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu belirtilerini yaşayan danışanların bu sorunları daha büyük işlevsel bozukluklara yol açtığından, öncelikli olarak ele alınmalıdır. Ampirik olarak geçerli olduğu kanıtlanmış travma sonrası stres bozukluğu tedavilerinin, çocukluk çağı travmaları mağdurlarında etkili olmadığı bulunmuştur. Bunun yerine, terapide danışanın güvenliği, duygularını düzenleyebilmesi, başetme ve kendini yönetme becerileri ve terapötik ilişkiye yoğunlaşılması gerekmektedir (van de Kolk & Courtois, 2005).

Bulguların bir başka klinik sonucu da, çocukluk çağı travmaları sonrasında travmayla ilişkili belirtilerin ortaya çıkmasında disosiasyonun belirleyici rolüdür. Ancak travma sonrası stres bozukluğu belirtileri için etkili olan tedaviler, disosiyatif belirtilerin de eşlik ettiği durumlarda etkili olmayabilir; bu çalışmanın sonuçlarının da işaret ettiği gibi disosiyatif belirtilerin eşlik etmesinin oldukça sık rastlanan bir durum olduğu düşünülürse, bu dikkate alınması gereken bir durumdur. Lanius ve arkadaşları (2010) maruz kalma terapisinin, disosiyatif belirtilerin travma sonrası stres bozukluğunu arttırması ve duygu düzenleyeme gibi belirtileri ve genel sıkıntı ve işlevsel

bozukluklarını arttırması sebebiyle, disosiyatif olan danışanlar için uygun bir seçenek olmayabileceğini belirtmişlerdir. Brewin (2005) maruz kalma terapisinde, uyarılma düzeyi çok yüksek olduğunda, danışan disosiyede eder ve travmatik anının içinde kaybolur. Bu frontal ve hippokompal aktivitede bozulmaya yeniden sebep olacak ve danışan, bilgiyi, görsel hafızadan sözel hafızaya aktarmadan travmayı tekrar yaşayacaktır. Chu (2010) disosiasyonun, çocukluk çağı travmaları için koruyucu işlevini vurgulamıştır. Bu yüzden disosiasyonun koruyucu işlevinin terapide dikkate alınmaması danışanı boğacak ve travmayı tekrar yaşamasına ve bu deneyimi tolere edemediğini tekrar deneyimlemesine sebep olacaktır. Bu sebeple, disosiyatif belirtileri olan danışanlara travmatik olayın işlenmesinden önce, çeşitli alanlarda işlevselliğini arttıracak becerileri inşa etmesine yardımcı olacak aşamalı tedavi uygulanması önemlidir.

Çocukluk travmaları ve travmayla ilişkili belirtiler arasındaki ilişkide disosiasyonun belirleyici rolünün göz önüne alınması terapistlerin tedavide öncelikli olarak çalışacakları alanları belirlemelerine yardım edecektir. Putnam (1997) depresyon, kaygı ve düşük özgüven gibi disosiasyonun ikincil belirtilerine odaklanmak yerine, altında yatan amnezi ve hafıza belirtileri gibi birincil disosiyatif belirtilerin öncelikli olarak çalışılması gerektiğini, ayrıca madde bağımlılığı, kendine zarar verme davranışları ve cinsel davranışlar gibi yan belirtilerin birincil, ikincil ve eşlik eden travma sonrası belirtiler ele almadan çalışılmasının etkili olmayacağını savunmaktadır.

Bu çalışmanın sonuçları disosiasyon, çocukluk çağı travmaları ve bu travmaların sonuçları gibi oldukça tartışmalı konularda literatüre katkı sağlamıştır. Bu konulardaki çalışmalar, yalnızca araştırma alanında değil klinik uygulamalara olan etkisi açısından, özellikle de çocukluk travmaları mağdurlarının tedavisi açısından oldukça önemlidir.

APPENDIX B
CURRICULUM VITAE

PERSONAL INFORMATION

Surname, Name: Özkol, Hivren

Nationality: Turkish (TC)

Date and Place of Birth: 6 July 1977, Van

Marital Status: Single

Phone: +90 533 749 05 04

email: hivrenozkol@yahoo.com

EDUCATION

Degree	Institution	Year of Graduation
MA	University of New Haven I/O Psychology	2002
BS	METU Psychology	1999
High School	Atatürk Anadolu High School, Ankara	1995

WORK EXPERIENCE

Year	Place	Enrollment
2011- Present	Yorum Psychological Consulting	Psychotherapist
2010-2011	Istanbul University Hospital- Psychiary	Extern
2007-2009	Trauma Center at JRI-Boston, US	Research Assistant
2000-2002	University of New Haven	Research and Teaching Assistant

FOREIGN LANGUAGES

Advanced English

PUBLICATIONS

1. Ozkol, H., Zucker, M., & Spinazzola, J. (2011). Pathways to Aggression in Urban Elementary School Youth. *Journal of Community Psychology*, Vol. 39, No. 6, 733-748.
2. Karanci, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., İzmit-Gül, E., Erkan, B. B., Özkol, H. & Yavuz-Güzel, H. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 3: 17303.

HOBBIES

Playing the Piano, Literature, Cinema, Yoga.

APPENDIX C

TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU

ENSTİTÜ

Fen Bilimleri Enstitüsü

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Uygulamalı Matematik Enstitüsü

Enformatik Enstitüsü

Deniz Bilimleri Enstitüsü

YAZARIN

Soyadı : Özkol

Adı : Hivren

Bölümü : Psikoloji

TEZİN ADI (İngilizce) : : The Relations Among Childhood Interpersonal Trauma, Dissociation, Posttraumatic Stress Disorder, and Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans

Doktora

1. Tezimin tamamından kaynak gösterilmek şartıyla fotokopi alınabilir.
2. Tezimin içindekiler sayfası, özet, indeks sayfalarından ve/veya bir bölümünden kaynak gösterilmek şartıyla fotokopi alınabilir.
3. Tezimden bir bir (1) yıl süreyle fotokopi alınamaz.

TEZİN KÜTÜPHANEYE TESLİM TARİHİ: