



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SOMATİZASYON BOZUKLUĞUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI VE KENDİLİK ALGISI DEĞERLENDİRMESİ**

**Hazırlayan
Ayşe Nazlı HUNCA
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Birim TALU**

İstanbul - 2015



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SOMATİZASYON BOZUKLUĞUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASI VE KENDİLİK ALGISI DEĞERLENDİRMESİ**

**Hazırlayan
Ayşe Nazlı HUNCA
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Birim TALU**

İstanbul - 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102052
Öğrenci Adı Soyadı	: Ayşe Nazlı Hunca
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Birim TALU
Tezin Başlığı	: Somatizasyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Kendilik Algısı Değerlendirmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.09.2015	Saati	: 09:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDEDEDİLMİŞTİR.</p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Birim TALU	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN	

(Hunca, Ayşe, Nazlı, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

Somatizasyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Kendilik Algısının Değerlendirilmesi

Özet: Bu araştırmada somatizasyon bozukluğu olan kadınların çocukluk çağı travmaları ve kendilik algıları arasındaki ilişki incelenip değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda somatizasyon bozukluğu ile çocukluk çağı travması arasında olumlu bir ilişkiden söz edilirken, somatizasyon bozukluğu ile kendilik algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bilgilerden yola çıkarak kişinin kendilik algısının ve geçmişteki travmalarının, somatizasyon bozukluğuna etkisi olup olmadığının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini Kocaeli ilindeki Çayırova Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi'ne başvuran ve/veya Çayırova'da ikamet eden, 20 yaş ve üzeri 68 kadın oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, DSM-V Bedensel Algı Bozukluğu Tanı Kriterleri Sorgulaması, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve FisherExact testi ve parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre; medeni durum açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kişinin geçmişinde çocukluk çağı travması varsa, benlik saygısı düşmektedir. Çocukluğunda duygusal istismara uğramış kişilerin psikosomatik belirtileri de artmaktadır. Sonuç olarak; somatizasyon bozukluğu ile benlik saygısı ve çocukluk çağı travması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, çocukluk çağı travması ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Somatizasyon Bozukluğu, Çocukluk Çağı Travması, Kendilik Algısı, Benlik Saygısı

(Hunca, Ayşe, Nazlı, Master's Thesis, İstanbul, 2015)

Childhood Trauma in Somatisation Disorder and Evaluating Perception of Self

Abstract: This study focuses on the correlation between childhood traumas and perception of self in women who suffer from somatisation disorder. In this respect, no study with the focus on correlation between childhood traumas and perception of self has been conducted. Nevertheless a positive correlation has been noted under various studies. Accordingly, the main objective here is to seek and evaluate whether childhood traumas and perception of self have an impact on somatisation disorder. Sample of this study consists of 68 women over the age of 20 applying to Çayırova Centre of Family Consultancy and Education in Kocaeli and/or living in Çayırova. The data is obtained through Personal Information Form as created by the researcher herself, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) and Rosenberg's Self-Esteem Scale. The Kolmogorov-Smirnov Test has also been used while evaluating the findings herein, in addition to the definitive statistical methods, in order to examine the normal distribution. On the other hand while comparing the qualitative data, the Pearson's Chi Square Test and Fisher's Exact Test have been applied to. Also the Mann-Whitney U Test has been used in the comparison of intragroup parameters. Likewise, the Spearman's Rank-Order Correlation Analysis has been consulted to when comparing the scales themselves. The results are found to be within 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level. Findings of this study show that there is a significant difference between the case of married and single women. The level of self-esteem is low in people with childhood traumas. The psychosomatic symptoms are increased in people who have been emotionally abused in their childhood. In conclusion no significant correlation has been found between somatisation disorder and self-respect and childhood trauma. However a significant correlation has been detected between childhood trauma and self-respect.

Keywords: Somatisation Disorder, Childhood Trauma, and Perception of Self.

İÇİNDEKİLER

Özet.....	i
Abstract.....	ii
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi.....	iii
Tablolar Listesi.....	iv

BİRİNCİ BÖLÜM - Araştırma ile İlgili Genel Bilgiler

1. GİRİŞ.....	1
---------------	---

İKİNCİ BÖLÜM – Araştırma ile İlgili Literatür

2.1.Somatizasyon Bozukluğu.....	4
2.1.1. Tarihçe.....	6
2.1.2. DSM-V'e Göre Bedensel Belirti Bozukluğunun Tanı Ölçütleri.....	8
2.1.3. Etiyoloji.....	8
2.1.3.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	12
2.1.4. Epidemiyoloji.....	15
2.1.5. Somatizasyon Bozukluğunda Kişilik Özellikleri.....	18
2.1.6. Somatizasyon Bozukluğunun Kültürle Etkileşimi.....	19
2.1.7. Somatizasyon Belirtilerinin Oluşum Düzenekleri.....	23
2.1.7.1. Depresyon ve Anksiyete.....	23
2.1.7.2. Artmış Fizyolojik Etkinlik.....	25
2.1.7.2.1. Düz Kas Kasılması.....	26
2.1.7.2.2. Çizgili Kas Kasılması.....	26
2.1.7.2.3. Endokrin Salgı ve Kan Akımı Değişiklikleri.....	26
2.1.7.2.4. Merkezi Sinir Sisteminin (MSS) Uyarılma Uyumu.....	26
2.1.7.3. Düşük Ağrı Eşiği.....	27
2.1.7.4. Non-Nosiseptif Ağrı.....	27
2.1.7.5.Psikosomatik Hastalıklar.....	28
2.1.8. Klinik.....	29
2.1.9. Gidiş.....	30

2.1.10. Tedavi.....	31
2.2. Çocukluk Çağı Travması.....	32
2.3. Kendilik Algısı.....	36
2.4.Somatizasyon Bozukluğu ve Çocukluk Travmaları ile Kendilik Algısı Arasındaki İlişkiyle İlgili Araştırmalar.....	41

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1. Gereç ve Yöntem.....	46
3.2. Evren ve Örneklem.....	46
3.3. İşlem.....	46
3.4. Veri Toplama Araçları.....	47
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	47
3.4.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Tanı Kriterleri DSM V.....	47
3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	47
3.4.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	48
3.5.Verilerin İstatiksel Analizi.....	49

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Bulgular ve Yorumlar.....	50
---------------------------	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tartışma.....	108
Sonuçlar.....	113
Öneriler.....	126
Kaynakça	
Ekler	
Özgeçmiş	

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography (Emisyon Bilgisayarlı Tomografi)

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası hastalık sınıflamasının)

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

MRC: The Medical Research Council

STI: Structured Trauma Interview

SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı)

TCK: Türk Ceza Kanunu

CTQ-28: Childhood Trauma Questionnaire (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği - 28)

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

GHQ: Psychiatric Distress

ASQ: Self-Reported Adult Attachment Style

BSI: Somatic Distress

KİOGA: Kalple İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısı

n: Kişi sayısı

ort: Ortalama

p: Olasılık Değeri

r: Korelasyon Katsayısı

sd: Standart Sapma

t: Bağımsız Değişken

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılarda Somatizasyon Dağılımı.....	49
Tablo 2. Tüm Katılımcılarda Sosyodemografik Bulgular.....	50
Tablo 3. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	54
Tablo 4. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Yaş ve Evlilik Yaşı Dağılımı.....	59
Tablo 5. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Çocukluk Çağı Travma Dağılımı.....	60
Tablo 6. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Benlik Saygısı Dağılımı.....	62
Tablo 7. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Benlik Saygısı Dağılımı.....	64
Tablo 8. Somatik Olmayan Kadınlara Göre Benlik Saygısı ile Çocukluk Çağı Travma İlişkisine İlişkin Korelasyon Analizi.....	68
Tablo 9. Gruplar Arasında DSM V Kriterleri.....	91
Tablo 10. Gruplar Arasında CTQ Ölçeği.....	92

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

Somatizasyon bozukluğu olan kişi, duygusal rahatsızlığını bedensel yakınmalarla veya belirtilerle yaşamakta, algılamakta ve iletmektedir (Koptagel-İlal, 1999a). Bu yakınmaların fizik muayenesinde ve laboratuvar değerlendirmesinde organik kökenli olduğunu destekleyecek bir bulgu elde edilememektedir (Sevinçok, 1999).

Organik kökenli bir bozukluk saptanamasa da bedensel yakınmaların ön planda olduğu rahatsızlık durumları çok uzun zamandır var olmasına rağmen; yakın zamanda “somatizasyon” adı altında tanı sınıflandırmalarına girmiş ve ayrı bir hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Buna rağmen somatizasyon ve somatoform bozukluklar bugün en sık rastlanan hasta davranışı ve yakınma nedenleridir (Koptagel-İlal, 1999b).

Somatizasyon kendi başına bir hastalık değil; bir semptom veya ön-yatkınlıktır. Somatizasyon belirtileri ile birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların, “gizli psikiyatrik hastalıkların” %50’sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (Sevinçok, 1999).

Somatoform bozukluk genel halk arasında %5 oranında bulunmakta, toplumdan topluma değişmekle birlikte, bütün dallardan hekimlere başvuran hastalar arasında ise %70-%85 oranında bir sıklık göstermektedir (Koptagel-İlal, 1999b).

Somatizasyon bozukluğu ve çocukluk çağı travma öyküsü arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Güz vd., 2003). Somatizasyon davranışını açıklayan erken yaşam olayları, çocukluk çağı hastalıkları ve çocukluk çağı travmasıdır (Karaer-Karapıçak, 2010).

1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamaya göre; çocuğun sağlığını, fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin ya da toplum tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar çocuk istismarı ve ihmali olarak değerlendirilmektedir. Çocuk istismarı sadece erişkinler tarafından değil çocuğun akranları tarafından da yapılabilir (Güner vd., 2010).

Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamasa da cinsel istismarın nüfustaki yaygınlığı ile ilgili olarak; kadınlar için %6'dan %62'ye, erkekler için %3'den %16'ya kadar değişen oranlar ileriye sürülmektedir. Bulgular, kızların erkeklere göre daha büyük oranlarda cinsel istismara uğramakta olduklarını ve bunu yapan kişilerin daha çok aile içinden çıktığını göstermektedir. Erkek çocukların ise aileden olmayan kişiler tarafından daha büyük oranda istismara maruz kaldıkları anlaşılmaktadır (Saçarçelik vd., 2013).

Literatürde somatizasyon bozukluğu ile kendilik algısı ilişkisini araştıran yayın bulunmamaktadır. Kendilik algısı ile ilgili literatürde çok farklı tanımlamalar vardır. Kişilerarası olgular, kişinin kendilik algısını şekillendirme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kişilerin genel anlamda iletişim tarzları ve kendi iletişim tarzlarını nasıl algıladıkları etkileşim sürecine yansımaktadır (Hisli-Şahin vd., 2010). Kendilik algısı sağlıklı ilişkili davranışlara da yön vermektedir (Öner-Altıok vd., 2010). Bu sebeple bu araştırmada kendilik algısının somatizasyona etkisinin de ölçülmesi hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın amacı; çocukluk çağı travmalarının ve kendilik algısının somatizasyon bozukluğuna etkisini inceleyip değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda; somatizasyon bozukluğu olan ve olmayan bireylerin çocukluk çağı travmaları ve kendilik algıları kıyaslanarak incelenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın sayıltıları; araştırma kapsamındaki bireylerin ölçme aracındaki maddeleri yanıtlarken kendi gerçek duygu, düşüncelerini belirtmiş olduğu ve evren grubunu yeterli düzeyde temsil ettiği varsayılmaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları; araştırmanın verileri Çayıröva Belediyesi Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi'ne başvuran ve/veya başvurmayan fakat Çayıröva'da ikamet eden ya da çalışan 20 yaş üstü kadın bireylerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

Araştırmanın hipotezi; somatizasyon bozukluğu olan bireylerin, çocukluk çağı travması yaşamış olması ve kendilik algısının düşük olması beklenmektedir.

Bu hipotezleri araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmanın, literatürde somatizasyon bozukluğu ve çocukluk ağı travmaları ile kendilik algısının birlikte incelendiği benzer araştırmaların bulunmaması sebebiyle, ilgili literatüre katkıda bulunacağı düşünölmektedir. Ayrıca somatizasyon kavramının erken çocukluk travmalarıyla ve şimdiki kendilik algısı ile ilişkilendirilip, kavramın yerleştirilmesi, tanımlanması ve erken tespit edilmesi için katkı sağlayacağı düşünölmektedir.



BÖLÜM II

2.1. Somatizasyon Bozukluğu

“Soma” Yunanca “beden, vücut” anlamına gelmektedir. Somatoformun tam Türkçe karşılığı ise psikolojik acıyı bedenselleştirmektir (Tokuş, 2012).

Somatizasyon bozukluğu ile ilgili tek bir tanıma ulaşılamamıştır; fakat en yaygın kabul gören tanım Lipowsky tarafından yapılmıştır. Lipowsky'ye göre (1988) “Somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan somatik sıkıntı ve belirtiler yaşama, bunları fiziksel hastalıklarla ilişkilendirme ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimidir.”, başka bir deyişle somatizasyon (bedenselleştirme), altta yatan bir psikiyatrik, psikolojik ya da sosyal sorunun tıbbi açıklaması yapılamayan bedensel yakınmalarla anlatımıdır (Cimilli, 1999).

Kısaca tanımlamak gerekirse somatizasyon “bir hastalık ya da doku hasarı olmaksızın oluşan bedensel belirtiler” şeklinde tanımlanabilir (Alkın, 1999). Bu tanımlamaya göre, psikososyal strese yanıt olarak ortaya çıkan somatizasyon eğiliminin yorumu gözlemcinin çıkarmasına dayanmaktadır. Bunun sebebi; somatize eden bireyler duydukları rahatsızlıkla bunun gerçek nedeni arasındaki ilintiyi genellikle fark etmemektedirler ve psikososyal streslere ruhsal değil de; bedensel yolla bir tepki verdiklerini çoğu kez kesinlikle reddetmektedirler. Ayrıca somatizasyon belirtilerini, organik bir hastalığın kanıtı olarak görüp tıbbi bir tedavi arayışına girme gereksiniminde olduklarına inanmaktadırlar (Babacan, 2003).

Somatoform bozukluğu olan kişinin yaşadığı semptomlar, psikolojik kökenli bedensel belirtiler aracılığıyla hissedilmektedir. Bunun sebebi; psikolojik bozuklukların zihinsel bir süreç sonucu fiziksel bir biçim almasıdır (Tokuş, 2012).

Somatizasyon bozukluğu, fiziksel muayene ve laboratuvar araştırmaları sonucunda tıbbi hastalıklarla açıklanamayan birçok somatik semptomun bir arada bulunmasıyla karakterize bir hastalıktır (Karaer-Karapıçak, 2010).

Somatizasyon bozukluğunda ağrı en sık bildirilen yakınmadır (sırt, karın, baş, göğüs, kasık vb.) ve diğer sık bildirilen yakınmalar: yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı ve çarpıntıdır (Çermik vd., 1999).

Somatik ağrının çeşitli yönlerini kapsayacak bir tanımı şöyle yapılabilir: “Ağrı, vücut dokusuna zarar verici veya verme kapasitesinde olan süreçlerce ortaya çıkarılan, vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen, nâhoş bir duyuşal (sensoriyel) ve duyuşal (emosyonel) yaşantıdır.” (Doksat, 1999).

Genel olarak somatoform bozukluklarda beden iletişim aracı olarak ön plana geçmektedir ve giderek tek araç halini almaktadır (Koptagel-İlal 1999b). Somatizasyon kimi zaman da kalıcı bir kişilik özelliğı olmaktadır ve birçok psikiyatrik bozukluğun sürecinde ikincil bir semptom olarak da görölmektedir. (Koptagel-İlal 1999a). Fakat somatizasyon bozukluğı olan kişi yaşadığı durumlarda herhangi bir numara yapmamaktadır (malingering) veya yaşadığı acıyı olduğundan fazla göstermemektedir; kişi semptomları gerçekten yansıttığı gibi yaşamaktadır (Tokuş, 2012). Yalnız dikkat edilmelidir ki bir hastada somatizasyonun olması, o hastada gerçek bir bedensel hastalığın birlikte bulunmayacağı anlamına gelmemelidir (Çermik vd., 1999).

Somatizasyon konusunda kuramsal çalışmalarıyla tanınan kültürel psikiyatrist Kirmayer, somatizasyonu yedi farklı model içerisinde ele almıştır:

1. Duyguların bedensel yönü olarak somatizasyon,
2. Duyguları dışavurumda yetersizlik sonucu somatizasyon,
3. Dikkatin bedene yönelmesinin sonucu olarak somatizasyon,
4. Bir iletişim biçimi olarak somatizasyon,
5. Sıkıntının dışavurumu olarak somatizasyon,
6. Hasta rolüne girmenin bir yolu olarak somatizasyon,
7. Sağlık hizmetlerinin yapılanmasından kaynaklanan somatizasyon.

“Bu modellerde de göröldüğü gibi somatizasyon biyopsikososyal bütünlük içinde ele alınması gereken bir kavramdır” (Cimilli, 1999).

Keller’in tanımı da Kirmayer’in çalışmasını destekler niteliktedir. Keller’e göre “Somatizasyon multifaktoriyel olarak belirlenen, çok karmaşık bir fenomendir.” (Alkın, 1999). Somatizasyon bozukluğıyla ilgili güncel literatür incelendiğinde somatizasyonun oluşumunda biyolojik, ruhsal ve fizyopatolojik süreçlerin birlikte ve karşılıklı etkileşerek rol oynadığı görölmektedir (Alkın, 1999). Somatizasyonun tipik özelliğı; birçok sistemi ilgilendiren, canlı, bir miktar abartılı ve çok sayıda fiziksel belirtinin beraber var olmasıdır (Karaer-Karapıçak, 2010).

2.1.1. Tarihçe

Somatizasyon kavramının tanımı çok eski zamanlara dayanmaktadır. “Histeri” adıyla bilinen bu sendromun 4000 yıl kadar önce eski Mısır'da tanımlandığı tahmin edilmektedir (Sevinçok, 1999).

İlk olarak “disease” ve “illness” kavramları Hipokrat ve Galen gibi Antikçağ hekimleri tarafından ortaya atılmıştır. Bu kavramlar ilk kullanıldıklarında, ruhsal hastalıklar bedensel hastalıklardan ayırt edilememelerine rağmen ruhsal-bedensel hastalık ayrımının tohumları atılmıştır. Maalesef Türkçe dilinde tam olarak bu iki kavramın karşılığı yoktur; fakat Türk Tıp düşüncesindeki “hastalık yoktur, hasta vardır.” deyiimiyle benzeşmektedir. Buradaki anlamıyla “disease” (kendinde hastalık) ontolojik, insandan bağımsız bir varlığı ve kimliği olan bir kavramken; “illness” (hastalığı öznel olarak yaşantılama biçimi) bireyin özellikleri tarafından belirlenen işlevsel bir kategoridir. Bu anlamda somatizasyon, hastalık olmadan hasta olma olarak tanımlanabilir (Cimilli, 1999).

Yüzyıllar önce, birbirini tamamlayan monosemptomatik ve polisemptomatik olmak üzere iki sendrom tanımlanmıştır. Günümüzde, konversiyon bozukluğu monosemptomatik sendrom olarak bilinirken, somatizasyon bozukluğu ise polisemptomatik sendrom olarak bilinmektedir. Bu iki hastalık sık sık birbirine karıştırılmıştır. (Karaer-Karapıçak, 2010).

Yüzyıllar sonra Freud, histeri kavramını detaylıca incelemiştir ve bu sayede psikanalizin birçok ilkesini ortaya çıkartmıştır. Günümüzde kullandığımız somatizasyon bozukluğunun temelini oluşturacak bir histeri kavramı, Paul Briquet tarafından 1859'da kaleme alınan bir yazıda bahsedilmiştir. Bu yazıda histeri; açıklanabilir bir organik patoloji bulunmaksızın dramatik tıbbi yakınmalarla belirli bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Sevinçok, 1999).

Psikosomatik sözcüğü ilk kez 1818 yılında Heinroth tarafından kullanılmıştır (Babacan, 2003). Wilhelm Steckel ise somatizasyon terimini ilk olarak 1935'te “Rüyaların Yorumu” isimli kitabının gözden geçirilmiş yeni baskısında kullanmıştır (Özen-Şahin, 2007).

1943 yılında somatizasyon ilk defa “derin yerleşimli bir nevrozun dışavurumu olarak ortaya çıkan bir beden rahatsızlığı” şeklinde tanımlanmıştır (Cimilli, 1999). Başka bir deyişle Steckel’e göre somatizasyon, psişik çatışmaları ifade eden fiziksel belirtileri tanımlamaktadır (Özen-Şahin, 2007). Bu tanımdan sonra birçok yazar somatizasyonu farklı şekillerde tanımlamışlardır; fakat her yazarın anlaştığı ortak bir tanım hala yapılamamıştır (Çermik vd., 1999).

Katon ve arkadaşları “Psikososyal ve duygusal sorunları olan hastaların, sıkıntılarını birincil olarak fiziksel belirtilerle ifade etmesi”; Ford, ise “Bedensel belirtilerin psikolojik amaçlar ya da bireysel kazançlar için bilinçdışı düzeyde kullanıldığı durumlar” (Özen-Şahin, 2007); Kleinman ve Kleinman “Bireysel ve sosyal sıkıntılarını, tıbbi yardım arayışına neden olan bedensel yakınmalarla dışavurumu” olarak tanımlamışlardır (Cimilli, 1999).

Somatizasyon, Purtell ve arkadaşları tarafından 1951 yılında nicel bir olgu haline getirilmiştir. Bridges ve Goldberg, somatizasyon için somut ölçütler öne sürmüşlerdir. Somatizasyon bozukluğu olan kişiler, sık sık tıbbi yardım arama eğilimindedirler ve belirtilerini bedensel bir hastalığa atfederler; ancak sorun psikiyatriktir ve psikiyatrik tedaviye yanıt vermektedir (Özen-Şahin, 2007).

1970 yılında Guze, daha net tanımlanan bir “Briquet’s Sendrom” önermiştir ve DSM-III bu sendromu “Somatizasyon Bozukluğu” olarak adlandırmıştır (Sevinçok, 1999).

Kirmayer 1986 yılında diğer yazarların görüşlerini göz önüne alarak somatizasyonun tek başına bağımsız klinik bir tablo olmadığını ve tek bir patolojik süreçle açıklanamayacağını söylemiş, bu durumun farklı tanı kategorileriyle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (Özen-Şahin, 2007).

Lipowsky ise “Psikolojik durumları bedensel duyular, işlev değişiklikleri ve somatik metaforlar biçiminde yaşantılama, kavramsallaştırma ve dışa vurma eğilimi” olarak tanımlamıştır (Cimilli, 1999). Ayrıca Lipowsky somatizasyonla ilgili “Gerçekten de, ‘ne’ olduğu konusunda bile hala tartışmalar olan somatizasyonun ‘neden’ olduğunu yani etiyolojisi konusunda da henüz bir fikir birliği yoktur.” ifadesini kullanmıştır (Alkın, 1999).

2.1.2. DSM-V'e Göre Bedensel Belirti Bozukluğunun Tanı Ölçütleri

- A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti
- B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar
 1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız süreklilik gösteren düşünceler
 2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili sürekli yüksek düzeyde bir kaygı
 3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.
- C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (6 aydan daha uzun süreli olarak).

Ağrının Baskın Olması ile Giden (Önceki Adı Ağrı Bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (6 aydan daha uzun) belirlidir.

Ağır Olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta Derece: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.

2.1.3. Etiyoloji

Kellner'e göre somatizasyon multifaktöryel olarak belirlenen, çok karmaşık bir fenomendir (Kandemir ve Ak, 2013).

Somatizasyon bozukluğunun etiyojisi tam olarak bilinmemektedir, fakat ailesel bir bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Birçok çalışmada somatizasyon bozukluğu olan hastaların, birinci derece kadın akrabalarının yaklaşık %20'sinin somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (Sevinçok, 1999). Bu durum, somatizasyon bozukluğu için ailesel kümelenmenin olduğu kanısını destekler niteliktedir (Karaer-Karapıçak, 2010).

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların, birinci derece erkek akrabalarında ise yüksek oranda antisosyal kişilik ve alkolizme rastlanmaktadır. Bu bulgular antisosyal kişilik bozukluğu ile somatizasyon bozukluğu arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Ek olarak somatizasyon bozukluğunun, sosyopati ile ortak bir etiyojisi olduğu da savunulmaktadır (Karaer-Karapıçak, 2010).

Kadınlardaki somatizasyonun, antisosyal kişilik ile ortak bir etiyojisi paylaştığı da ileri sürülürken; erkeklerdeki somatizasyonun, anksiyete bozukluklarıyla daha çok ilişkili olabileceğine dikkat çekilmektedir (Sevinçok, 1999).

Ayrıca somatizasyon bozukluğunun etiyojisinde biyolojik, nörofizyolojik ve psikoendokrinolojik bir katılımı da göz ardı etmemek gerekmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Süregiden araştırmalardan somatizasyon bozukluğunun biyolojik kökenlerine dair bulgular edinilmektedir. Somatizasyon bozukluğuna neden olan sebepleri tanımlarken, biyolojik ve psikolojik öğeleri birbirinden tümüyle ayırt etmek pek doğru olmayacaktır. Devam eden araştırmalardan, somatizasyon bozukluğunun biyolojik sebeplerinin hücrelerarası haberleşme sisteminde, somatosensoryel girmilerin kabulü ve algılanmasındaki bozukluk olduğuna dair bilgiler elde edilmektedir. Özellikle çevre duyarlılığına bağlı ve travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan somatoform bozukluklarda “limbik tutuşma”dan (limbic kindling) kaynaklanan “biyolojik koşullanma” olma olasılığının oldukça yüksek olduğu da düşünölmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Somatizasyon bozukluğu olan kişilerin dikkat ve bellek ile ilgili sorunlarla ilişkili olarak bilgi işlemede güçlük yaşadıklarını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalar, somatizasyon bozukluğunda genetik ve çevresel etkenlerin önemini de vurgulamaktadır (Bohman vd., 1984).

Başka bir çalışmada somatizasyon bozukluğu olan kişilerin nöropsikolojik işlevleri araştırılmıştır ve frontal loblarında işlev bozukluğu olduğunu gösteren iki tarafı simetrik bozukluklar saptanmıştır. Aynı çalışmada baskın olmayan hemisfer işlev bozukluğu da bulunmuştur ve arka bölgelerin aksine ön bölgelerde bozukluğun daha fazla olduğu bildirilmiştir (Şor-Henry vd., 1981). Baskın hemisfer bozukluğunun somatizasyon bozukluğu olan kişilerde normal kişiler ve depresif kişilere göre daha fazla olduğu da saptanmıştır (Sevinçok, 1999).

Bulunan bir başka biyolojik faktör ise somatizasyon semptomlarının vücudun hangi tarafına atfedilmesiyle ilgilidir: Semptomlar vücudun sol tarafına atfediliyor ise, beynin sağ hemisferinin sola göre daha baskın olduğu bildirilmiştir (Atmaca, 2012).

Ayrıca somatizasyon bozukluğu olan hastaların algıda seçicilikte bozulma yaşadıkları da dikkati çekmektedir (Atmaca, 2012). Bunun sebebi somatizasyon bozukluğu olan hastaların ilgili ve ilgisiz uyaranlara benzer yanıtlar vermeleridir (Karaer-Karapıçak, 2010).

Mac Lean tarafından 1949 yılında yazılan bir yazıda, psikosomatik hastaların duygularını söze dökmekte zihinsel bir yetersizlikleri olduğundan bahsedilmektedir. Mac Lean psikosomatik kişilerde duyguların, neokortekse ulaşım sözel yolla simgesel anlatım bulamadığını, otonom yollarla ifade edildiğini, yani organ diline çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini vurgulamaktadır. Yani psikosomatik kişilerde yaşanan duygular hipotalamustan geçerek neokortekse ulaşamamakta, amigdalada takılıp kalmaktadır (Özen-Şahin, 2007).

Hakala ve arkadaşları (2004) somatizasyon ve ayrışmamış somatoform bozukluğu olan 10 kadın hastayı, 16 sağlıklı kontrolle karşılaştırmış ve kaudat çekirdeklerinin sağlıklı kontrollerinkinden anlamlı olarak daha büyük olduğunu belirlemişlerdir.

Garcia-Campayo ve arkadaşlarının (2001) gerçekleştirdiği tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmasında ise, somatizasyon bozukluğu olan 11 hasta ve kontrol karşılaştırılmıştır. Hastaların dördünde dominant olmayan hemisferde, üçünde iki tarafındaki hemisferde toplam olarak yedisinde SPECT'te hipoperfüzyon gösterilmiştir. Atmaca ve çalışma arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı bir çalışmada stres ve duygularla en yakından ilişkili bölgeler olan hipokampus ve amigdala hacimleri değerlendirilmiştir. Kontrollerle karşılaştırıldığında, sağ ve sol amigdala hacimleri anlamlı olarak daha küçükken; hipokampus, total beyin, gri ve beyaz madde hacimleri farklı bulunmamıştır. Bu durum, somatizasyon bozukluğunun patofizyolojik yönden amigdala ile ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Atmaca, 2012).

Somatizasyonun genetik aktarımıyla ilgili yapılan araştırmalar kalıtsal faktörlerin etkili olmadığını göstermektedir. Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan araştırmalar sonucunda ikizlerden birinde somatizasyon bozukluğuna rastlandığı, diğer ikizde somatizasyon bozukluğunun gelişmediği görülmüştür (Tokuş, 2012).

Somatizasyon davranışının, sosyal öğrenme veya hastalık davranışı modellemesinin sonucunda geliştiği birçok kuram tarafından desteklenmektedir (Karaer-Karapıçak, 2010).

Ford ve Quill tarafından somatizasyon bozukluğuyla ilgili toplumsal iletişim modeli geliştirilmiştir. Bu modele göre; somatizasyon bozukluğu olan kişilerin somatize etmeyi aile ortamında, kendileri için önemli kişilerden destek ve bakım görebilmek amacıyla duyguları ifade etmenin bir aracı olarak öğrendikleri savunulmuştur (Sevinçok, 1999). Bu model destekleyecek diğer bulgular arasında Craig ve çalışma arkadaşlarının 1993 yılında yaptığı çalışma ile Bass ve Murphy'nin 1995 yılında yaptığı çalışmalar sayılabilir. Bu çalışmalardaki ortak bulgu; somatizasyon bozukluğu olan kişilerin ebeveynlerinde, yüksek oranda fiziksel hastalık olduğunu göstermesidir. Öne çıkan diğer bir bulgu ise hangi hastalık davranışının kabul edilebilir olduğu ve pekişeceği, hangisinin sosyal olarak kabul edilemez olduğu ve cezalandırılacağına çocuk tarafından öğrenildiğidir (Karaer-Karapıçak, 2010).

2.1.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Ego, bedenle bağıını hiçbir zaman tam anlamıyla koparmamış bir oluşum şeklinde tanımlanmaktadır. Psikanalitik açıklamalarda sıkça “Beden-Ben” şeklinde söz edildiğine rastlanmaktadır. Yeni doğanda ruhsal aygıtı oluşturan id, ego, süperegö bölümleri henüz birbirinden ayrışmamış bir çekirdek halinde bulunmaktadır ve çocuğun gelişim sürecinde bu bölümler yavaş yavaş gelişerek ayrışmaktadır. Egonun ayrışması üç yıl, süperegönünki altı yıl kadar sürmektedir. Ruhsal örgütlenme tamamlanıp ruhsal aygıtın üç bölümü haline gelmektedir. Fakat bu gelişim süreci dıştan gelen etkilerle kolayca bozulabilmektedir. Bu süreç sonucunda, nevrozlarda önem taşıyan çatışma dinamizması ortaya çıkabilmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Doğum öncesindeki yaşam, tümüyle bedensel bir sistemdir. Doğum sonrasında dış ortamla kurulan ilişki, ilk olarak doğum sırasındaki bedensel bütünlükle devam etmektedir. Yeni doğan, henüz tümüyle somatiktir; tüm algı, duygu ve iletişim beden üzerinden oluşmaktadır. Yaşama yönelik enerjinin kaynağı olan dürtülerin gelişimi de ilk olarak beden üzerinde oluşur. Dış ortam içindeki gelişim süreci sırasında, bir yandan dış çevreden gelen uyarılar ve etkiler algılanıp tanınır. Çocuk bunlara uyum sağlamayı öğrenirken, bir yandan da yavaş yavaş bedeninden uzaklaşmaya (desomatizasyon) başlamaktadır (Koptagel-İlal, 1999a).

İnsanlararası etkileşimin temeli iletişime dayanmaktadır. Çocuğun gelişim süreci sonunda, sözel iletişim ön plana geçmektedir. Ancak, insanlararası etkileşim genellikle sözel iletişimin sınırlarının ötesindedir. Duygu ve düşünceler başka bir sisteme çevrilerek sözel iletişim sistemine uydurulmaktadır. Sözel iletişimde, düşünceler olduğu gibi ve eş zamanlı olarak iletilememektedir. Bunun sebebi, sözel iletişim hızının düşünceden çok daha yavaş olmasıdır. Böylece iletişimde sözcüklü ve sözcüksüz aktarımlardan çok daha fazla bir düşünsel içerik oluşmaktadır. Psikanaliz ve analitik yönelimli psikoterapi, her ne kadar sözel iletişime dayalı olarak yürütülse de, somatik davranışlar ve tepkiler bu ilişkide önemli bir iletişim aracı, hastanın kendi iç dünyasının kapısını açması için hekime sunduğu bir “anahtar” görevi görmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Somatizasyonu her şeyden önce bir anlatım biçimi, bir iletişim yolu olarak kabul etmek daha doğru olmaktadır. Bedensel yakınmalar, hastalık tipinde ortaya çıkan somatizasyonda bir iletişim biçimi şeklinde tanımlanmaktadır. Burada duygusal sıkıntıların beden diliyle anlatılması yoluna başvurulmaktadır. Kişi duygusal yaşantılarını adlandıramayıp, dile dökemeyip, beden belirtileriyle ifade etmektedir. Fakat, bu durum kişinin sadece yaşadıklarının bir anlatımı değildir; aynı zamanda kendisi için “önemli bir kişi”ye bir mesaj vermesidir. Böyle bir mesaj, pozitif bir geribildirim alırsa ve ikincil faydaları da birlikte getirirse, o zaman somatizasyon yerleşerek, hastalık haline dönüşebilmektedir (Kandemir ve Ak, 2013).

Sözel iletişimin gelişmesinde ilk olarak beden kullanılmaktadır. Başlangıçta sadece salt bedenden çıkan, herhangi bir anlam yüklenmemiş bir ses çıkarılmaktadır. Çıkarılan ses, henüz iletişim anlamı taşımamaktadır. Zaman içinde çıkarılan sese annesinden ya da bakım veren kişiden alınan tepkilerle ve aynı sesin tekrarlanması karşılığında aynı cevabın alınması sonucunda, bu ses belli bir anlam niteliği kazanmaya başlamaktadır. Anne tarafından çıkarılan sese belli sözcüklerle yanıt verilmesiyle belli davranışlara simgesel takılmalar oluşmaktadır. Çıkarılan sesler, gittikçe annenin konuşma diline uygun bir nitelik kazanmaktadır. Böylece, alfabedeki harflerle açıklanabilen sözel iletişime doğru gidilmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Psikanalitik kuram; psikosomatik rahatsızlıklara, hastalığın gelişimindeki ruhsal işlevi anlamaya çalışarak yaklaşmaktadır. Bu yaklaşıma göre; somatizasyon bozukluğunda bedensel belirtilerin, bilinçdışı sıkıntının bir miktar dışa yansıtılmasıyla dürtü boşalmasına izin veren bir işlev gördüğü gösterilmektedir (Atmaca, 2012).

Psikodinamik kuram; somatizasyon davranışını, ruhsal çatışmanın bilinçdışı savunma süreci sonucu bedensel semptomlara dönüştürülmesi olarak tanımlamaktadır. Bu semptomların kişide stres yaratmasıyla kişinin işlevselliği düşmektedir (Tunaboğlu, 2008).

Somatizasyon bozukluğu olan bazı kişilerde, savunma mekanizmalarının önemli bir rol oynadığı öne sürülmektedir. Konuyla ilgili net istatistiksel veriler bulunmamaktadır; çünkü savunma mekanizmalarının somatizasyon bozukluğunda kaç kişi için ne derece etkin olduğunu ampirik olarak ölçmek çok zordur ve bu tarz çalışmaların sayısı oldukça azdır. Somatizasyon; bilinçdışı süreçte, savunma mekanizmalarının uygunsuz kullanılmasıyla, bedensel rahatsızlığa yol açan bir nevroz olarak tanımlanmaktadır (Karaer-Karapıçak, 2010). Başka bir deyişle, bilinçdışı çatışmaların sempatik ve parasempatik sinir sistemi ile uyarılan beden kısımlarındaki artmış somatik duyular ile temsil edildiği nevrotik bir savunmadır. Ayrıca somatizasyonun psikolojik sıkıntının farkındalığına veya ifadesine karşı bir savunma olduğunu öne süren yazarlar da bulunmaktadır (Özen-Şahin, 2007).

Somatizasyonun temelinde zihinleştirme vardır. Zihinleştirme yoluyla vücuttan boşaltılamayan dürtü, bedensel yolla ortaya çıkmaktadır. Zihinleştirme kapasitesi; iç sıkıntıları, depresyonu, kişisel çatışmaları tolere edebilmeyi ve anlaşma yapmayı sağlamaktadır. Bu kapasite, dürtülerin düzenlenmesi için gerekli olan işlevlerin tümüdür (Tokuş, 2012). Örnek olarak baş ağrısı, zihinsel ketlenmeyle ortaya çıkmaktadır. Dürtüsel etkinlik, zihinsel olarak akıllaştırılmadığı için bedende oluşmaktadır. “Paris psikosomatik okulundan Pierre Marty, Michel Fein ile birlikte baş ağrısı çeken hastalar üzerinde yaptığı çalışmalar sonunda, bu hastalarda baş ağrısının zihinsel tutukluk (inhibisyon) ile birlikte ortaya çıktığı ve tüm dürtüsel enerjinin boşalımı için tek bir yolun kaldığı yorumunu yapmıştır. Zihinselleştirme yoluyla boşalma olanağı bulamayan dürtüsel güçler, somatization yolunu seçmek zorunda kalmaktadır.” (Özen-Şahin, 2007).

Psikosomatik kişilerde somatizasyon sonucu ortaya çıkan bedensel problemlerin altında kin (hostilite) ve saldırganlık (agresyon) görülmektedir (Tunaboşlu, 2005). Kin ve saldırganlık duygularıyla baş edemeyen kişilerde yadsıma, yer değiştirme ve mantıksallaştırma gibi savunma mekanizmaları ile varolan duygusal sorunların yerini bedensel belirtiler almaktadır. Üstesinden gelinmesi güç sorunlarla uğraşmak yerine bedensel duyularını ile uğraşmaları sağlanmaktadır (Yücel ve Polat, 2007).

İyi hissetme duygusu, beden ve ruhun bütün olmasıyla oluşmaktadır ve böylece kişide psikosomatik denge kurulmaktadır. Dışarıdan gelen her tür uyaran, kişide psikolojik ve somatik olarak eş zamanlı verilen yanıtları oluşturmaktadır. Beden çok hastaysa kişi, ruhsal olarak da iyi olamamaktadır veya tam tersi yaşanmaktadır; ikisi birbirinden kopuk değildirler. Bu uyumlu olup olamama durumu, ruhsal süreç üzerinden gelişmektedir ve savunma mekanizmalarının bu süreci tolere edip edememesiyle alakası vardır (Tokuş, 2012).

Duygular ifade edilemez ya da sözel olarak paylaşılamazsa çatışmayla, gerilimle ve somatik yakınmalarla anlatılmaya çalışılmaktadır (Özen-Şahin, 2007). Psikosomatik kişilerin şikayetleri sıradanlaşmıştır, somatik ifadeler monoton şekilde açıklanmaktadır. İfade edilen semptomlarda her zaman simgesel bir anlam vardır (Tokuş, 2012). Örneğin; anksiyetenin yerini; bağırsaklarda, solunum veya dolaşım sistemlerindeki duyumlar alabilmektedir. Bu şekilde ifade edilen duygular kişi tarafından tam olarak deneyimlenememektedir ve anksiyetenin baskısı azaltılamamaktadır. Bu duygusal durumun kronikleşmiş haline Freud ve Bleuler boğulmuş duygular adını vermiştir (Özen-Şahin, 2007).

2.1.4. Epidemiyoloji

Somatizasyon bozukluğu tüm kültürlerde görülebilen çok yaygın bir rahatsızlıktır ve her zaman eşlik eden başka tıbbi ya da psikolojik bir rahatsızlık olması zorunluluğu yoktur (Karaer-Karapıçak, 2010).

Somatizasyon, güncel yaşamda da çok sık rastlanan bir olgudur. Sağlıklı bireylerin %80'i tek bir hafta içinde gelip-geçici bedensel duyumlar ya da yakınmalar şeklinde adlandırılan bir ya da daha fazla bedensel belirti yaşamaktadırlar (Özer, 2010). Diğer çalışmalar da bu görüşü destekler nitelikte gözükmektedir. Topluma dayalı çalışmaların çoğunda toplumun yaklaşık %80'inde her ay, en az bir, bazen birden fazla bedensel belirti ile hekimlere başvuru olduğu sonuçları elde edilmiştir (Kandemir ve Ak, 2013). Fakat 1988'de Lipowsky'nin yazısına göre yardım arama davranışı ya da tıbbi tedaviye başvuru olmadığı sürece, işlevsel yakınmaların olması klinik anlamda bedenselleştirme sayılmamaktadır (Özer, 2010).

Somatizasyon bozukluğunun, ülkemizde yaygınlığına ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Psikiyatri polikliniklerine başvuruların değerlendirildiği çalışmalarda somatizasyon bozukluğunun %43-68 oranında olduğu bildirilmiştir (Atmaca, 2012).

Kullanılan farklı tanı ölçütleri, sonuçlarda değişime neden olsa da ortalama olarak tüm sağlık sistemi içinde nedeni açıklanamayan bedensel yakınmalarla başvuran kişilerin oranı %10 ile %30 arasında değişmektedir (Özer, 2010).

Somatizasyon bozukluğu herhangi bir yaşta görülebilir; ancak en sık görüldüğü yaş 20 ile 60 arasındadır (Sheehan ve Banerjee 1999; Özen-Şahin, 2007). Genellikle ergenlik döneminde olsa da, %90 oranında 25 yaşından önce başladığı görülmektedir (Karaer-Karapıçak, 2010). Sheehan ve Banerjee, 1999 yılında yayınladıkları ileri yaşlarda somatizasyon bozukluğu ile ilgili yapılan araştırmaların değerlendirildiği bir çalışmada, yaş ile somatizasyon belirtileri arasında zayıf bir ilişkinin bulunduğunu saptamışlardır. Beklenenin aksine ileri yaşın, fiziksel yakınma bildirmenin arttığı bir dönem olmadığı görülmüştür (Sheehan ve Banerjee 1999; Özen-Şahin, 2007).

Pribor ve çalışma arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı bir çalışma, Sheehan ve Banerjee'nin çalışmasını destekler niteliktedir. Bu çalışmada; genç somatizasyon hastalarının tıbbi hizmetleri en az yaşlı somatizasyon hastaları kadar kullandığı bildirilmiştir. Ayrıca depresyon ya da başka bir tıbbi hastalık olduğunda, yaşlı hastalarda somatizasyonun görülme olasılığının arttığını vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Özer, 2010).

Somatizasyon bozukluğunun, gelişmiş toplumlardan ziyade kırsal kesimde görülme sıklığı daha fazladır. Düşük sosyoekonomik ve kültürel seviyesi olan toplumlarda daha sık oranda somatizasyon bozukluğuna rastlanmaktadır (Karaer-Karapıçak, 2010).

Epidemiyolojik çalışmalar; toplum içinde sıklıkla görülen bedensel belirtilerin, baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olduğunu bildirmektedir. Amerika'da yapılan epidemiyolojik alan çalışmasına katılan 13.538 kişide, %25'inde göğüs ağrısı, %25'inde baş ağrısı, %24'ünde karın ağrısı, %23'ünde sırt ağrısı, %25'inde yorgunluk belirtisi bulunmuştur. Belirtilerin %31'i tıbben açıklanamamıştır. Hamilton ve arkadaşlarının İngiltere'de yapmış oldukları bir araştırma gastroenteroloji, nöroloji ve kardiyoloji kliniklerinin değerlendirme sonrası belirtileri, tıbbi açıdan açıklanamayan kişilerin oranını sırasıyla %53, %42 ve %32 olarak bildirmektedir. Carson ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada İskoçya'da nöroloji kliniklerine başvuran 300 hastada tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastaların oranını %30 olarak belirtmişlerdir (Kandemir ve Ak, 2013).

Kadınların erkeklere göre somatizasyon bozukluğuna eğilimi daha fazladır (Karaer-Karapıçak, 2010). Diğer çalışmalar da somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.2 ile %2 arasında, erkeklerde ise %0.2'den az olduğunu göstermektedir (Sevinçok, 1999).

Feder ve arkadaşlarının, çok sayıda tıbben açıklanamayan belirtileri olan, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran 172 hastayı değerlendirdikleri bir çalışmada; kadın olmak, yalnız yaşıyor olmak, düşük ekonomik gelire sahip olmak ve ileri yaşta olmak, tıbben açıklanamayan belirtilerle ilişkili sosyodemografik etkenler olarak saptanmıştır (Kandemir ve Ak, 2013).

Bridges ve Goldberg (1985) tarafından yapılan araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların %33'nün psikiyatrik bozukluk gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bunlar arasında saf somatizasyon (bedenselleştirme) %32, bedensel hastalıkla birlikte psikiyatrik semptom gösterme %27, istemli somatizasyon %24, somatizasyon dışı psikiyatrik semptom gösterme %17 olarak belirlenmiştir (istemli somatizasyon ikincil somatizasyon anlamındadır). Doktora başvuru olmadığı sürece gelip geçici fiziki semptomlar normal bir olgu olarak kabul edilmektedir (Özer, 2010).

Somatizasyon bozukluğunun tanı kriterlerini karşılayan ve birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların yaklaşık %5'inden fazlası psikososyal strese bağlı somatizasyon yaşamaktadır (Karaer-Karapıçak, 2010).

2.1.5. Somatizasyon Bozukluğunda Kişilik Özellikleri

Somatizasyon bozukluğu olan kişilerde, kişilerin bedenlerini yaşamalarında bir bozukluk vardır. Normalde kişinin beden yaşantısı bir süreklilik halinde gelişmektedir. Beden dengesi, bedenini değerlendirme, beden işlevleri ve beden dinamizması bütünleşerek, bütünleşmiş bir yaşantı olmaktadır. Somatoform bozukluklarda, bu bütünlükte bir bozulma bulunmaktadır (Koptagel-İlal, 1999a).

Ruesch 1948 yılında psikosomatik kişilerde yaptığı analitik terapi seanslarında edindiği gözlemlere dayanarak, bu hastaların diğer nevroziklerden farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel ya da sembolik olarak ifade edemediklerini bildirmiştir. Psikosomatik şikayetlerle gelen bu kişilerin, duygularını veya gerilimlerini ifade etmelerinin tek yolu bedensel tepkiler aracılığıyla olmaktadır (Özen-Şahin, 2007).

Ruesch bu özellikleri psikosomatik hastalıkların temelinde yatan asıl sorun olarak görmüş ve bu özellikleri çocuksu kişilik (infantil personality) olarak kavramsallaştırmıştır. Ona göre çocuksu kişilik yapısı, psikosomatik hastalıkların temelinde yatan sorunun özünü oluşturmaktadır. İç ruhsal çatışmalarını kavramsallaştırarak algılama, çözümleme ve anlatımda yüksek düşünce düzeyindeki ruhsal anlatım terimlerini kullanma yetenekleri azdır. Bu yüzden sorunlarını, imgelemi daha zayıf, somut edimsel düşünce düzeyinde sergilerler (Koptagel-İlal, 1999a).

Freedman ve Sweet, duygularını sözel olarak ifade edemeyen psikosomatik kişileri duygu cahilleri (emotional illiterates) olarak tanımlamışlardır. Bu kişiler, kaygılarını bedenselleştirmeleri sebebiyle duygusal yaşantılarının da farkında değildirler (Özen-Şahin, 2007). Sifneos, psikosomatik hastaların sözel olarak duygularını ifade etmede zorluk yaşadıklarını, duygu ve hayalleri olmadığını gözlemlemiştir (Koptagel-İlal, 1999a).

Somatizasyon yatkınlığı olan kişilerde; “algı katılığı” (perceptual rigidity), bağımlılığı kabule hazır olma, çatışmalarını kendi içinde işlemeyip dışarı atarak kendinden uzak tutma ve sorunlarla başetmede pasif edilgin rolde kalma belirgin kişilik özellikleridir. Rost ve arkadaşları, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran somatizasyon hastalarında; kaçınan, paranoid, savunucu ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptamıştır (Koptagel-İlal, 1999a).

2.1.6. Somatizasyon Bozukluğunun Kùltùrlerle Etkileşimi

Somatizasyon; evrensel bir fenomendir, ancak kùltür tarafından biçimlendirilir. Somatizasyonun toplumlar arasında farklı oranlarda görüldüğü ve bunun zaman içerisinde değişim gösterdiği iyi bilinmektedir (Cimilli, 1999).

Kişinin yetiştiğı kùltürel ortam; kişiye, toplumda ya da önemli yakınlarıyla etkileşim sırasında, neleri ifade etmenin kabul görüp göremeyeceğini öğretmektedir. Ayrıca sosyokùltürel sınıf, eğitim seviyesi ve ait olunan alt kùltür; duygusal rahatsızlığı somatizasyon olarak ifade etme oranını da yakından etkilemektedir (Karaer-Karapıçak, 2010). Başka bir deyişle “Somatizasyon kùltürel bir iletişim şekli ve davranış biçimidir.” denilebilir (Kesebir, 2004).

Yazarların üzerinde anlaştığı nokta ise bu bireylerde duygulanımsal dilin, sözcüklerden çok bedensel imgelerden oluştuğudur. Bu dile somatotimik dil denmektedir. Kirmayer, yalnızca bedensel olarak da olsa her kùltürün yaşadığı zorlukları ifade etmek ve iletişimde bulunmak üzere kullandığı kendine özgü sembolleri, değişik anlatım biçimleri ve sosyal ritüelleri olduğunu ve bu iletişim biçiminin kendi içinde bir tutarlılığı ve işlevi olduğunu hatırlatmaktadır (Kesebir, 2004).

Son yıllarda yapılan araştırmalar somatizasyonun evrensel bir olgu olduğunu; cinsiyete ve belli bir sosyokùltürel sınıfa ya da etnik gruba özgü olmadığını göstermektedir (Kesebir, 2004). Aynı zamanda kùltür ve cinsiyetle ilgili somatik belirtilerin tipi ve sıklığı kùltürlere göre değişebilmektedir (İren-Akbıyık vd., 1999).

Afrika ve Güney Asya bölgelerinde rastlanan yalancı nörolojik belirtilerden birkaçı; ellerin ve ayakların yanması, kafada solucan veya derinin altında karıncalar dolaşması biçimindeki yakınmalar şeklindedir (Sevinçok, 1999). Az gelişmiş diye tanımlanan toplumlarda, sözel anlatım sansüre uğramaktadır. Üstelik, beden yoluyla iletişimin geleneksel bir özelliğı de vardır. Dolayısıyla, somatizasyonun az gelişmiş diye tanımlanan toplumlarda yüksek oranını bu açıdan da değerlendirmek gerekir. Kadınlarda somatizasyonun, erkeklerden daha fazla görülmesini de aynı bağlamda, yani onların sosyokùltürel ve sosyoekonomik kalıpların daha yoğun baskısı altında olmalarıyla açıklamak mümkündür (Koptagel-İlal, 1999a).

Türk kültüründe de sorunlar direkt diyalog kurarak değil; dolaylı anlatımla (vücut dili ile) ifade edilmektedir (Aksakal, 1999). Ankara’da daha önceden somatizasyon ile ilgili yapılan bir çalışmada en sık somatik semptomların baş ve eklem ağrıları, bulantı, diyare, ekstremitelerde uyuşma ve yanma olduğu saptanmıştır (İren-Akbıyık 1996).

Almanya’da yaşayan Türklerle yapılan çalışmalarda yaşanan ruhsal sıkıntıların somatik semptomlar şeklinde dışavurumunun anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalar kendi yetiştiği ülke ve kültürden farklı bir yerde yaşayan kişilerin ruhsal sıkıntılar sonucu ortaya çıkan yakınmalarında tip, sayı ve ağırlık açısından gerek kültüre özgü, gerekse yabancılıktan kaynaklanan belirgin farklar olduğunu ortaya koymuştur (İren-Akbıyık, 1996).

Almanya’da çalışan bir Türk psikiyatristin bildirdiğine göre zorlu iş ve yaşam şartları altında kalan Türk göçmenlerde; gastrit, peptik ve duodenal ülserler, baş ağrıları ilgi ve dikkat azlığı, terleme atakları ve anksiyeteye çok sık rastlanmaktadır (İren-Akbıyık, 1996).

Mirdal tarafından Danimarka’da 75 Türk göçmen kadını üzerinde yapılan bir çalışmada, göçmen kadınlarda somatizasyona bir meyil olduğu gösterilmiştir. Göğüste sıkışmanın en belirgin somatik yakınma olduğu öne sürülmüş, kas ağrısı, baş ağrısı, boğazda şişlik, nefes darlığı ve boğulma hissini de bu grupta sık rastlanan belirtiler olarak sıralamıştır (Özen-Şahin vd., 2009).

Psikosomatik hekimliğin ünlü isimlerinden Groen’e göre: “Fakirlik ve geri kalmışlığın hastalık doğurucu tek etmen olduğuna inanmak safdillik olur. Toplum, insanlararası iletişim tarzı ve hastalık arasında her zaman bir bağlantı vardır. Her toplum lâıyk olduğu hastalıklara sahiptir!” Ekonomik ve sosyokültürel bakımdan alt düzeyde bulunan insan kesimlerinde, bir yandan sosyoekonomik bağımlılıklar, bir yandan da eğitim yetersizliği sözkonusudur. Bu kişilerin çoğunun entellektüel gelişimi özgür olarak sözel iletişime elvermemektedir. Dolayısıyla, bu kesimlerden kişilerin, bazen psikososyal sansür, bazen de entellektüel ayrışmamışlık nedeniyle, stresleriyle baş etmede daha büyük güçlüklerle ve engellerle karşı karşıya oldukları görülmektedir. Başka iletişim seçeneklerine kolay uzanamadıklarından, kendi bedenlerini kullanmaları daha kolaydır ya da ellerindeki tek çaredir. Kaldı ki bedensel yakınmalar, koruyucu yanı ağır basan hoşgörüyü karşılandıklarından, ikincil kazanç niteliği de taşımaktadır (Koptagel-İlal, 1999a).

Özen Şahin ve çalışma arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı sistematik olmayan gözden geçirme yazısında, somatizasyonun ve somatize etme eğiliminin kültürel ve sosyolojik boyutları değerlendirilmiştir. Geleneksel olarak adlandırılan toplumlarda, grup içi ilişkiler önceden belirlenmiş ve stereotipiktir. Bu toplumsal ilişki ağı içerisinde, duyguların özgürce dışa vurulması hoş karşılanmamaktadır. Bu sebeple içe atılan duygular, beden diliyle dışa vurulmaktadır. Sonuç olarak somatizasyon kaçınılmaz hale gelmektedir (Cimilli, 1999).

Ayrıca sıkıntının bedenselleştirilmesi, sosyal çevre ile uyumu ve sosyokültürel destek alınmasını sağladığı için daha gelişkin ve daha uyuma yönelik bir mekanizma olarak değerlendirilebilir. Somatizasyon, hem sosyal desteği sağlar hem de kişiyi, sosyal ilişkilerini zedelemeyen hoş görülebilir bir zemine yerleştirir. Pek çok yazar, geleneksel kültürlerde sosyal uyumsuzluğun veya duygudurum bozukluğunun somatik belirtilerle ortaya çıktığını belirtir (Özen-Şahin vd., 2009).

İlkel şekilde nitelenen toplumlarda ise rahatsızlıkların bedensel belirtiler üzerinden ifadesi doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir. Ayrıca rahatsızlıklar kişisel değil; toplumsal sorunlar şeklinde algılanmaktadır. Hastalık tanımı ancak, kişinin farklılaşmış beden idrakı ve işlevi, kültürel zeminde rahatsızlık olarak değerlendirilecek davranış değişikliklerine yol açtığında kabul edilmektedir (Özen-Şahin vd., 2009).

Modernizasyon, kabile ve geniş aile bağlarında çözülmeye yol açarak bireyselleşmeyi arttırmaktadır. Gelişen birey, duygularını sözel olarak dışa vurmaya başlamaktadır. Modern toplumda, yaşantıların duygu imleyen sözcüklerle ifade edilmesi, sıkıntıların dışavurumunda somatizasyonun yerini karşıtı olan psikolojizasyonun almasına neden olmaktadır. Leff, bunun kliniğe yansımalarının histeri azalırken, anksiyete durumlarının artması biçiminde olduğunu ileri sürmektedir. Fakat bu konuda başka görüşler de sunulmaktadır. Batı kültürlerinde ruhsal hastalık stigmatize edilmekte ve bedensel hastalıklar kadar gerçek olarak görülmemektedir. Bu sebeple somatizasyon şekil değiştirmiştir ve yerini nevrasteni, bazı alerjiler ya da kronik yorgunluk sendromu gibi başka hastalıklara bırakmıştır (Cimilli, 1999).

DSM ve ICD, psikiyatrik tanıları sınıflandırmak amacıyla Batı ülkelerinde geliştirilmiştir; fakat Batı dışı kültürlerde geçerlilikleri tartışılmaktadır. Batı dışı kültürlerde görülen bazı ruhsal bozuklukların bu sistemlerdeki tanı kategorileriyle tam olarak örtüşmemesi sebebiyle kültüre özgü tanı sistemlerinin gerekli olduğu ileri sürülmektedir. Çin ve Küba'da kültüre özgü tanı sistemleri oluşturulmuştur. Bu gelişmelerin etkisiyle DSM-IV'ün Ekler bölümüne ayrıntılı bir Kültüre Özgü Tanılar Sözlüğü eklenmiştir. Genellikle Batı dışı kültürlerle özgü tanıları içeren bu sözlükteki somatik belirtiler gösteren ruhsal bozukluklar şunlardır:

1. Ataque de nervios: Latin Amerika ve Akdeniz'in Latin uluslarında görülen sinir krizleridir. Denetimsiz bağırma, ağlama, titreme, sıcak basması yanısıra disosiyatif yaşantılar, bayılma ve intihar jestleri de görülebilir.
2. Bilis ve colera (muina): Latin kökenli topluluklarda görülen ve şiddetli öfkeden kaynaklanan gerginlik, baş ağrısı, titreme, mide yakınmaları, bilinç yitimi ve kronik yorgunluktur.
3. Brain fag (beyin yorgunluğu): Batı Afrika kökenli öğrencilerde görülen, aşırı ders çalışma sonucunda bellek ve konsantrasyon bozukluğu, baş-boyun ağrısı, basınç hissi, görme bozukluğu ve sıcak basmasıdır.
4. Dhat: Hindistan'da görülen, meni ve idrarla ilgili hipokondriyak uğraşlar, halsizlik ve yorgunlukla karakterize bir tablodur.
5. Falling-out (blacking-out): Konversiyon bayılmalarına ABD'nin güneyinde ve Karayip adalarında verilen isimdir.
6. Hwa-byung: Kore'de görülen, öfkenin baskılanmasından kaynaklanan ve çeşitli somatik belirtilerin görüldüğü bir tablodur.
7. Koro: Malezya'da görülen, penis ya da vulvanın beden içine kaçarak ölüme neden olacağı inancıyla karakterize ani ve yoğun bir anksiyete epizodudur.
8. Mal de ojo: Nazar (kemgöz) anlamına gelen bu İspanyolca sözcük daha çok çocuklarda görülen, huzursuz uyku, nedensiz ağlama, diyare, kusma ve ateş ile seyreden bir tabloyu tanımlar.
9. Nervios: Latin Amerikalılarca kullanılan, hem stresörlere karşı aşırı duyarlılığı, hem de stresli yaşam olayları sonucunda ortaya çıkan somatik belirtileri tanımlayan bir deyimdir.
10. Sangue dormido (uyuyan kan): Yeşilburun adaları halkında görülen bu tablo ağrı, duyu kusuru, tremor, paralizi, konvülsiyon, körlük, kalp krizi ve enfeksiyonu içerir.

11. Shenjing shuairuo: Nevrasteniye Çin'de verilen isimdir. Bu bozukluk Çin'de sık görüldüğünden Çin Ruhsal Bozukluklar Sınıflandırılmasına alınmıştır.
12. Shen-k'uei: Çince'de anksiyete ve fiziksel bozukluk olmaksızın görülen somatik yakınmaları tanımlayan bir sözcüktür. Bu tablo, aşırı meni yitimiyle açıklanır.
13. Shin-byung: Kore'de görülen, anksiyete ve somatik yakınmalarla başlayan, disosiyasyonla seyreden bir tablodur.
14. Susto: Latin Amerikalılarda büyük bir korku sonrasında görülen ve somatik belirtilerle seyreden depresyon benzeri bir tablodur.

2.1.7. Somatizasyon Belirtilerinin Oluşum Düzenekleri

2.1.7.1. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon ile fiziksel yakınmaların birlikteliği yüzyıllardır bilinmektedir. Freud bu konuya farklı bir bakış açısı sunmuştur. Freud'un fiziksel belirtilerin psikolojik mekanizmalarla ortaya çıkabileceği görüşü psikiyatriyi çok etkilemiştir. Somatizasyon hakkındaki genel görüş, depresyon ve anksiyetenin özel bir görüntüsü olabileceği yönündedir (Kesebir, 2004).

Somatizasyon ve depresif bozukluk arasındaki ilişkiyi inceleyen üç farklı görüşten bahsedilmektedir. İlk olarak, somatizasyonun depresyonla eş değer olabileceği görüşü yer almaktadır. Bu görüşün çıkış noktası, süregiden ağrı yakınmaları olan olgularla yapılan çeşitli çalışmalardır. Fakat bunlara dair açık kanıtlar bulunmamaktadır. İkinci görüş, "maskeli depresyon" kavramından yola çıkan, somatizasyonun; depresyonun ve anksiyetenin özel ve özgün bir formu olduğu görüşünü içermektedir. Maskeli depresyon kavramı; ağrı ve diğer somatik yakınmaların, belirtilerin ön planda görüldüğü, hipokondriyak uğraşlarla karakterli bir depresyon tablosu şeklinde tanımlanmaktadır. Maskeli depresyonun göreceli olarak bireylerin yaşamının geç dönemlerinde ortaya çıktığı, bu bireylerde depresyon şiddeti ile somatik belirtilerin arttığı bilinmektedir. Maskeli depresyon, kişisel bir yatkınlık temelinde ortaya çıkan ve birbirini izleyen üç aşama ile ortaya çıkmaktadır. Bu aşamalar aşırı duyarlılık, anksiyete ve inkar dönemi, psikosomatik yakınmalar dönemi ve depresyonun ortaya çıktığı son dönemdir. Maskeli depresyon kavramı, tanımladığı durumun belirsizliği yönünden eleştirilmektedir. Üçüncü görüş ise somatik belirtilerin depresif bozukluğun tanı ölçütleri arasında yer alması gerektiğini ileri sürmektedir (Kesebir, 2004).

“Depresif bozukluklu bireylerde somatik belirtilerin nasıl ortaya çıktığı sorusuna Hamilton, somatik belirtilerin büyük çoğunluğunun anksiyeteye bağlı olduğu görüşü ile yanıt vermektedir (1989). Depresif duygudurum anksiyete sonucu yaşanan bedensel strese duyarlılığı arttırmaktadır denmektedir. Lipowsky'ye (1990) göre ise depresif duygudurum kişiyi regresyona sokarak, geçmiş hastalık yaşantılarına ait anıları canlandırmak yoluyla somatik belirtilere yol açıyor olabilir, ayrıca depresif duygudurum ağrı eşiğini düşürerek de somatik belirtilere neden olabilir.” (Kesebir, 2004).

Somatoform bozukluklarda, depresyon ve anksiyetenin sıklıkla birlikte görüldüğü birçok araştırmada belirtilmiştir ve genel gözlemden de fark edilmektedir (Koptagel-İlal, 1999b). Depresyon ve anksiyetede somatik duyum bozuklukları, somatoform bozukluğu olan kişilerde de depresif duygudurumu olduğu bilinmektedir. Bu sebeple bu rahatsızlıkların ortak bir kökeni olduğu varsayılmaktadır (Koptagel-İlal, 1999a).

Dünya Sağlık Örgütü'nün, 15 farklı ülkenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürüttüğü uluslararası bir çalışmanın sonuçları, somatik yakınmaların depresyon ve anksiyeteye güçlü ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Depresyon veya anksiyete tanısı almış %50-80 aralığındaki hastaların ilk sağlık hizmeti başvurularının somatik belirtilerle olduğu saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün somatizasyonla ilgili araştırmasının Ankara ayağında depresyon bozukluğu tanı ölçütlerini dolduran hastaların %95'inin sadece somatik yakınmalarla doktora başvurdukları görülmektedir (Özen-Şahin, 2007).

Depresyonu olan hastaların somatik yakınmalarla hekime başvurdukları ve depresyon seyri sırasında sıklıkla somatizasyon belirtilerinin görüldüğü bilinmektedir. Depresyonun tedavisi ile bu somatik yakınmalar kaybolmaktadır. Ayrıca, hemen her tür somatoform bozuklukta çok yüksek depresyon eşanı oranları (%30-85) bildirilmektedir (Alkın, 1999).

1999 yılında Çermik ve çalışma arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da somatizasyon ve depresyon arasında yüksek bir korelasyon gösterilmektedir. Bu araştırmada, bedenselleştirilen belirti sayısı arttıkça, depresyon düzeyinin de yükseldiği saptanmaktadır. Ayrıca çıkan sonuçlardan bir diğeri de somatizasyonun depresyonu “maskeleyemediği”, aksine her ikisinin de birlikte ortaya çıktığı görülmektedir (Çermik vd., 1999).

Bunlara bakılarak somatizasyon belirtilerinin oluşmasında depresyona yol açan fizyopatolojik düzeneklerin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Hatta somatizasyon belirtilerinin “depresif ekivalan”, “maskeli depresyon” ya da “depresyonun bir gösterimi” olduğu öne sürülmektedir. Somatizasyon belirtilerinin bir kısmından depresyonun sorumlu olduğu düşünülmektedir (Alkın, 1999).

Depresyon ve anksiyetede bozukluğu daha çok ruhsal alanda olduğu, bedensel alandaki algı bozukluğunun daha az olduğu bilinmektedir. Ne var ki, depresyon ve anksiyete ile somatoform bozuklukların birbirlerine eşlik etmesi çok sık (%86 civarında) görülmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Somatizasyonda, bedenin görüntüsünden çok işlevinin algılanması; depresyon ve anksiyetede ise bedenin hem görüntüsünün duyumsanması hem de değerlendirilmesi açısından bir bozukluk olduğu görülmektedir (Koptagel-İlal, 1999a).

Anksiyete bozukluklarında da bedensel belirtiler oldukça sık görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik atağı tanı ölçütleri içinde çok sayıda bedensel belirtinin bulunması, tanısal bir örtüşmeye yol açmaktadır. Ayrıca somatizasyon ile anksiyete bozuklukları arasında özel bir etiyolojik ilişkinin olduğunu düşündüren veriler bulunmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu ile somatoform bozukluklar arasında güçlü bir genetik ilişki olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur. Somatizasyon belirtilerinden “somatize anksiyete”nin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Anksiyetenin, somatizasyon belirtilerinin oluşumundaki payı göz ardı edilmeyecek kadar büyüktür (Alkın, 1999).

2.1.7.2. Artmış Fizyolojik Etkinlik

Bazı kişilerde, stres verici yaşam olayları gibi çevresel etkilerin ya da yapısal yatkınlığın neden olduğu fizyolojik etkinlikteki artış, bedensel belirtinin oluşumuna yol açabilmektedir. Fizyolojik etkinlikte artmaya bağlı bazı bedensel belirtilerin oluşumundan sorumlu olan düzenekler aşağıda sıralanmaktadır (Alkın, 1999; Kandemir ve Ak, 2013).

2.1.7.2.1. Düz Kas Kasılması

Düz kas kasılması, özellikle gastrointestinal sistem belirtilerini oluşturmada etkili olmaktadır. Bazı somatizasyon belirtileri, tanı konmamış tıbbi hastalıklara (irritabl bağırsak sendromu) bağlı olabilmektedir. Diğer belirtiler ise, anormal bağırsak motilitesi, Oddi sfinkteri kasın kasılması, ince bağırsak basınç artışı gibi sendromal olarak tanımlanmamış durumlardır (Kandemir ve Ak, 2013; Alkın, 1999).

2.1.7.2.2. Çizgili Kas Kasılması

Çizgili kas kasılması, daha çok ağrı belirtilerinin oluşumunda rol oynamaktadır (Kandemir ve Ak, 2013). Emosyonel durumlarda ve deneysel stres koşullarında, çizgili kas etkinliğinin aşırı arttığı bilinmektedir. Bel ağrısından yakınan hastalarda, stres altında iken paravertebral kasların elektromiyografik etkinliklerinde belirgin artışlar olduğu gösterilmiştir (Alkın, 1999).

2.1.7.2.3. Endokrin Salgı ve Kan Akımı Değişiklikleri

Öfke ve üzüntü gibi emosyonel durumlarda, adrenerjik ve kortikosteroid sistemlerin etkinlikleri artmaktadır. Böylece, oluşan sempatik uyarılmanın kan basıncında artma, kalp atım sayısında ve hacminde artma, solunum sayısında artma ve kan akımında değişiklikler gibi çok sayıda belirti oluşmaktadır. Somatizasyon sendromlarında; hastaların dinlenme ve stres koşullarındaki kortizol ve psikofizyolojik uyarılma düzeylerinin, kontrollerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kandemir ve Ak, 2013).

Bazen tanı konması güç olan doku hasarı (varyant angina) olabilmektedir. Migren, Raynaud Hastalığı, akrosiyanoz gibi kan akımı değişiklikleri yaratan durumlar somatizasyon olarak değerlendirilebilmektedir. Otonom sinir sistemi etkinlik artışına ait psikofizyolojik belirtilerin, psikiyatristler ve diğer hekimlerce “işlevsel” olarak görülmesi ve somatizasyon olarak kabul edilmesi olasıdır (Alkın, 1999).

2.1.7.2.4. Merkezi Sinir Sisteminin (MSS) Uyarılma Uyumu

Psikofizyolojik uyarılma; uyarılmanın algılanışı ve deneyimlenen bedensel belirtiler arasındaki ilişkiye bağlanmaktadır (Alkın, 1999).

MSS'nin uyum düzenekleri, fizyolojik değişikliklerin şiddetini değiştirmektedir. Bazı bireylerde, uyarılmışlık düzeyinin idiyosenkratik bir yükseltme (augmentasyon) eğilimi olabileceği üzerinde durulmaktadır (Kandemir ve Ak, 2013).

2.1.7.3. Düşük Ağrı Eşiği

Ağrı, tamamen sağlıklı bireylerin bile sıklıkla yaşadığı bir belirtidir. Ağrı duyumunun; algısal, affektif ve kognitif öğeleri olduğu bilinmektedir. Bazı bireylerde, idiyosenkratik düşük ağrı eşiğinin olduğu ve bunun da somatizasyon belirtilerine yol açabileceği öne sürülmektedir (Alkın, 1999).

Hipokondriazis ve hastalık fobisinde bu düzeneğin önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Somatizasyon ile ayırıcı tanı sorunu yaratan fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu gibi bazı tıbbi hastalıklarda da düşük ağrı eşiği olduğu belirtilmektedir (Kandemir ve Ak, 2013).

2.1.7.4. Non-Nosiseptif Ağrı

Doksanlı yılların ortalarında, daha önce bilinen ağrı oluşumu düzeneklerinden daha farklı bir “kronik ağrı düzeneği” tanımlanmıştır. Daha çok fibromiyalji hastalarından toplanan veriler temelinde, ısrarlı ya da şiddetli periferik ağrı uyarılarının, MSS'de ağrının sensoriyel işlemlenişinde orantısız bir artışa yol açtığı; oluşan bu “santral duyarlılaşmanın” da ağrı duyumunun nicelik ve niteliğini değiştirdiği anlaşılmıştır (Kandemir ve Ak, 2013). Non-nosiseptif ağrı olarak tanımlanan bu kronik ağrının bazı özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- 1.** Doku patolojisinin derecesi ile karşılaştırıldığında tanımlanan ağrı fazla olmaktadır. Hatta bazen hiç doku patolojisi saptanmamaktadır.
- 2.** Acı verici (noxious) uyarılar, beklenenden daha fazla ağrı yaratmaktadır (hiperaljezi).
- 3.** Normalde acı verici olmayan uyarılar (soğuk, sıcak, ışık, dokunma vb.) bile ağrıya neden olmaktadır (allodynia).
- 4.** Ağrının yaygınlığı, saptanan doku hasarında beklenenden büyük olmaktadır. Santral duyarlılaşma sonucunda daha önce ağrı dışı duyuları ileten sinir liflerinin uyarılmasıyla da ağrı oluşması ve reseptif alanların yaygınlaşması söz konusu olmaktadır (Alkın, 1999).

Araştırma verileri, santral duyarlılaşmanın herkeste oluşmadığını ve genetik bir yatkınlıkla ilişkili olduğunu; özellikle kas kökenli duyularla ilgili olabileceğini; oluşumundan glutamat reseptörleri ve substans-P etkinliklerindeki artışın sorumlu olabileceğini; bazı enfeksiyon ve infamatuvar hastalıkları ertesinde görülmesinin proenfamatuvar sitokinlerin bu sistemi aktive etmesi ile açıklanabileceğini düşündürmektedir (Kandemir ve Ak, 2013).

Non-nosiseptif ağrının oluşmasından sorumlu MSS yapıları içinde, ağrının affektif, kognitif ve motor yanıt kısmını entegre eden anterior singulat ile inen inhibitör sistemin önemli bir parçası olan talamusun adı geçmektedir. İşlevsel MR (Manyetik Rezonans Görüntüleme) ve PET (Pozitron Emisyon Tomografi) çalışmaları, kronik ağrılı durumlarda anterior singulatta aktivite artışı, talamusta ise perfüzyon azalması olduğunu göstermiştir. Bu kronik ağrı klasik ağrı giderici ilaçlara pek yanıt vermemektedir. Tedavi edilemeyen bir kronik ağrının ikincil ruhsal değişikliklere yol açması akla oldukça yakındır. Yukarıda tanımlanan ağrı biçimi klinisyenlerce kolayca psikojen olarak nitelendirilebilmektedir. Alışılmamış, beklenenden farklı ve altta yatan “bilinen bir fizyopatolojik düzenele açıklanamayan” ağrılar genellikle somatizasyon belirtisi olarak kabul edilmektedir. Kronik ağrılarda saptanan “nonnosiseptif ağrı düzeneği”, ağrılı somatizasyon belirtilerinin ve dolayısıyla ağrı bozukluğu başta olmak üzere, ağrı ile karakterize somatoform bozuklukların tanı ölçütlerinin yeniden tanımlanmasını gerektirecek kadar önemli görülmektedir (Alkın, 1999).

2.1.7.5. Psikosomatik Hastalıklar

Psikosomatik sendromlar ve fiziksel hastalıklar sıklıkla somatizasyona yol açabilmektedir; fakat böyle durumlarda somatizasyon ikincil bir süreç olmaktadır. Tanınmayan ya da iyi tedavi edilemeyen psikosomatik belirtiler, ruhsal açıdan sağlıklı kişilerde bile somatizasyon hastalarında tanımlanan “anormal hastalık davranışına” da yol açabilmektedir. Doğru tanı koyamama ve fiziksel hastalıkların somatizasyona yol açabildikleri gerçeği gibi biyoloji dışı etkenler, somatizasyon hastalarında oldukça önem kazanmaktadır (Alkın, 1999).

2.1.8. Klinik

Klinik uygulamada somatizasyon kavramının; yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç bileşeni göze çarpmaktadır. Hastaların subjektif olarak ağrı ya da başka bir somatik rahatsızlık olarak algıladıkları duyular yaşantısal; bu duyuların yorumlanarak ciddi bir bedensel hastalığa bağlanması bilişsel bileşeni oluşturur. Kişinin bu algılarıyla ilgili hareketleri ve iletişim şekli, yani sürekli ağrılarında bahsetmesi ve tıbbi yardım arayışına girmesi ise davranışsal bileşendir. Somatizasyon bozukluğunda kişi, somatik belirtilerini fiziksel bir hastalığa atfetmektedir ve eğer kişi bu belirtiler için tanı ve tedavi arayışına girerse artık klinik bir sorun oluşmuş demektir (Özen-Şahin, 2007).

Somatizasyon; belirgin bir bozukluk ya da tanı kategorisinden ziyade, belli hastalıkları işaret eden belirtilerden bir tanesi, geçici bir stres reaksiyonu, çeşitli psikiyatrik hastalıklara eşlik eden ya da psikiyatrik hastalığın ana belirtisi olarak ortaya çıkan tanımsal bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Özen-Şahin, 2007).

Somatizasyon bozukluğu olan kişilerin anamnezi alınırken tıbbi hikayesi özellikle dikkate alınmalıdır; zira yanlış tanı koyulabilmektedir. Bu bozukluğun temel komplikasyonları; ilaç bağımlılığı, yineleyen cerrahi müdahaleler, birden fazla tanı alma, sağlık hizmetlerini fazlasıyla kullanma, ayrılma, boşanma ve intihar girişimleri şeklinde özetlenebilmektedir (Karaer-Karapıçak, 2010; Sevinçok, 1999). Bu kişiler geçmişlerinde birçok kez değişik polikliniklere başvurmakta, defalarca hastaneye yatmakta ve sık sık üst ihtisas dallarına başvurumaktadırlar. Ayrıca bu kişiler sağlıklarıyla, tıbbi hastalığı olan bireylere göre daha fazla meşgul olurlar. Kendilerini “çok ağır hastadan daha ağır hasta” olarak görürler ve sağlık durumlarını “çok şiddetli” olarak algırlar (Sevinçok, 1999).

Bazı durumlarda ortaya konan organik bir hastalık mevcuttur, ancak hastanın belirtileri tanımlanan hastalık için abartılıdır. Bununla birlikte, somatizasyonun herhangi bir fiziksel hastalığı maskeliyebileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle somatizasyon davranışı olduğu düşünülen vakalarda psikojen nedenler belirgin olsa bile, mutlaka organik tetkiklerin yapılması gerekmektedir (Özen-Şahin, 2007).

Yakınmalar; genellikle anlaşılması güç, renkli ve abartılı bir dille ifade edilmektedir. Fiziksel yakınmalar; tipik olarak, hastanın geçmişi ve sosyokültürel çevresi ile yakından ilişkilidir. Bu hastalar, tıbbi olarak açıklanamayan, çok sayıda öznel fiziksel yakınma ile hekime başvururlar ve bu belirtiler vücudun herhangi bir sistemine ya da bölümüne yönelmiş olabilir. Yakınmalar, muayene yöntemleri ile saptanamaz (Karaer-Karapıçak, 2010).

Kirmayer'e göre en sık görülen bedensel belirtiler; kas-iskelet sistemi ağrıları, kulak-burun-boğazla ilgili yakınmalar, gastrointestinal belirtiler, karın ağrısı, halsizlik ve sersemliktir. Katon ve arkadaşları ise toplumda en sık görülen bedensel belirtileri; baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmişlerdir (Özen-Şahin, 2007).

2.1.9. Gidiş

Somatizasyon bozukluğunda, çoğu fiziksel belirti zaman içinde değişkenlik gösterse de süregiden olmaktadır. Her ne kadar belirtiler azalıp çoğalsa da tamamen kaybolmamaktadır. Somatizasyon bozukluğunun ne zaman başladığı saptanamamaktadır. Somatik kişiler, çok fazla tıbbi yardım aramaktadır. Bu sebeple sık doktor değiştirmektedir ve gereksiz cerrahi işlemlere maruz kalmaktadır. İlaç kötüye kullanımı ya da bağımlılığı oluşturmaları çok sık görülmektedir. Somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayanların, %25'i bir yıl sonra da bu ölçütlere uygunluk gösterir. Başlangıçta bildirilen semptomların %61'i ilerleyen dönemlerde kaybolmaktadır (Karaer Karapıçak, 2010).

2.1.10. Tedavi

Somatik yakınmalarla başvuran hastaların tedavisine yardımcı olacak birçok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemler arasında en çok; aynı doktorla görüşmeler düzenlemek, tedavi edici ilişki geliştirmek ve davranışsal teknikler üzerinde durulmaktadır. Yakınmaların gerçekliğinin sorgulanması yararsızdır. Bu tür sorgulamalar genellikle hastanın, doktoru yetersiz olarak değerlendirmesine neden olmaktadır (Şahin vd., 2001). Somatizasyon bozukluğu olan bir kişinin bu semptomları isteyerek yaratmadığını veya çektikleri acıları çekiyormuş gibi yapmadıklarını bilmek önemlidir (Tunaboşlu, 2005). Hastanın ilk başvurduğu hekimin bu bilgilere sahip olarak ve bu anlayışı benimseyerek tedaviye başlaması, hastalığın kronikleşmesi ve kalıcı bir davranış biçimine dönüşmesini önleyeceği için bu gibi hastalar konusunda psikosomatik tıp bilgisi ve yaklaşımın önemi büyüktür. Ayrıca organik mekanizmanın bilinçli olarak ele alınabilmesi için tedavinin hekim psikoterapistler tarafından üstlenilmesi önemlidir (Koptagel-İlal, 1999a).

Somatik yakınmalarla terapistte başvuran hastaların genellikle bedensel sağlıklarıyla ilgili endişeleri olması sebebiyle, yapılan inceleme ve tetkiklerin sonuçları hastaya açıklanmalıdır. Görüşmelerdeki tema yavaş yavaş fiziksel yakınmalardan, psikososyal duruma kaydırılır. Hastalara, uygun bir görüşme tekniği ile, ifade etmekte zorluk çektikleri duygusal yönlerini anlatabilecekleri bir ortam hazırlanmalıdır. Somatik duyuların yanı sıra duygusal sorunların da konuşulması hastaların yeni bir bakış açısı kazanmasını sağlar. Böylece hastalar, somatik durumlara odaklanmak yerine duygusal sorunlara odaklanmayı öğrenebilir. Hastaların amaçları ve tedaviden beklentileri yeniden düzenlenmelidir. Hastaların tamamen iyileşmeleri her zaman mümkün olmaması nedeniyle, hastalık davranışını değiştirme ve işlevselliğin artırılmasına odaklanılmalıdır (Şahin vd., 2001).

Somatizasyon bozukluğu olan kişiler, defalarca ve aynı semptomlar için sürekli farklı tıp doktorlarına gitmektedir. Bunun nedeni, kişilerin semptomlarını fiziksel olarak görmesidir. Ancak bu kişiler, semptomları açıklayan tıbbi bir sonuca ulaşamamaktadır (Tunaboşlu, 2008).

Psikodinamik yaklaşıma göre; somatizasyon bozukluğu olan kişilerin kendi iç süreçleri ile ilgilenmelerini sağlamak gerekmektedir. Bu aşamada, kişiye sosyal destek sağlamak önem kazanmaktadır (Tokuş, 2012).

Psikodinamik yaklaşıma göre, kişilerin kaygılarını daha iyi tanımlamaya ve kaygılarıyla ilgilenmeye başlamasından sonra semptomlarının azaldığı bilinmektedir. Bunun sebebi; bu semptomların en başında var olan kaygıyla başa çıkmak için oluşturulmuş olmasıdır (Tunaboşlu, 2008).

Davranışçı klinisyenlere göre, somatizasyon bozukluğuna yüksek kaygı eşlik etmektedir ve bu kaygı da bazı hayat olaylarıyla ilişkili olmaktadır. Bu durumda; maruz bırakma (exposure) yöntemi ile kişinin somatik belirtilerinde azalma görülebilmesi için korkularının azaltılması ve hastanın kaygı yaratan durumu ele alması sağlanabilmektedir. Eğer kişi, bu semptomları sadece belirli bir olay sonucu değil de; gündelik hayat problemlerinden kaçmak için oluşturuyorsa, bu semptomları geride bırakmak için daha yoğun bir terapiye ihtiyaç duyması beklenmektedir. Genel olarak önerilen; kişiye stresle nasıl başa çıkacağını öğretmek, hissettiği sınırlamaları nasıl aşabileceğini kendisine göstermek ve kontrol duygusunu kazandırmaya teşvik etmektir. Tedavinin amacı; kişinin bu semptomları kendisinin kontrol edebileceğini düşünmesini sağladıktan sonra, iş hayatı ile sosyal hayatta işlevselliğini arttırmaktır. Bunları sağlamak için de psikoterapi güvenilir bir tedavi alanı sunmaktadır (Tokuş, 2012).

Somatizasyon ender olarak bilinçli bir süreçtir ve hastaların içgörülerini yoktur. Hastanın doktora inanması için, erken dönemde “hiçbir şeyin yok” ya da “hepsi sinirsel” gibi yaklaşımlardan kaçınıp yakınmaların “yasallaştırılması” yerinde olacaktır. Saptanan ikincil kazançların kaldırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır (Şahin vd., 2001).

Araştırmalar kanıtlamıştır ki, somatoform bozukluk gösteren hastalara hekimler tarafından çok sayıda ilaç verilmektedir. Bunlar arasında en çok antidepressanlar kullanılmakta, ardından da trankilizanlar gelmektedir (Koptagel-İlal, 1999b; Tokuş, 2012).

2.2. Çocukluk Çağı Travması

İstismar; insan ilişkilerinde bir tarafın diğerini kasıtlı olarak, o kişinin zararına ve aleyhine olacak şekilde kötü amaçla kullanması şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ya da çocuğu yaralama şeklinde olabilmektedir. Ek olarak böyle bir ilişkiyi teşvik etmek, ilişkiye izin vermek ve duyarsız kalmak veya bundan bir çıkar sağlamak da bir istismar olarak ele alınmaktadır (Saçarçelik vd., 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (1999) çocuk istismarı veya çocuğa karşı kötü muameleyi: Çocuğun sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda; sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar veren, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, ihmali ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar şeklinde tanımlamaktadır (Ovayolu vd., 2007).

“Çocuk istismarı ve ihmali; anne-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylemlerin sonucu olarak; çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık güvenliliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. İstismar ve ihmalin bu farklı şekilleri yalnız aileleri değil; toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sorunudur.” (Ovayolu vd., 2007).

Belli bir zaman dilimi içinde, bir yetişkin tarafından çocuğun bulunduğu kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması çocuk istismarı şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı, çocuğun yetişkinlik döneminde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Yaşar ve Akduman, 2007).

Risk faktörleri arasında; otorite kullanımı, alkol ve/veya madde kullanımı, ebeveyni ayrı aile, genç yaşta anne olma, sosyal izolasyon, ailenin kalabalık olması, düşük sosyoekonomik düzey, ebeveynlerde çocuklukta psikiyatrik hastalık ve ailede çocukta istismara uğrama öyküsü gibi faktörler sayılmaktadır. Ayrıca çocukları koruyan yasaların yetersiz olması, toplumdaki sosyal eşitsizlikler, savaşlar, silahlanma ve medyadaki şiddet mevcut riski daha da arttırmaktadır (Güner vd., 2010).

TCK madde 103’de, “Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, 3 yıldan 8 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ve “Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, 15 yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur” ifadeleri bulunmaktadır (Gökçen ve Dursun, 2012). Çocukların bedensel, zihinsel ya da ruhsal sağlıklarına zarar veren, gelişimlerini engelleyen tutum ve davranışlar beş farklı şekilde kategorize edilmektedir (Güner vd., 2010).

1. Fiziksel İstismar: Çocuğa karşı yapılan her tür dayak, yaralama, vücutta iz bırakan kaza dışındaki eylemlerdir. Döverek, yakarak ya da ısırarak da yapılabilir. Otoriteyi sağlamak, cezalandırmak ya da öfke boşaltmak için elle ve/veya aletle, çocuğun vücudunun herhangi bir yerine iz bırakacak şekilde şiddet uygulayarak çocuğa zarar verilmesini kapsamaktadır.
2. Cinsel İstismar: Çocuğun kendisinden en az 4 yaş büyük bir kişi tarafından, cinsel haz amacı ile zorla ya da ikna edilerek cinsel etkileşime maruz bırakılması cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun rızasının olup olmaması önem teşkil etmemektedir. Çocuğun ırzına geçilmesi, cinsel organlarının ellenmesi, müstehcen sözlere maruz bırakılması, yetişkinin cinsel organlarını okşamaya yöneltilmesi veya zorlanması, çocuğun pornografide ya da fuhuşta kullanılması, çocuğa pornografik materyal izlettirilmesi, teşhircilik vb. gibi davranışlara maruz bırakılması çocuğun cinsel olarak istismar edilmesi tanımına girmektedir.
3. Duygusal İstismar: Çocuğun iç görüşünü ya da duygusal bütünlüğünü bozan her türlü eylem ya da eylemsizlik duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır. Bu eylem ve eylemsizliklerden bazıları: Reddetme, yalnız bırakma, aşırı koruma, aşırı hoşgörü, baskı, sevgiden ve uyarandan yoksun bırakma, sürekli eleştiri, aşağılama, tehdit, korkutma, yıldırma, suça yöneltme, suçlama, yok sayma, çocuğun yaşına ve özelliklerine uygun olmayan beklentiler içinde olma, çocuğu aile içi uyuşmazlıklarda taraf tutmaya zorlama, aile içi şiddete tanık etme vb. davranışlardır.
4. Ekonomik İstismar: Çocuğun gelişimini engelleyecek şekilde, haklarının ihlal edilerek, herhangi bir işte ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ve/veya çalıştırılması ekonomik istismar şeklinde tanımlanmaktadır.
5. Çocuk İhmali: Çocuğun beslenme, barınma, giyim, hijyen, oyun, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmetini sağlama görevinin reddedilmesi ya da yerine getirilmemesi çocuk ihmali olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa fiziksel ya da duygusal olarak bilinçli ve isteyerek zarar verilmesi “aktif” çocuk ihmali olarak tanımlanırken; bilgisizlik, olanaksızlık, umursamazlık gibi nedenlerle zarar verildiğinde “pasif” çocuk ihmalinden söz edilmektedir (Güner vd., 2010).

Çocuk istismarı, karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur (Ovayolu vd., 2007).

“Çocukluk çağı cinsel taciz ve tecavüz yaşantısına ek olarak, yaşanan bölgenin coğrafi yapısı, etnik ve kültürel özellikleri ile bağlantılı (töre, gelenek, silah kullanımı) örseleyici yaşam olayları da görülmektedir. Ülkemizde, özellikle son dönemde, kadınlara yönelik yaralama ya da ölümlerle sonuçlanan şiddet olaylarındaki artış dikkat çekicidir. Erken yaşta zorla evlendirilme, dini nikaha dayalı evlilikler, okuma ve yazma oranının düşüklüğü, kız çocuklarının eğitime katılmasının zor olması ya da engellenmesi, kırsaldan kente göç olgusu, hızlı sosyal değişimler, aile geçimsizlikleri, kadının sosyal statüsünün yetersizliği kadınların çoklu travmaya maruz kalmasında ve kadınlara yönelik şiddet olaylarının artışında etkili olmaktadır.” (Yeloğlu vd., 2012).

Çocuk istismarı; çocuğun kendini fiziksel, cinsel ya da psikolojik saldırganlığa karşı koruyamayacak kadar güçsüz olduğu bir dönemde oluşmaktadır (Zoroğlu vd., 2000). Tedavi edilmesi en zor olan travma şekli olarak belirtilmektedir (Yaşar ve Akduman, 2007). Ayrıca bu travmalar, çoğunlukla çocuğun yaşamını devam ettirdiği ortamda oluşmaktadır ve en yakınları tarafından yapılmaktadır. Bu sebeple çocuk ne fiziksel olarak kaçabilmektedir, ne de savaşıp mücadele edebilmektedir. Yaşanan travmanın fiziksel ve ruhsal etkileri genellikle disosiyasyon savunma düzeneği ile uzaklaştırılmaya çalışılmaktadır (Zoroğlu vd., 2000).

Psikanalitik kurama göre travma, üstesinden gelinebilmesi için rüyalarda tekrar tekrar yaşanmaya devam etmektedir. Travmanın diğer sık etkilerinden birinin de travmaya özel korkular olduğu bilinmektedir. Travmayı anımsatan durumlarda; taşikardi, terleme, ateş basması gibi otonomik belirtiler gözlenmektedir. Travmadan korunmak için kaçınma davranışları sergilemek ve yaşam stilini onun üzerine yeniden düzenlemek gibi belirtiler de gözlenebilmektedir. Travma sonrasında tekrarlayıcı davranışlar görülebilmektedir. Özellikle 1 yaş öncesi dönemde travmaya uğrayan kişilerde, farkında olmayarak yapılan sık davranış tekrarları ve erişkinlikte de kişilik özellikleri olarak değerlendirilen davranışlar yanında terleme, taşikardi, solunum sayısında artış gibi belirtiler de görülebilmektedir. Travma sonrası sık rastlanan durumlardan biri de umutsuzluk, çaresizlik duygularının oluşması, olaylara daha karamsar bakış açısının gelişmesidir. Erken dönemde travma yaşayan kişilerde Erikson’un tanımladığı temel güven duygusu tam gelişmemektedir. Bu sebeple yetişkinlik döneminde depresyona eğilim oldukça arttırmaktadır. Travma sonrası oluşabilecek bu gibi değişikliklerin dışında kişide; yoğun inkar, bastırma, disosiyasyon, saldırganla özdeşim gibi değişik savunma mekanizmaları ile beraber kişilik patolojileri de gelişebilmektedir (Şahiner, 2010).

Travmatik yaşam olayları, kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve kişiyi psikiyatrik bozukluklara daha yatkın hale getirmektedir. “Yaşam olayları bireyin sorunlarla başa çıkma yetisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiğinde benliğin güçlenmesine olanak sağlarken, aşırı şiddette ve başa çıkılmaz olduğunda ruhsal dengeyi bozarak ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olabilmektedir.” (Şahiner, 2010).

Cinsel istismar madurlarının yalnızca %15'inin bildirimde bulunması sebebiyle konuyla ilgili gerçek epidemiyolojik verilere ulaşmak zordur. Yirmi ülkeden yayınlanmış toplam 24 çalışmayı içeren bir derlemede, cinsel istismar oranlarının kadınlar için %7-36, erkekler için %3-29 oranında değiştiği bildirilmiştir. Çalışmalar, ilk istismara uğrama yaşının ortalama 8-12 yaşları arasında zirve yaptığını, 12 yaşından sonra ise belirgin şekilde azaldığını göstermektedir. Araştırmalar, kız çocuklarının özellikle cinsel istismara 3-4 kat daha fazla maruz kaldığını ve erkek çocuk istismarının açığa çıkmasının, kızlara oranla daha az olduğunu bildirmektedir (Selvi vd., 2011). Cinsel istismarın, genel olarak küçük yaştaki kız çocuklarına uygulandığı belirtilmektedir.

İstismarcının, çocuğa yabancı biri olabileceği gibi, genellikle çocuğun çevresinde yaşayan veya toplumda sayılan ve sevilen bir kişi olduğu da görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar, istismarcıların %40.7-66.7 oranında tanıdık olduğunu göstermektedir. İstismarcıların genelde erkek olduğu bildirilmektedir. İstismar eyleminin %30-40 oranında ergenler tarafından gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir (Bilginer vd., 2013).

Son yıllarda çocukluk cinsel istismarında bir artış gözükmektedir. 1998'de Amerika Birleşik Devletleri'nde, çocuk ve ergenlerin binde 1.6'sının cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. Başka ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da benzer oranlardan söz edilmektedir. Ülkemizde ise Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, aile içi cinsel istismarın %1.4 oranında olduğu saptanmıştır (Ovayolu vd., 2007).

2.3. Kendilik Algısı

“Self-esteem” kavramı, Türkçe dilinde benlik saygısı olarak karşılık bulmaktadır ve yaşam boyu devam eden öğrenilmiş bir süreçtir. Benlik saygısı, kişinin kendisini tanıyıp gerçekçi olarak değerlendirmesi kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi algılayarak kabul etmesi ve benimsemesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Ayrıca kişinin kendine duyduğu saygı, sevgi ve güven duygularını da içermektedir (Hamurcu, 2014).

“Benlik saygısı, kişinin kendine saygı duyması kadar kendine güven duyması kendini benimseyip değer vermesi, kendini beğenmesi, onaylaması, kendisinden hoşnut olması, kendini olumlu ve sevilmeye değer bulması gibi pek çok kavramla ifade edilmektedir.” (Öner-Altıok vd., 2010).

Benlik saygısı, dört temel öge altında toplanmaktadır. Bunlar: zihinsel, duygusal, toplumsal ve bedensel öğelerdir. Benlik saygısının oluşması ve gelişmesi için önde gelen etkenler arasında kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyma, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul etme ve benimseme sayılabilir (Tezcan, 2009).

Benlik saygısı, kişinin kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeden kendisinden memnun olmasıdır. Bu memnuniyet haline ulaşmak için kişinin, üstün niteliklerinin olması gerekmemektedir. Kişinin eksik yanlarını da görmesi ve kendini olduğu gibi kabullenerek özüne güvenmeyi öğrenmesidir. Kendinde fark ettiği tüm eksik ya da yanlışlara rağmen, kişinin kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer bulmasıdır (Uyanık-Balat ve Akman, 2004).

Benlik saygısı, doğumdan hemen sonra gelişmeye başlamaktadır. Çocuğun benlik saygısının gelişmesinde en önemli faktör, anne-babanın ve çevresinin çocuğa verdiği tepkilerdir. Eğer aile ve arkadaşları çocuğu severse ve onaylarsa, çocuk kendisiyle ilgili olumlu görüşleri içselleştirir ve benlik saygısı gelişir. Eğer çocuk için önemli olan kişiler, ona değer vermezse, çok eleştirirse, reddederse ya da ihmal ederse benlik saygısı gelişemez (Hamurcu, 2014).

“Harter (1983)’a göre kişinin görünüşü hakkındaki duygularının nasıl olduğu, yani fiziksel saygısı bütün benlik saygısını etkileyen en önemli faktördür. Bunu yaşlıları tarafından kabul edilme takip eder ve akademik yetenek, atletik olma ve moral değerler benlik saygısı üzerinde daha az etkilidir.” (Uyanık Balat ve Akman, 2004).

Benlik saygısının gelişmesinde üç ana kaynak bulunmaktadır: Başkalarının saygısı, yeterlik ve kişinin bu iki kaynağı kendisi için değerlendirmesi (kendilik). Benlik saygısının gelişmesi; anne ya da bakım veren kişinin, çocuğa gösterdiği ilgiye ve uygun yansımaları ilişkiye bağlı olmaktadır. Çocuğun kendi içinde ve dışında olumlu etkileşimler ise çocuk kendine güvenmeyi öğrenmektedir. Çocuğun çevresinden gördüğü fikirler, yaklaşımlar ve duygular kendiliğinin iç ruhsal yapısının parçası haline gelmektedir ve çocuk olumlu duygusal etkileşimler sayesinde kendini sevmeyi öğrenebilmektedir (Özkan, 1994).

Maslow, insanın temel gereksinimlerini sıralarken, benlik saygısının önemli bir gereksinim olduğunu vurgulamıştır ve benlik saygısını temel gereksinimler piramidinde dördüncü basamağa yerleştirmiştir. Maslow'a göre benlik saygısı; güven, değer ve başarıyı ifade etmektedir. Kişinin, kendini gerçekleştirebilmesi için benlik kavramı düzeyinin yüksek olması gerekmektedir. İnsanın diğerlerinden saygı görme ihtiyacı karşılanmadığında, kişi kendini yarımsız ve aşağılık hissedebilmektedir (Hamurcu, 2014).

Harter (1990), "Bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta?" sorularını sorarak benlik saygısı üzerine çalışmıştır ve benlik saygısıyla ilgili iki farklı kuramsal görüş ortaya atmıştır. Birincisi, William James'in görüşünden esinlenilmiştir ve benlik saygısı, bireyin belirli bir alandaki başarısının oranı olarak tanımlanmaktadır. İkincisi, C. Horton Cooley'den esinlenilmiştir ve kişinin kendisi için önemli olan kişilerin, kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algı şeklinde tanımlanmaktadır (Hamurcu, 2014).

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki bireyler diğer insanlar üzerinde daha etkili bir izlenim bırakmak ve çekici görünmek için çabalamaktadır. "Çoğu insan çekici bireylerle daha fazla iletişim kurmak istemektedir. Bu durum benlik sunumu ya da izlenim yönetimi olarak tanımlanmaktadır. Diğer insanlar üzerinde iyi bir izlenim bırakamayacağını düşünen birey ise kaygı yaşamaktadır." (Özcan vd., 2013).

"Tafarodi ve Swann (1995) ise benlik saygısını kendini sevme ve öz-yeterlik olmak üzere iki boyutlu bir yapı olarak ele almışlardır. Kendini sevme boyutu bireyin kendisini öznel olarak değerlendirmesini, sosyal bir varlık olarak değerli görmesini, onaylamasını ifade etmektedir." (Hamurcu, 2014).

Rosenberg'e göre benlik saygısı; bireyin kendisine yüklediği, kendi değeri hakkındaki algılamaları şeklinde tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, benlik saygısı kişinin kendisine karşı olumlu veya olumsuz tutumudur. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise benlik saygısı yüksek; olumsuz bir tutum içinde ise benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (Tezcan, 2009).

Atherley'e (1990) göre, gerçek benliği ile ideal benliği arasında çok az bir fark olan birey, yüksek benlik saygısı geliştirirken; gerçek benliği ile ideal benliği arasında önemli bir farklılık olan birey, düşük benlik saygısı geliştirmektedir (Hamurcu, 2014).

Erikson'a göre benlik saygısının, kimlik gelişimi ve kendilik duygusu kazanılmasında önemli bir rolü vardır. Özellikle adölesan dönem, yani bazı özelliklerin değişip yeni bir benlik oluşumunun yaşandığı süreç, yüksek benlik kavramı düzeyinin oluşması için önemli bir aşamadır (Tezcan, 2009).

Benlik saygısı yüksek olan bireyler, kendilerini olumlu olarak değerlendirmektedir ve güçlü yönleri hakkında kendilerini iyi hissetmektedirler (Uyanık Balat ve Akman, 2004).

Zayıf olan yönlerini geliştirmeye çalışmaktadır. Ayrıca daha yaratıcı, başarılı, sağlıklı, kendine güvenen, atılgan, fikirlerini kolayca ifade eden ve sosyal yönden uyumlu kişiler olarak görülmektedir (Özcan vd., 2013).

Benlik saygısını yüksek seviyede ve tutarlı olarak sürdüren kişiler, daha canlı ve enerjik olmaktadır. Ayrıca hatalarını, kusurlarını kabul ederler ve kendilerini değerli hissetmektedirler. Seçimlerinin sonuçlarını üstlenirler ve belirledikleri amaçlara gerçekçi olarak nasıl ulaşabileceklerini bilmektedirler. Başarısız olduklarında, başa çıkma yollarını yeniden gözden geçirirler ve başka bir yöntem seçmektedirler. Başarısızlığı, tümüyle bir hata olarak değil, kendilerini geliştirmek için bir fırsat olarak görülmektedir. İnsan ilişkilerinde bu bireyler daha toleranslı ve bağımsız olmaktadır. Grup etkileşimlerinin daha fazla olduğu, yaşamı daha anlamlı buldukları, fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu, daha iyi öğrenci oldukları, daha az anksiyeteli ve depresif oldukları, iş yaşamında bağımsızlığa değer veren, yarışmaya açık ve başarılı olmayı arzuladıkları kabul edilmektedir (Hamurcu, 2014).

Rogers; gerçek benlik ile ideal benlik arasındaki uyum ve farklılıkların bireyin benlik saygısını olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini ve bireyin benlik saygısının gerçek benliğin ideal benliğe yaklaştığı ölçüde artabileceği üzerinde durmuştur Coopersmith'e göre; benlik kavramı düzeyi yüksek olan birey, kendini olumlu değerlendirir ve kendine olan saygısı da aynı oranda yüksek olur (Hamurcu, 2014).

Benlik saygısı düşük olan kişilerin yaşamlarında mutsuz olma ve ruhsal dengesizlik yaşama ihtimalleri daha fazla olmaktadır. Ayrıca düşük benlik saygısı olan kişiler, sıklıkla anlama yetersizliği ve sosyal izolasyon gibi özellikler göstermektedir. “Yüksek benlik saygısı olan bireyler daha bağımsız olduklarından, mesajın içeriği anlam kazanır. Benlik saygısı düşük olan bireyin kendine güveni azdır, kolay umutsuzluğa kapılır, farklı veya kabul görmeyecek bir fikir ileri süreceklerini düşünerek endişe duyarlar, kendilerini ifade etmek istemezler. Gruplarda katılımcı olmaktan çok dinleyici olmayı tercih ederler. Yüksek düzeyde bir yetkilinin söylediklerine daha kolay inanırlar. Yapılan araştırmalar, düşük benlik saygısı olan bireylerin, alkol bağımlılığı ve yeme patolojileri için (anoreksiya nervoza ve blumia nervoza) önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.” (Hamurcu, 2014). Ek olarak bu kişiler, diğerlerine bağımlıdır, utangaçtır, araştırmacı değildir, kendine güvenleri zayıftır, daha az yaratıcı ve daha otoriterdir (Uyanık Balat ve Akman, 2004). Bu kişiler canlılıklarını ve enerjilerini kaybetmiş ve kendini utanç verici, değersiz, çaresiz hissetmektedirler (Hamurcu, 2014).

“Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza değin değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rol oynadığını belirtmiştir. Kohut, benlik saygısındaki iniş çıkışların benlikte zedeleyici değişikliklere neden olduğunu ve bunun da anksiyete yarattığını, Öner ise düşük benlik saygısının, durumsal anksiyeteye neden olabileceğini, bu durumun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişiler arası olaylarda felaket beklentisine yol açacağını belirtmektedirler.” (Hamurcu, 2014).

“Eski yayınlarda benlik saygısı bağımsız ve görece kararlı bir görüngü olarak tanıtırken, güncel yayınlar bu kararlılığın değişebileceği ve pek çok klinik değişkenden etkilenebileceği yönünde veriler sunmaktadır.” (Kesebir vd., 2014).

Benlik saygısını etkileyen faktörler arasında; kişinin geldiği aile, anne-baba tutumları, eğitim düzeyi, meslek ekonomik durum en önemlileridir. Benlik saygısını olumlu veya olumsuz etkileyen durumları inceleyen araştırmalarda yapılmaktadır. Yapılan araştırmalarda varılan ortak noktalar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Ebeveynin ilgisi ile çocuğun benlik saygısı arasında ilişki bulunmaktadır. Çocuğun benlik saygısı, anne-babasının ilgisi oranında yükselmektedir. Ebeveynlerin ilgisiz davranışı, onun benlik saygısını, baskıcı ve cezalandırıcı bir tutumda olmasından daha çok düşürmektedir.
- Okul yaşamında daha aktif öğrencilik hayatı olan kişilerin benlik saygısı daha yüksek olmaktadır.
- Boşanmış ebeveynlere sahip olan çocukların benlik saygısında biraz düşme olmaktadır. Ebeveynlerden birinin vefatı, çocuğun benlik saygısını düşürmemektedir.
- Aile içinde kardeş sayısı ve doğum sırası ile benlik saygısı arasında ilişki bulunmaktadır. Tek çocukların benlik saygıları daha yüksektir (Hamurcu, 2014).

2.4. Somatizasyon Bozukluğu ve Çocukluk Travmaları ile Kendilik Algısı Arasındaki İlişkiyle İlgili Araştırmalar

Koptagel İlal'ın (1999) yaptığı somatizasyonla ilgili psikodinamik değerlendirmede; erken çocukluk yaşantılarının, somatizasyon bozukluğunun oluşmasında ve davranış biçimi haline gelmesinde büyük bir rolü olduğu ortaya konmuştur. Çocuğun gelişimi boyunca desomatizasyon ve bireyselleşme sürecini olumsuz etkileyen, çocuğun bedensel yoldan algıladığı doyum ve doyumsuzluk duyguları somatizasyona yatkınlık yaratmaktadır. Ayrıca çocuğun beden işlevleriyle aşırı ilgilenilmiş olması ya da çocuklukta geçirilen ve kendisinde hem korku yaratan, hem de ona belli duygusal ve sosyal avantajlar sağlamış olan durumlar ve yaşantısında bedenini ön plana çıkartması somatizasyona eğilimini arttırmaktadır (Koptagel-İlal, 1999a).

Spitzer ve çalışma arkadaşlarının (2008) yaptığı DSM-IV somatizasyon bozukluğu tanısı ve major depresyon tanısı alan 28 kişi üzerinde yapılan çalışmada; bu kişilerin çocukluklarında fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldıkları bulunmuştur. Bu çalışmada; Structured Trauma Interview (STI), DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ve Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ölçekleri kullanılmıştır. Ayrıca bu çalışma; geçmişinde çocukluk çağı travması olan kişilerin, yetişkinlik döneminde de birçok rahatsızlığının yanı sıra somatizasyon bozukluğunun olduğunu da göstermektedir (obezite, migren, kronik ağrı, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk).

Karaer-Karapıçak'ın 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre, somatizasyon davranışını açıklayan başlıca sebepler; erken yaşam olayları, çocukluk çağı hastalıkları ve çocukluk çağı travmalarıdır. Çeşitli somatoform bozukluğu olan kişilerde çocukluk çağı hastalıkları, diğer psikiyatrik veya fiziksel hastalığı olan kişilere göre daha sık ve ciddi şekilde görülmektedir. Ek olarak ebeveynlerin çocuğun hastalıklarına karşı gösterdiği davranışlar, somatizasyon davranışına sebep olmaktadır. Her ne kadar cinsel istismarın somatizasyon bozukluğuyla ilgisi olsa da çocukluk çağı fiziksel istismarı, diğer erken yaşam olaylarına göre somatizasyon bozukluğu için daha belirleyici olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar, somatizasyon bozukluğu olan kadınların %55'inin, duygu durum bozukluğu olan kadınların %16'sının cinsel istismar öyküsü verdiklerini göstermektedir. Çalışmaya; Aralık-2009 ile Nisan-2010 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş olan, DSM IV-TR tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı almış 56 hasta, somatizasyon bozukluğu tanısı almış 19 hasta ve hipokondriazis tanısı almış 16 hasta ile 50 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hasta grupları ile DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I: SCID-I) yapılmıştır. Hasta gruplarının klinik durumlarını ve hastalık şiddetlerini belirlemek amacıyla, panik bozukluğu olan hastalara; Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Depresif Belirti Envanteri, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastalara; Belirti Yorumlama Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Depresif Belirti Envanteri uygulanmıştır. Sağlıklı gönüllülerin var olan psikopatolojilerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla, hem hasta gruplarına hem de sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanmıştır (Karaer-Karapıçak, 2010).

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgular; hipokondriaziste sağlık kaygısı boyutunun, çok önemli bir etken olduğunu desteklemiştir. Sağlık kaygısı teriminin hipokondriazisle eş anlamlı kullanılması, hastayı etiketlemeyi azaltmaktadır. Ayrıca panik bozukluk ve somatizasyon da sağlık kaygısının sık yaşandığı ruhsal sorunlardır. Sağlık kaygısı, bunların yanı sıra sağlıklı kişilerin ve depresyon tablolarının da bir parçası olarak karşımıza çıkabilmektedir (Karaer-Karapıçak, 2010).

Hotopf ve çalışma arkadaşlarının 2000 yılında, The Medical Research Council (MRC) National Survey of Health and Development tarafından elde edilen bilgilerle 43 yıllık hastane yatışlarını inceledikleri araştırmada; çocukluk çağında tıbben açıklanamayan belirtileri olan kişilerin ileri yaşlarında da aynı nedenle hastaneye daha sık yattıkları bulunmuştur. Ayrıca çocukluk çağında geçirilmiş olan bedensel hastalıkların, daha sonraki yıllarda tıbben açıklanamayan belirtiler ile hastane yatışını belirlemediği sonucu da bulunmuştur.

Taylor ve çalışma arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada; birinci basamak sağlık hizmetine başvuran ve tıbben açıklanamayan belirtileri olan 2042 hastaya Psychiatric Distress (GHQ), Somatic Distress (BSI) ve Self-Reported Adult Attachment Style (ASQ) ölçekleri uygulanmıştır. Bulunan sonuçlar, yetişkin bağlanma tarzları ile tıbben açıklanamayan belirtiler arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu kişiler; tıbben yardım arama davranışları sayesinde çocukluklarında eksik kalan ilgiyi, sağlık çalışanlarından edinmeye çalışmaktadırlar.

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler arasında en yaygın olanlardan göğüs ağrısının etkenlerle olan ilişkisinin araştırıldığı Güleç ve çalışma arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007); artmış bedensel belirtilerin yüksek nörotisizm seviyeleri ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmaya, kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı yakınması ile başvuran ve kardiyak etiyojisi saptanamayan 70 hasta katılmıştır. 80 kişilik sağlıklı kontrol grubu; yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından hasta grubuyla eşleştirilerek oluşturulmuştur. Her iki gruba Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Spielberg Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği verilmiştir. Bulunan bir diğer sonuç ise kalp ile ilişkili olmayan göğüs ağrısı yakınması olan grubun; anksiyete, depresyon, aleksitimi, bedensel duyumları büyütme, sürekli öfke ve içe dönük öfke puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olmasıdır.

Şişman ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada; okul çocuklarında en sık görülen somatik şikayetlerin baş ağrısı, karın ağrısı, kollarda ve bacaklarda ağrı, enerjide azalma hissi ve kaslarda güçsüzlük olduğu gösterilmiştir. Ek olarak, somatik belirti gösteren çocukların %79'u okul revirinden yardım talebinde bulunmuştur. Ayrıca kız öğrencilerde daha fazla somatik şikayet olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya, İstanbul'da bulunan iki devlet ilköğretim okulunun 3-8. sınıflarında öğrenim gören 453 öğrenci katılmıştır ve veri toplama araçları olarak; Sosyo-demografik Anket, Çocuk Somatizasyon Envanteri-24 (çocuk formu) ve Okul Reviri İzlem Formu kullanılmıştır.

Özmen ve çalışma arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada; somatik yakınmaların birçok psikiyatrik bozuklukta birlikte görülebildiği ve somatik yakınmaların kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Çalışma; 1-30 Kasım 1990 tarihleri arasında, Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ilk kez başvuran, devam eden bedensel hastalığı olmayan ve başvuru yakınmaları olarak somatik belirtileri ön planda olan 66 hasta katılmıştır.

Altındağ ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; bedensel yakınmalar ile iç hastalıklar kliniğine başvuran hastalarda yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar görülmüştür. Çalışmaya; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi İç Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran, 16-69 yaşları arasında somatoform bozukluk tanısı almış 156 kişi katılmıştır. Çalışmada; Beck Depresyon Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri ve SCID-I kullanılmıştır.

Oğuzhanoğlu ve çalışma arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada; somatoform grubu hastaların psikiyatri dışı kliniklere başvurdukları, özellikle somatizasyon bozukluğunda kadınların çoğunlukta olduğu ve tedavi arayışlarının sık olduğu bulunmuştur. Ayrıca somatoform grubundaki hastaların ailelerinde; antisosyal kişilik çizgileri, affektif bozukluk öyküsü ve alkol kötüye kullanımı kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır. Somatizasyon bozukluğunda distimi; en sık görülen eşlik eden rahatsızlık olarak bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete ile somatizasyon bozukluğunun yakın ilişkisini destekleyecek sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmaya, DSM-III-R tanı kriterlerine göre somatoform bozukluğu tanısı almış 102 kişi katılmıştır ve çalışmada; DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi ve SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) uygulanmıştır.

Öner Altıok ve çalışma arkadaşları tarafından (2010) yapılan çalışmada; kız öğrencilerin benlik saygısı düzeyleri, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca dört yıllık üniversite okumakta olan öğrencilerin, iki yıllık üniversite okumakta olan öğrencilere göre benlik saygıları yüksek çıkmıştır. Ek olarak, son sınıfta okuyan öğrencilerin benlik saygıları, diğer öğrencilere göre yüksek olduğu görülmüştür. Benlik saygısına önemli düzeyde etki eden temel etkenler; yaş, son sınıfta okumak, yaşantıdan memnun olmak ve gelecekte umutlu olmak olarak saptanmıştır. Bu çalışma, Menderes Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan birinci ve son sınıf öğrencilerinden tesadüfî olarak seçilen 1335 kişiden oluşmuştur ve veriler Öğrenci Bilgi Formu'ndan ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden elde edilmiştir.



BÖLÜM III

3.1. Gereç ve Yöntem

Bu bölümde; ilgili araştırmanın evren ve örnekleme, kullanılan ölçme araçları, araştırmanın uygulanışı ve araştırma sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Haziran 2015 ile Ağustos 2015 tarihleri arasında Kocaeli ilinin Çayırova ilçesinde yaşayan ve/veya çalışan Çayırova Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi'ne başvurmuş ya da başvurmamış kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmanın örnekleme ise Kocaeli ilinin Çayırova ilçesinde yaşayan ve/veya çalışan Çayırova Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezine başvurmuş ya da başvurmamış kadınlar; gönüllük esasına uygun olarak seçilmiş, herhangi bir psikiyatrik tanısı, nörolojik veya sistematik kronik bir hastalığı bulunmayan sağlıklı bireylerin oluşturduğu 68 kişiden oluşmaktadır. Belirtilen tarihler arasında 87 kişiye ulaşılmıştır; ancak 19 kişi formları eksik doldurmalarından ötürü araştırmaya dahil edilememiştir. Çalışmaya katılımı kabul eden kişiler, yapılacak işlem konusunda bilgilendirilmiş olup imzalı onamları alınmıştır. Araştırma projesi, Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

3.3. İşlem

Bu çalışma, Çayırova'da ikamet eden ve/veya çalışan kadınların gönüllü katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı katılımcılara özet şeklinde tanıtılmıştır. Örneklemin oluşturulması gönüllülük esasına dayandığı için, katılımı kabul eden kişilere gönüllülük esasının vurgulandığı onam formu verilmiştir ve kişisel bilgilerinin her hangi bir yerde paylaşılmayacağı vurgulanmıştır.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara ilgili formlar, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Her bir uygulama yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcıların somatizasyon davranışları düzeylerinin, çocukluk çağında travma yaşayıp yaşamadıklarının ve kendilik algılarının ölçülebilmesi için katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu, DSM-V Bedensel Algı Bozukluğu Tanı Kriterleri Sorgulaması, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerini belirlemek üzere; araştırmacı tarafından, araştırmanın amaçlarına uygun bir form hazırlanmıştır. Formda katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, aile tipi, sosyoekonomik düzeyi, aynı bölgede yaşama süresi, yetiştiği yeri, aile bireylerinde vefat varlığı, ailesinde ölü doğum varlığı, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, kaçınıcı kardeş olduğu, evlilik yaşı, evlilikle ilgili seçme şansı varlığı, evliliğin görücü usulü olup olmadığı, evlilikte sorunun varlığı, kaç hamilelik yaşadığı, düşük varlığı, çocuk kaybı varlığı, doğum sonrası depresyon varlığı ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır (Bkz. Ek -1).

3.4.2. Bedensel Belirti Bozukluğu Tanı Kriterleri DSM V

DSM V'e göre bedensel belirti bozukluğu tanı kriterleri araştırmaya katılan gönüllü katılımcılar ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek değerlendirilmiştir.

3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Özgün biçimi, 1995 yılında Bernstein ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1996 yılında yazarından izin alınarak Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Yirmi sekiz maddeden oluşan ölçek; çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olarak cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal, fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyutu kapsamaktadır. Tüm alt kategorilerin birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Cinsel ve fiziksel istismar için sorulardan her hangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesi (5 puanın aşılması), istismar varlığı şeklinde düşünülürken; fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği gösterilmektedir. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği bildirilmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri; Türkçe uyarlama ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmasında, tüm katılımcılardan oluşan grup için (N=123) 0,93 olarak bulunurken, Guttman yarım test katsayısı ise 0,97 bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanının 2 hafta ara ile klinik olan ve olmayan katılımcılar üzerinde yapılan test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,90 ($p<0,001$, N=48) bulunmuştur (Bkz. Ek -2).

3.4.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg tarafından geliştirilmiş olan ve 63 maddeden oluşan bu ölçeğin 12 alt ölçeği vardır. Bunlar: “Benlik Saygısı, Kendilik Kavramı Sürekliliği, Eleştiriye Duyarlılık, Tartışmalara Katılma, Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme, İnsanlara Güven Duyma, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Ana-Baba İlgisi, Psişik İzolasyon ve Psikosomatik Belirtiler” şeklinde sıralanmaktadır. Ölçek, 10 maddeden oluşan, dörtlü likert tipi bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Türkçe formunun geçerlilik, güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test tekrar-test güvenilirlik katsayısı .75’tir. Ölçeğin geçerlilik katsayısının .71 olduğu bulunmuştur.

Yüksek puan, düşük benlik saygısını göstermektedir. Benlik Saygısı alt testinden alınan yanıtlar 0 ile 6 puan arasında değerlendirilir. Puanların yorumlanmasında; 0-1 puan alanların “yüksek”; 2-4 puan alanların “orta”, 5-6 puan alanların ise “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Diğer alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar; Kendilik Algısının Sürekliliği alt ölçeğinde sürekliliğin az olduğu; İnsanlara Güvenme alt ölçeğinde güvenin azlığına; Eleştiriye Duyarlılık alt ölçeğinde fazla duyarlılığa; Depresif duygulanım alt ölçeğinde depresyon düzeyinin yüksek oluşuna; Hayalperestlik alt ölçeğinde hayalperestliğin fazlalığına; Psikosomatik Belirtiler alt ölçeğinde belirti fazlalığına; Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme alt ölçeğinde kolaylıkla tehdit edilme duygusuna; Tartışmalara Katılma Derecesi alt ölçeğinde tartışmalara katılma düzeyinin yüksekliğine; Ana-Baba İlgisi alt ölçeğinde ilgi azlığına; Babayla İlişki alt ölçeğinde ilişkinin fazlalığına; Psişik İzolasyon alt ölçeğinde psişik izolasyonun fazlalığına işaretler (Bkz. Ek -3).

3.4.5. Verilerin İstatiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve FisherExact test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Ölçeklerin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 1. Katılımcılarda Somatizasyon Dağılımı

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Somatik Olmayan	23	33,8
Somatik Olan	45	66,2
Toplam	68	100,0

Kadınların 23'ü (%33,8) Somatik olmayan, 45'i (%66,2) Somatizasyon grubundaydı (Tablo 1).

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde araştırma probleminin çözümü için araştırmaya katılan kadınların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 2. Tüm Katılımcılarda Sosyodemografik Bulgular

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş grubu	20-29	31	45,6
	30-39	20	29,4
	40 ve üstü	17	25,0
	Toplam	68	100,0
Eğitim düzeyi	İlkokul	7	10,3
	Ortaokul	8	11,8
	Lise	20	29,4
	Üniversite	33	48,5
	Toplam	68	100,0
Meslek	Çalışan	46	76,7
	Ev hanımı	7	11,7
	Öğrenci	7	11,7
	Toplam	60	100,0
Aile tipi	Çekirdek	57	83,8
	Geniş	11	16,2
	Toplam	68	100,0
Sosyo ekonomik düzey	Alt	4	8,7
	Orta	39	84,8
	Üst	3	6,5
	Toplam	46	100,0

Aynı bölgede yaşama süresi	0-5 yıl	18	26,5
	6 ve üstü	50	73,5
	Toplam	68	100,0
Yetiştigi yer	İl	33	57,9
	İlçe	20	35,1
	Köy	4	7,0
	Toplam	57	100,0
Ailede vefat eden birey	Var	19	27,9
	Yok	49	72,1
	Toplam	68	100,0
Ailede ölü doğum varlığı	Var	7	10,3
	Yok	61	89,7
	Toplam	68	100,0
Kaçınıcı çocuk	1	19	28,4
	2	28	41,8
	3 ve üstü	20	29,9
	Toplam	67	100,0
Kardeş sayısı	1	1	1,5
	2	19	28,4
	3	18	26,9
	4	8	11,9
	5 ve üstü	13	19,4
	6	8	11,9
	Toplam	67	100,0
Medeni durum	Evli	31	45,6
	Bekar-dul-boşanmış vs	37	54,4
	Toplam	68	100,0

Evlilik yaş grubu	19 ve altı	12	30,8
	20-25	20	51,3
	26 ve üstü	7	17,9
	Toplam	39	100,0
Evlilikle ilgili seçme şansı	Evet oldu	40	93,0
	Hayır olmadı	3	7,0
	Toplam	43	100,0
Evlilik görücü usulü	Evet	8	22,9
	Hayır	27	77,1
	Toplam	35	100,0
Evlilikle ilgili sorun varlığı	Var	15	39,5
	Yok	23	60,5
	Toplam	38	100,0
Hamilelik sayısı	1	4	13,3
	2	11	36,7
	3	13	43,3
	4 ve üstü	2	6,7
	Toplam	30	100,0
Düşük varlığı	Evet	9	32,1
	Hayır	19	67,9
	Toplam	28	100,0
Ölü doğum varlığı	Evet	3	11,5
	Hayır	23	88,5
	Toplam	26	100,0
Çocuk kaybı varlığı	Evet	2	7,7
	Hayır	24	92,3
	Toplam	26	100,0

Doğum sonrası depresyon varlığı	Evet	9	31,0
	Hayır	20	69,0
	Toplam	29	100,0

Kadınların yaş grubu değişkenine göre 31'i (%45,6) 20-29, 20'si (%29,4) 30-39, 17'si (%25,0) 40 ve üstü olarak dağılmaktadır. Kadınların eğitim düzeyi değişkenine göre 7'si (%10,3) İlkokul, 8'i (%11,8) ortaokul, 20'si (%29,4) lise, 33'ü (%48,5) üniversite olarak dağılmaktadır. Kadınların meslek değişkenine göre 46'sı (%76,7) çalışan, 7'si (%11,7) ev hanımı, 7'si (%11,7) öğrenci olarak dağılmaktadır. Kadınların aile tipi değişkenine göre 57'si (%83,8) çekirdek, 11'i (%16,2) geniş olarak dağılmaktadır. Kadınların sosyoekonomik düzey değişkenine göre 4'ü (%8,7) alt, 39'u (%84,8) orta, 3'ü (%6,5) üst olarak dağılmaktadır. Kadınların aynı bölgede yaşama süresi değişkenine göre 18'i (%26,5) 0-5 yıl, 50'si (%73,5) 6 ve üstü olarak dağılmaktadır. Kadınların yetiştiği yer değişkenine göre 33'ü (%57,9) il, 20'si (%35,1) ilçe, 4'ü (%7,0) köy olarak dağılmaktadır. Kadınların ailede vefat eden birey değişkenine göre 19'u (%27,9) var, 49'u (%72,1) yok olarak dağılmaktadır. Kadınların ailede ölü doğum varlığı değişkenine göre 7'si (%10,3) var, 61'i (%89,7) yok olarak dağılmaktadır. Kadınların kaçınıcı çocuk değişkenine göre 19'u (%28,4) 1, 28'i (%41,8) 2, 20'si (%29,9) 3 ve üstü olarak dağılmaktadır. Kadınların kardeş sayısı değişkenine göre 1'i (%1,5) 1, 19'u (%28,4) 2, 18'i (%26,9) 3, 8'i (%11,9) 4, 13'ü (%19,4) 5 ve üstü, 8'i (%11,9) 6 olarak dağılmaktadır. Kadınların medeni durum değişkenine göre 31'i (%45,6) evli, 37'si (%54,4) bekar-dul-boşanmış vs olarak dağılmaktadır. Kadınların evlilik yaş grubu değişkenine göre 12'si (%30,8) 19 ve altı, 20'si (%51,3) 20-25, 7'si (%17,9) 26 ve üstü olarak dağılmaktadır. Kadınların evlilikle ilgili seçme şansı değişkenine göre 40'ı (%93,0) evet oldu, 3'ü (%7,0) hayır olmadı olarak dağılmaktadır. Kadınların evlilik görücü usulü değişkenine göre 8'i (%22,9) evet, 27'si (%77,1) hayır olarak dağılmaktadır. Kadınların evlilikle ilgili sorun varlığı değişkenine göre 15'i (%39,5) var, 23'ü (%60,5) yok olarak dağılmaktadır. Kadınların hamilelik sayısı değişkenine göre 4'ü (%13,3) 1, 11'i (%36,7) 2, 13'ü (%43,3) 3, 2'si (%6,7) 4 ve üstü olarak dağılmaktadır. Kadınların düşük varlığı değişkenine göre 9'u (%32,1) evet, 19'u (%67,9) hayır olarak dağılmaktadır. Kadınların ölü doğum varlığı değişkenine göre 3'ü (%11,5) evet, 23'ü (%88,5) hayır olarak dağılmaktadır. Kadınların çocuk kaybı varlığı değişkenine göre 2'si (%7,7) evet, 24'ü (%92,3) hayır olarak dağılmaktadır. Kadınların doğum sonrası depresyon varlığı değişkenine göre 9'u (%31,0) evet, 20'si (%69,0) hayır olarak dağılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Somatik Olmayan		Somatik Olan		P
		n	%	n	%	
Yaş Grubu	29 ve Altı	13	%56,5	18	%40,0	$X^2=4,948$ $p=0,084$
	30-39	8	%34,8	12	%26,7	
	40 ve üstü	2	%8,7	15	%33,3	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	1	%4,3	6	%13,3	$X^2=4,213$ $p=0,239$
	Ortaokul	3	%13,0	5	%11,1	
	Lise	10	%43,5	10	%22,2	
	Üniversite	9	%39,1	24	%53,3	
Meslek	Çalışan	16	%76,2	30	%76,9	$X^2=0,318$ $p=0,853$
	Ev Hanımı	2	%9,5	5	%12,8	
	Öğrenci	3	%14,3	4	%10,3	
Aile Tipi	Çekirdek	20	%87,0	37	%82,2	$X^2=0,252$ $p=0,450$
	Geniş	3	%13,0	8	%17,8	
Sosyo Ekonomik Düzey	Alt	1	%6,7	3	%9,7	$X^2=0,115$ $p=0,944$
	Orta	13	%86,7	26	%83,9	
	üst	1	%6,7	2	%6,5	
Aynı Bölgede Yaşama Süresi	0-5 Yıl	5	%21,7	13	%28,9	$X^2=0,400$ $p=0,372$
	6 ve üstü	18	%78,3	32	%71,1	
Yetiştği Yer	İl	11	%57,9	22	%57,9	$X^2=2,400$ $p=0,301$
	İlçe	8	%42,1	12	%31,6	
	Köy	0	%0,0	4	%10,5	
Ailede Vefat Eden Birey Varlığı	Var	4	%17,4	15	%33,3	$X^2=1,921$ $p=0,135$
	Yok	19	%82,6	30	%66,7	
Ailede Ölü Doğum Varlığı	Var	2	%8,7	5	%11,1	$X^2=0,096$ $p=0,559$
	Yok	21	%91,3	40	%88,9	

Ailede Kaçınçlı Çocuk	1	9	%40,9	10	%22,2	$X^2=3,320$ $p=0,190$
	2	9	%40,9	19	%42,2	
	3 ve üstü	4	%18,2	16	%35,6	
Kardeş Sayısı	1	0	%0,0	1	%2,2	$X^2=4,407$ $p=0,492$
	2	9	%40,9	10	%22,2	
	3	6	%27,3	12	%26,7	
	4	3	%13,6	5	%11,1	
	5 ve üstü	2	%9,1	11	%24,4	
	6	2	%9,1	6	%13,3	
Medeni Durum	Evli	5	%21,7	26	%57,8	$X^2=7,969$ $p=0,005^*$
	Bekar-dul-boşanmış vs	18	%78,3	19	%42,2	
Evlilik Yaş Grubu	19 ve Altı	4	%40,0	8	%27,6	$X^2=0,850$ $p=0,654$
	20-25	5	%50,0	15	%51,7	
	26 ve üstü	1	%10,0	6	%20,7	
Evlilikle İlgili Seçme Şansı	Evet Oldu	10	%90,9	30	%93,8	$X^2=0,102$ $p=0,598$
	Hayır Olmadı	1	%9,1	2	%6,2	
Evlilik Görücü Usulü	Evet	1	%10,0	7	%28,0	$X^2=1,313$ $p=0,250$
	Hayır	9	%90,0	18	%72,0	
Evlilikle İlgili Sorun Varlığı	Var	6	%60,0	9	%32,1	$X^2=2,393$ $p=0,122$
	Yok	4	%40,0	19	%67,9	
Hamilelik Sayısı	1	1	%12,5	3	%13,6	$X^2=4,941$ $p=0,176$
	2	5	%62,5	6	%27,3	
	3	1	%12,5	12	%54,5	
	4 ve üstü	1	%12,5	1	%4,5	
Düşük Varlığı	Evet	2	%28,6	7	%33,3	$X^2=0,055$ $p=0,602$
	Hayır	5	%71,4	14	%66,7	
Ölü Doğum	Evet	1	%14,3	2	%10,5	$X^2=0,071$

Varlığı	Hayır	6	%85,7	17	%89,5	p=0,627
Çocuk Kaybı Varlığı	Evet	1	%14,3	1	%5,3	X ² =0,586 p=0,474
	Hayır	6	%85,7	18	%94,7	
Doğum Sonrası Depresyon Varlığı	Evet	2	%25,0	7	%33,3	X ² =0,188 p=0,517
	Hayır	6	%75,0	14	%66,7	

*p<0,05: İstatiksel olarak anlamlı

Yaş Grubu açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X²=4,948; p=0,084>0.05). Grup somatik olmayan olanların 13'ünün (%56,5) 29 ve altı, 8'i (%34,8) 30-39, 2'si (%8,7) 40 ve üstü; grup somatizasyon olanların 18'i (%40,0) 29 ve altı, 12'si (%26,7) 30-39, 15'i (%33,3) 40 ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Eğitim Düzeyi açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X²=4,213; p=0,239>0.05). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%4,3) ilkokul, 3'ünün (%13,0) ortaokul, 10'unun (%43,5) lise, 9'unun (%39,1) üniversite; grup somatizasyon olanların 6'sının (%13,3) ilkokul, 5'i (%11,1) ortaokul, 10'unun (%22,2) lise, 24'ünün (%53,3) üniversite olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Meslek açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X²=0,318; p=0,853>0.05). Grup somatik olmayan olanların 16'sının (%76,2) çalışan, 2'si (%9,5) ev hanımı, 3'ünün (%14,3) öğrenci; grup somatizasyon olanların 30'unun (%76,9) çalışan, 5'i (%12,8) ev hanımı, 4'ünün (%10,3) öğrenci olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Aile Tipi açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X²=0,252; p=0,450>0.05). Grup somatik olmayan olanların 20'si (%87,0) çekirdek, 3'ünün (%13,0) geniş; grup somatizasyon olanların 37'si (%82,2) çekirdek, 8'i (%17,8) geniş olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Sosyoekonomik Düzey açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X²=0,115; p=0,944>0.05). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%6,7) alt, 13'ünün (%86,7) orta, 1'i (%6,7) üst; grup somatizasyon olanların 3'ünün (%9,7) alt, 26'sinin (%83,9) orta, 2'si (%6,5) üst olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Aynı Bölgede Yaşama Süresi açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,400$; $p=0,372>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 5'i (%21,7) 0-5 yıl, 18'i (%78,3) 6 ve üstü; grup somatizasyon olanların 13'ünün (%28,9) 0-5 yıl, 32'si (%71,1) 6 ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Yetiştigi Yer açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2,400$; $p=0,301>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 11'i (%57,9) il, 8'i (%42,1) ilçe; grup somatizasyon olanların 22'si (%57,9) il, 12'si (%31,6) ilçe, 4'ünün (%10,5) köy olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Ailede Vefat Eden Birey açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,921$; $p=0,135>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 4'ünün (%17,4) var, 19'unun (%82,6) yok; grup somatizasyon olanların 15'i (%33,3) var, 30'unun (%66,7) yok olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Ailede Ölü Doğum Varlığı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,096$; $p=0,559>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 2'si (%8,7) var, 21'i (%91,3) yok; grup somatizasyon olanların 5'i (%11,1) var, 40'ının (%88,9) yok olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Ailede Kaçınıcı Çocuk Olması açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,320$; $p=0,190>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 9'unun (%40,9) 1, 9'unun (%40,9) 2, 4'ünün (%18,2) 3 ve üstü; grup somatizasyon olanların 10'unun (%22,2) 1, 19'unun (%42,2) 2, 16'sinin (%35,6) 3 ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Kardeş Sayısı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=4,407$; $p=0,492>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 9'unun (%40,9) 2, 6'sının (%27,3) 3, 3'ünün (%13,6) 4, 2'si (%9,1) 5 ve üstü, 2'si (%9,1) 6; grup somatizasyon olanların 1'i (%2,2) 1, 10'unun (%22,2) 2, 12'si (%26,7) 3, 5'i (%11,1) 4, 11'i (%24,4) 5 ve üstü, 6'sının (%13,3) 6 olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Medeni Durum açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,969$; $p=0,005<0.05$). Grup somatik olmayan olanların 5'i (%21,7) evli, 18'i (%78,3) bekar-dul-boşanmış vs; grup somatizasyon olanların 26'sinin (%57,8) evli, 19'unun (%42,2) bekar-dul-boşanmış vs olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Evlilik Yaş Grubu açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,850$; $p=0,654>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 4'ünün (%40,0) 19 ve altı, 5'i (%50,0) 20-25, 1'i (%10,0) 26 ve üstü; grup somatizasyon olanların 8'i (%27,6) 19 ve altı, 15'i (%51,7) 20-25, 6'sının (%20,7) 26 ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Evlilikle İlgili Seçme Şansı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,102$; $p=0,598>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 10'unun (%90,9) evet oldu, 1'i (%9,1) hayır olmadı; grup somatizasyon olanların 30'unun (%93,8) evet oldu, 2'si (%6,2) hayır olmadı olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Evliliğin Görücü Usulü Olup Olmaması açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,313$; $p=0,250>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%10,0) evet, 9'unun (%90,0) hayır; grup somatizasyon olanların 7'si (%28,0) evet, 18'i (%72,0) hayır olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Evlilikle İlgili Sorun Varlığı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2,393$; $p=0,122>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 6'sının (%60,0) var, 4'ünün (%40,0) yok; grup somatizasyon olanların 9'unun (%32,1) var, 19'unun (%67,9) yok olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Hamilelik Sayısı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=4,941$; $p=0,176>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%12,5) 1, 5'i (%62,5) 2, 1'i (%12,5) 3, 1'i (%12,5) 4 ve üstü; grup somatizasyon olanların 3'ünün (%13,6) 1, 6'sının (%27,3) 2, 12'si (%54,5) 3, 1'i (%4,5) 4 ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Düşük Varlığı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,055$; $p=0,602>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 2'si (%28,6) evet, 5'i (%71,4) hayır; grup somatizasyon olanların 7'si (%33,3) evet, 14'ünün (%66,7) hayır olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Ölü Doğum Varlığı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,071$; $p=0,627>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%14,3) evet, 6'sının (%85,7) hayır; grup somatizasyon olanların 2'si (%10,5) evet, 17'si (%89,5) hayır olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Çocuk Kaybı Varlığı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,586$; $p=0,474>0,05$). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%14,3) evet, 6'sının (%85,7) hayır; grup somatizasyon olanların 1'i (%5,3) evet, 18'i (%94,7) hayır olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Doğum Sonrası Depresyon Varlığı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,188$; $p=0,517>0,05$). Grup somatik olmayan olanların 2'si (%25,0) evet, 6'sının (%75,0) hayır; grup somatizasyon olanların 7'si (%33,3) evet, 14'ünün (%66,7) hayır olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Yaş ve Evlilik Yaşı Dağılımı

	Somatik Olmayan		Somatik Olan		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Yaş	29,830	7,872	34,090	9,846	382,0	0,079
Evlilik Yaşı	20,800	2,936	22,480	3,906	106,5	0,213

İstatistiksel olarak anlamlı değil

Kadınların yaş ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=382,0; $p=0,079>0,05$) (Tablo 4).

Kadınların evlilik yaşı ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=106,5; $p=0,213>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Çocukluk Çağı Travma Dağılımı

	Somatik Olmayan		Somatik Olan		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
CTQ-28 Duygusal İhmal	9,130	4,475	10,044	4,431	444,5	0,340
CTQ-28 Fiziksel İhmal	6,609	2,536	6,800	2,685	483,5	0,635
CTQ-28 Duygusal İstismar	6,783	2,593	6,778	3,254	475,5	0,557
CTQ-28 Fiziksel İstismar	5,522	1,592	5,756	2,963	508,0	0,826
CTQ-28 Cinsel İstismar	5,609	1,588	5,467	1,660	476,0	0,401
CTQ-28 Minimizasyon	0,826	0,937	0,778	0,876	507,0	0,883
CTQ-28	34,348	9,198	35,267	11,337	489,5	0,716

İstatistiksel olarak anlamlı değil

Kadınların duygusal ihmal puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=444,5$; $p=0,340>0,05$) (Tablo 5).

Kadınların fiziksel ihmal puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=483,5$; $p=0,635>0,05$) (Tablo 5).

Kadınların duygusal istismar puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=475,5$; $p=0,557>0,05$) (Tablo 5).

Kadınların fiziksel istismar puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=508,0$; $p=0,826>0,05$) (Tablo 5).

Kadınların cinsel istismar puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=476,0$; $p=0,401>0,05$) (Tablo 5).

Kadınların minimizasyon puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=507,0$; $p=0,883>0,05$) (Tablo 5).

Kadınların çocukluk çağı travma toplam puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=489,5$; $p=0,716>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Benlik Saygısı Dağılımı

	Somatik Olmayan		Somatik Olan		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
RBSÖ-Benlik Saygısı	0,851	0,544	0,968	0,838	503,5	0,85
RBSÖ-Kendilik Kavramının Sürekliliği	2,957	1,107	3,089	1,203	483,5	0,65
RBSÖ-İnsanlara Güven Duyma	1,522	0,947	1,467	0,726	512,0	0,93
RBSÖ-Eleştiriye Duyarlılık	1,826	1,154	1,978	0,812	496,0	0,77
Depresif Duygulanım	1,609	1,500	1,578	1,234	507,0	0,89
RBSÖ-Hayalperestlik	0,783	1,126	0,889	1,335	512,5	0,94
RBSÖ-Psikosomatik Belirtiler	2,522	2,466	3,022	2,398	447,0	0,35
RBSÖ-Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	0,783	1,085	1,200	1,140	407,5	0,13
RBSÖ-Tartışmalara Katılabilme Derecesi	1,000	0,853	0,711	0,815	420,0	0,17
RBSÖ-Anababa İlgisi	1,609	1,877	1,378	1,571	495,5	0,76
RBSÖ-Babayla İlişki	1,565	1,441	1,378	1,403	467,5	0,50
RBSÖ-Psişik İzolasyon	0,727	0,703	0,622	0,834	438,5	0,40

İstatiksel olarak anlamlı değil

Kadınların benlik saygısı puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=503,5; p=0,85>0,05) (Tablo 6).

Kadınların kendilik kavramının sürekliliği puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=483,5; p=0,65>0,05) (Tablo 6).

Kadınların insanlara güven duyma puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=512,0$; $p=0,93>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların eleştiriye duyarlılık puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=496,0$; $p=0,77>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların depresif duygulanım puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=507,0$; $p=0,89>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların hayalperestlik puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=512,5$; $p=0,94>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların psikosomatik belirtiler puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=447,0$; $p=0,35>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=41,5$; $p=0,13>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların tartışmalara katılabilme derecesi puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney $U=420,0$; $p=0,17>0,05$) (Tablo 6).

Kadınların anababa ilgisi puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=495,5; p=0,76>0,05) (Tablo 6).

Kadınların babayla ilişki puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=467,5; p=0,50>0,05) (Tablo 6).

Kadınların psişik izolasyon puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney U=438,5; p=0,40>0,05) (Tablo 6).

Tablo 7. Somatik Olan ve Olmayan Kadınlara Göre Benlik Saygısı Dağılımı

		Somatik Olmayan		Somatik Olan		P
		n	%	n	%	
RBSÖ-Benlik Saygısı	Orta	1	%5,9	4	%11,1	X ² =0,369 p=0,48
	Yüksek	16	%94,1	32	%88,9	
RBSÖ-Kendilik Kavramının Sürekliliği	Düşük	16	%69,6	33	%73,3	X ² =0,107 p=0,48
	Yüksek	7	%30,4	12	%26,7	
RBSÖ-İnsanlara Güven Duyma	Az	1	%4,3	0	%0,0	X ² =2,211 p=0,33
	Orta	7	%30,4	17	%37,8	
	Çok	15	%65,2	28	%62,2	
RBSÖ-Eleştiriye Duyarlılık	Az	9	%39,1	13	%28,9	X ² =0,729 p=0,28
	Çok	14	%60,9	32	%71,1	
RBSÖ-Depresif Duygulanım	Düşük	12	%75,0	25	%71,4	X ² =2,622 p=0,27
	Orta	3	%18,8	10	%28,6	
	Yüksek	1	%6,2	0	%0,0	
RBSÖ-Hayalperestlik	Az	18	%78,3	33	%73,3	X ² =0,243

	Orta	4	%17,4	9	%20,0	p=0,89
	üst	1	%4,3	3	%6,7	
RBSÖ-Psikosomatik Belirtiler	Az	13	%56,5	22	%48,9	X ² =0,855 p=0,65
	Orta	7	%30,4	13	%28,9	
	Fazla	3	%13,0	10	%22,2	
RBSÖ-Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Yok	13	%56,5	17	%37,8	X ² =3,003 p=0,39
	Az	5	%21,7	10	%22,2	
	Orta	2	%8,7	10	%22,2	
	Yüksek	3	%13,0	8	%17,8	
RBSÖ-Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Yok	8	%34,8	23	%51,1	X ² =1,875 p=0,39
	Az	7	%30,4	12	%26,7	
	Çok	8	%34,8	10	%22,2	
RBSÖ-Anababa İlgisi	Az	3	%13,0	3	%6,7	X ² =0,870 p=0,65
	Orta	1	%4,3	3	%6,7	
	Çok	19	%82,6	39	%86,7	
RBSÖ-Babayla İlişki	Az	19	%82,6	35	%77,8	X ² =0,696 p=0,71
	Orta	3	%13,0	9	%20,0	
	Fazla	1	%4,3	1	%2,2	
RBSÖ-Psişik İzolasyon	0	9	%40,9	27	%60,0	X ² =5,777 p=0,06
	Az	10	%45,5	8	%17,8	
	Çok	3	%13,6	10	%22,2	

İstatiksel olarak anlamlı değil

Benlik Saygısı açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X²=0,369; p=0,48>0.05). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%5,9) orta, 16'sının (%94,1) yüksek; grup somatizasyon olanların 4'ünün (%11,1) orta, 32'si (%88,9) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Kendilik Kavramının Sürekliliği açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,107$; $p=0,48>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 16'sının (%69,6) düşük, 7'si (%30,4) yüksek; grup somatizasyon olanların 33'ünün (%73,3) düşük, 12'si (%26,7) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7).

İnsanlara Güven Duyma açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2,211$; $p=0,33>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 1'i (%4,3) az, 7'si (%30,4) orta, 15'i (%65,2) çok; grup somatizasyon olanların 17'si (%37,8) orta, 28'i (%62,2) çok olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Eleştiriye Duyarlılık açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,729$; $p=0,28>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 9'unun (%39,1) az, 14'ünün (%60,9) çok; grup somatizasyon olanların 13'ünün (%28,9) az, 32'si (%71,1) çok olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Depresif Duygulanım açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2,622$; $p=0,27>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 12'si (%75,0) düşük, 3'ünün (%18,8) orta, 1'i (%6,2) yüksek; grup somatizasyon olanların 25'i (%71,4) düşük, 10'unun (%28,6) orta olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Hayalperestlik açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,243$; $p=0,89>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 18'i (%78,3) az, 4'ünün (%17,4) orta, 1'i (%4,3) üst; grup somatizasyon olanların 33'ünün (%73,3) az, 9'unun (%20,0) orta, 3'ünün (%6,7) üst olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Psikosomatik Belirtiler açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,855$; $p=0,65>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 13'ünün (%56,5) az, 7'si (%30,4) orta, 3'ünün (%13,0) fazla; grup somatizasyon olanların 22'si (%48,9) az, 13'ünün (%28,9) orta, 10'unun (%22,2) fazla olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3,003$; $p=0,39>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 13'ünün (%56,5) yok, 5'i (%21,7) az, 2'si (%8,7) orta, 3'ünün (%13,0) yüksek; grup somatizasyon olanların 17'si (%37,8) yok, 10'unun (%22,2) az, 10'unun (%22,2) orta, 8'i (%17,8) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tartışmalara Katılabilme Derecesi açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1,875$; $p=0,39>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 8'i (%34,8) yok, 7'si (%30,4) az, 8'i (%34,8) çok; grup somatizasyon olanların 23'ünün (%51,1) yok, 12'si (%26,7) az, 10'unun (%22,2) çok olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Anababa İlgisi açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,870$; $p=0,65>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 3'ünün (%13,0) az, 1'i (%4,3) orta, 19'unun (%82,6) çok; grup somatizasyon olanların 3'ünün (%6,7) az, 3'ünün (%6,7) orta, 39'unun (%86,7) çok olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Babayla İlişki açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0,696$; $p=0,71>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 19'unun (%82,6) az, 3'ünün (%13,0) orta, 1'i (%4,3) fazla; grup somatizasyon olanların 35'i (%77,8) az, 9'unun (%20,0) orta, 1'i (%2,2) fazla olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Psişik İzolasyon açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=5,777$; $p=0,06>0.05$). Grup somatik olmayan olanların 9'unun (%40,9) 0, 10'unun (%45,5) az, 3'ünün (%13,6) çok; grup somatizasyon olanların 27'si (%60,0) 0, 8'i (%17,8) az, 10'unun (%22,2) çok olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Somatik Olmayan Kadımlara Göre Benlik Saygısı ile Çocukluk Çağı Travma İlişkinine İlişkin Korelasyon Analizi

		Somatik Olmayan						
		CTQ-28 Duygusal ihmal	CTQ-28 Fiziksel ihmal	CTQ-28 Duygusal istismar	CTQ-28 Fiziksel istismar	CTQ-28 Cinsel istismar	CTQ-28 Minimi- zasyon	CTQ-28
RBSÖ-Benlik Saygısı	r	-0,117	-0,101	0,403	0,353	-0,243	0,150	0,069
	p	0,59	0,646	0,057	0,099	0,265	0,496	0,756
RBSÖ-Kendilik Kavramının Sürekliliği	r	-0,213	-0,227	0,063	0,424	-0,146	0,165	-0,122
	p	0,329	0,299	0,777	0,044*	0,507	0,451	0,579
RBSÖ-İnsanlara Güven Duyma	r	-0,055	-0,166	-0,082	-0,232	0,470	-0,151	-0,105
	p	0,802	0,450	0,708	0,286	0,024*	0,491	0,634
RBSÖ-Eleştiriye Duyarlılık	r	-0,137	-0,031	-0,074	0,284	-0,361	0,383	-0,101
	p	0,535	0,887	0,739	0,189	0,091	0,071	0,648
RBSÖ-Depresif Duygulanım	r	0,097	0,229	0,175	0,165	0,295	0,123	0,198
	p	0,659	0,292	0,424	0,453	0,171	0,577	0,366
RBSÖ-Hayalperestlik	r	0,044	-0,122	0,417	0,277	-0,230	0,001	0,066
	p	0,842	0,581	0,048*	0,201	0,290	0,998	0,764
RBSÖ-Psikosomatik Belirtiler	r	-0,008	-0,127	0,295	0,337	-0,069	0,126	0,139
	p	0,971	0,562	0,172	0,116	0,753	0,566	0,527

*p<0,05: İstatiksel olarak anlamlı

Tablo 8. Somatik Olmayan Kadımlara Göre Benlik Saygısı ile Çocukluk Çağı Travma İlişkinine İlişkin Korelasyon Analizi (Devam)

		Somatik Olmayan						
		CTQ-28 Duygusal ihmal	CTQ-28 Fiziksel ihmal	CTQ-28 Duygusal istismar	CTQ-28 Fiziksel istismar	CTQ-28 Cinsel istismar	CTQ-28 Minimi- zasyon	CTQ-28
RBSÖ-Psikosomatik Belirtiler	r	-0,008	-0,127	0,295	0,337	-0,069	0,126	0,139
	p	0,97	0,562	0,172	0,116	0,753	0,566	0,527
RBSÖ-Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	r	0,22	0,343	0,239	0,028	0,021	0,225	0,293
	p	0,31	0,109	0,272	0,898	0,923	0,303	0,175
RBSÖ-Tartışmalara Katılabilme Derecesi	r	-0,04	-0,378	-0,288	-0,322	-0,033	-0,216	-0,367
	p	0,86	0,075	0,182	0,134	0,882	0,323	0,085
RBSÖ-Ana-Baba İlgisi	r	0,153	0,127	0,397	0,262	0,281	-0,087	0,315
	p	0,486	0,563	0,061	0,228	0,194	0,694	0,144
RBSÖ-Babayla İlişki	r	0,073	0,188	0,031	0,051	0,122	-0,09	0,166
	p	0,742	0,391	0,887	0,817	0,58	0,69	0,450
RBSÖ-Psişik İzolasyon	r	0,195	-0,171	0,093	-0,011	0,31	-0,547	-0,025
	p	0,386	0,446	0,681	0,960	0,16	0,008*	0,912

*p<0,05: İstatiksel olarak anlamlı

Tablo 8. Somatik Olan Kadınlara Göre Benlik Saygısı ile Çocukluk Çağı Travma İlişkinde İlişkin Korelasyon Analizi (Devam)

		Somatik Olan						
		CTQ-28 Duygusal ihmal	CTQ-28 Fiziksel ihmal	CTQ-28 Duygusal istismar	CTQ-28 Fiziksel istismar	CTQ-28 Cinsel istismar	CTQ-28 Minimi- zasyon	CTQ-28
RBSÖ-Benlik Saygısı	r	0,390	0,088	0,478	0,324	0,079	-0,192	0,359
	p	0,008*	0,565	0,001*	0,030*	0,604	0,206	0,015*
RBSÖ-Kendilik Kavramının Sürekliliği	r	0,355	0,304	0,286	0,021	0,138	-0,290	0,444
	p	0,017*	0,043*	0,057	0,892	0,367	0,054	0,002*
RBSÖ-İnsanlara Güven Duyma	r	0,169	-0,082	-0,045	0,165	0,220	-0,023	0,150
	p	0,266	0,592	0,769	0,278	0,147	0,882	0,325
RBSÖ- Eleştiriye Duyarlılık	r	0,158	0,201	0,260	-0,203	0,169	-0,189	0,202
	p	0,301	0,186	0,085	0,180	0,267	0,213	0,184
RBSÖ-Depresif Duygulanım	r	0,508	0,291	0,476	0,396	-0,109	-0,275	0,540
	p	0,0001*	0,053	0,001	0,007*	0,475	0,068	0,0001*
RBSÖ-Hayalperestlik	r	0,286	0,313	0,270	0,219	-0,003	-0,103	0,361
	p	0,057	0,036*	0,073	0,149	0,986	0,501	0,015*
RBSÖ-Psikosomatik Belirtiler	r	0,098	0,148	0,375	-0,136	0,002	-0,009	0,219
	p	0,521	0,331	0,011*	0,372	0,987	0,955	0,149

*p<0,05: İstatiksel olarak anlamlı

Tablo 8. Somatik Olan Kadınlara Göre Benlik Saygısı ile Çocukluk Çağı Travma İlişkinde İlişkinde Korelasyon Analizi (Devam)

		Somatik Olan						
		CTQ-28 Duygusal ihmal	CTQ-28 Fiziksel ihmal	CTQ-28 Duygusal istismar	CTQ-28 Fiziksel istismar	CTQ-28 Cinsel istismar	CTQ-28 Minimi- zasyon	CTQ-28
RBSÖ-Benlik Saygısı	r	0,390	0,088	0,478	0,324	0,079	-0,192	0,359
	p	0,008*	0,565	0,001*	0,030*	0,604	0,206	0,015*
RBSÖ-Kendilik Kavramının Sürekliliği	r	0,355	0,304	0,286	0,021	0,138	-0,290	0,444
	p	0,017*	0,043*	0,057	0,892	0,367	0,054	0,002*
RBSÖ-İnsanlara Güven Duyma	r	0,169	-0,082	-0,045	0,165	0,220	-0,023	0,150
	p	0,266	0,592	0,769	0,278	0,147	0,882	0,325
RBSÖ-Eleştiriye Duyarlılık	r	0,158	0,201	0,260	-0,203	0,169	-0,189	0,202
	p	0,301	0,186	0,085	0,180	0,267	0,213	0,184
RBSÖ-Depresif Duygulanım	r	0,508	0,291	0,476	0,396	-0,109	-0,275	0,540
	p	0,0001*	0,053	0,001	0,007*	0,475	0,068	0,0001*
RBSÖ-Hayalperestlik	r	0,286	0,313	0,270	0,219	-0,003	-0,103	0,361
	p	0,057	0,036*	0,073	0,149	0,986	0,501	0,015*
RBSÖ-Psikosomatik Belirtiler	r	0,098	0,148	0,375	-0,136	0,002	-0,009	0,219
	p	0,521	0,331	0,011*	0,372	0,987	0,955	0,149

*p<0,05: İstatistiksel olarak anlamlı

DSM V kriterlerine göre bedensel belirti bozukluğu olmayan katılımcılarda;

Duygusal ihmal ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. (r=-0,117; p=0,59>0,05) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. (r=-0,101; p=0,65>0,05) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,403$; $p=0,06>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,353$; $p=0,099>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,243$; $p=0,26>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,150$; $p=0,50>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,069$; $p=0,76>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,213$; $p=0,33>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,227$; $p=0,30>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,063$; $p=0,78>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,424$; $p=0,04<0,05$). Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Cinsel istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,146$; $p=0,51>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,165$; $p=0,45>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,122$; $p=0,58>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,055$; $p=0,80>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,166$; $p=0,45>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,082$; $p=0,71>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,232$; $p=0,29>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,470$; $p=0,02<0,05$). Buna göre cinsel istismar puanı arttıkça insanlara güven duyma puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Minimizasyon ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,151$; $p=0,49>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,105$; $p=0,63>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,137$; $p=0,53>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,031$; $p=0,89>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,074$; $p=0,74>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,284$; $p=0,19>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,361$; $p=0,09>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,383$; $p=0,07>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,101$; $p=0,65>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,097$; $p=0,66>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmial ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,229$; $p=0,29>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,175$; $p=0,42>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,165$; $p=0,45>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,295$; $p=0,17>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,123$; $p=0,58>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyonanalizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,198$; $p=0,37>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmial ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,044$; $p=0,84>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmial ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,122$; $p=0,58>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %41,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,417$; $p=0,05<0,05$). Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,277$; $p=0,20>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,230$; $p=0,29>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,001$; $p=0,998>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,066$; $p=0,76>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,008$; $p=0,97>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,127$; $p=0,56>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,295$; $p=0,17>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,337$; $p=0,12>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,069$; $p=0,75>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,126$; $p=0,57>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,139$; $p=0,53>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,221$; $p=0,31>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,343$; $p=0,11>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,239$; $p=0,27>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyonanalizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,028$; $p=0,90>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,021$; $p=0,92>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,225$; $p=0,30>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,293$; $p=0,17>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,040$; $p=0,86>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,378$; $p=0,07>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,288$; $p=0,18>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,322$; $p=0,13>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,033$; $p=0,88>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,216$; $p=0,32>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,367$; $p=0,08>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,153$; $p=0,49>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,127$; $p=0,56>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,397$; $p=0,06>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,262$; $p=0,23>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,281$; $p=0,19>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,087$; $p=0,69>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,315$; $p=0,15>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,073$; $p=0,74>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,188$; $p=0,39>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,031$; $p=0,89>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,051$; $p=0,82>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,122$; $p=0,58>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,086$; $p=0,69>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,166$; $p=0,45>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,195$; $p=0,39>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,171$; $p=0,45>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,093$; $p=0,68>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,011$; $p=0,96>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,311$; $p=0,16>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,7 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,547$; $p=0,008<0,05$). Buna göre minimizasyon puanı arttıkça psişik izolasyon puanı azalmaktadır (Tablo 8).

CTQ-28 ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,025$; $p=0,912>0,05$) (Tablo 8).

DSM V kriterlerine göre bedensel belirti bozukluğu olan katılımcılarda;

Duygusal ihmal ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,390$; $p=0,008<0,05$). Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça benlik saygısı puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,088$; $p=0,56>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,478$; $p=0,001<0,05$). Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça benlik saygısı puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,324$; $p=0,03<0,05$). Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça benlik saygısı puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Cinsel istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,079$; $p=0,60>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,192$; $p=0,21>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,359$; $p=0,01<0,05$). Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça benlik saygısı puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,355$; $p=0,02<0,05$). Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %30,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,304$; $p=0,04<0,05$). Buna göre fiziksel ihmal puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,286$; $p=0,06>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,021$; $p=0,89>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,138$; $p=0,37>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,290$; $p=0,05>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,444$; $p=0,002<0,05$). Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,169$; $p=0,27>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,082$; $p=0,59>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,045$; $p=0,77>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,165$; $p=0,28>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,220$; $p=0,147>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,023$; $p=0,88>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,150$; $p=0,33>0,05$) (Tablo 8).

Depresif duygulanım ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,266$; $p=0,08>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,158$; $p=0,30>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,201$; $p=0,19>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,260$; $p=0,08>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,203$; $p=0,180>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,169$; $p=0,27>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,189$; $p=0,21>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,202$; $p=0,18>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %50,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,508$; $p=0,0001<0,05$). Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,291$; $p=0,05>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,476$; $p=0,001<0,05$). Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,396$; $p=0,007<0,05$). Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Cinsel istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,109$; $p=0,47>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,275$; $p=0,07>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,540$; $p=0,0001<0,05$). Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,286$; $p=0,06>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %31,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,313$; $p=0,04<0,05$). Buna göre fiziksel ihmal puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,270$; $p=0,07>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,219$; $p=0,15>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,003$; $p=0,99>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,103$; $p=0,50>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,361$; $p=0,01<0,05$). Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,098$; $p=0,52>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,148$; $p=0,33>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %37,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,375$; $p=0,01<0,05$). Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça psikosomatik belirtiler puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,136$; $p=0,37>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,002$; $p=0,99>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,009$; $p=0,95>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,219$; $p=0,15>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,335$; $p=0,02<0,05$). Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,327$; $p=0,03<0,05$). Buna göre fiziksel ihmal puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal istismar ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,222$; $p=0,14>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,186$; $p=0,22>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,000$; $p=0,999>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,156$; $p=0,30>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %29,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,297$; $p=0,047<0,05$). Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,061$; $p=0,69>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,142$; $p=0,35>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,110$; $p=0,47>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,177$; $p=0,24>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,060$; $p=0,70>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,085$; $p=0,58>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,107$; $p=0,48>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,286$; $p=0,06>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,151$; $p=0,32>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %49,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,492$; $p=0,001<0,05$). Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça ana-baba ilgisi puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,293$; $p=0,05>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,177$; $p=0,24>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,113$; $p=0,461>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,267$; $p=0,08>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,024$; $p=0,88>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,173$; $p=0,26>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,113$; $p=0,46>0,05$) (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,073$; $p=0,64>0,05$) (Tablo 8).

Cinsel istismar ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,253$; $p=0,010>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,102$; $p=0,51>0,05$) (Tablo 8).

CTQ-28 ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,048$; $p=0,76>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal ihmal ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,428$; $p=0,003<0,05$). Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça psişik izolasyon puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel ihmal ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,116$; $p=0,45>0,05$) (Tablo 8).

Duygusal istismar ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %53,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,538$; $p=0,0001<0,05$). Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça psişik izolasyon puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Fiziksel istismar ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %37,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,374$; $p=0,01<0,05$). Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça psişik izolasyon puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Cinsel istismar ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=0,124$; $p=0,42>0,05$) (Tablo 8).

Minimizasyon ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,360$; $p=0,02<0,05$). Buna göre minimizasyon puanı arttıkça psikişik izolasyon puanı azalmaktadır (Tablo 8).

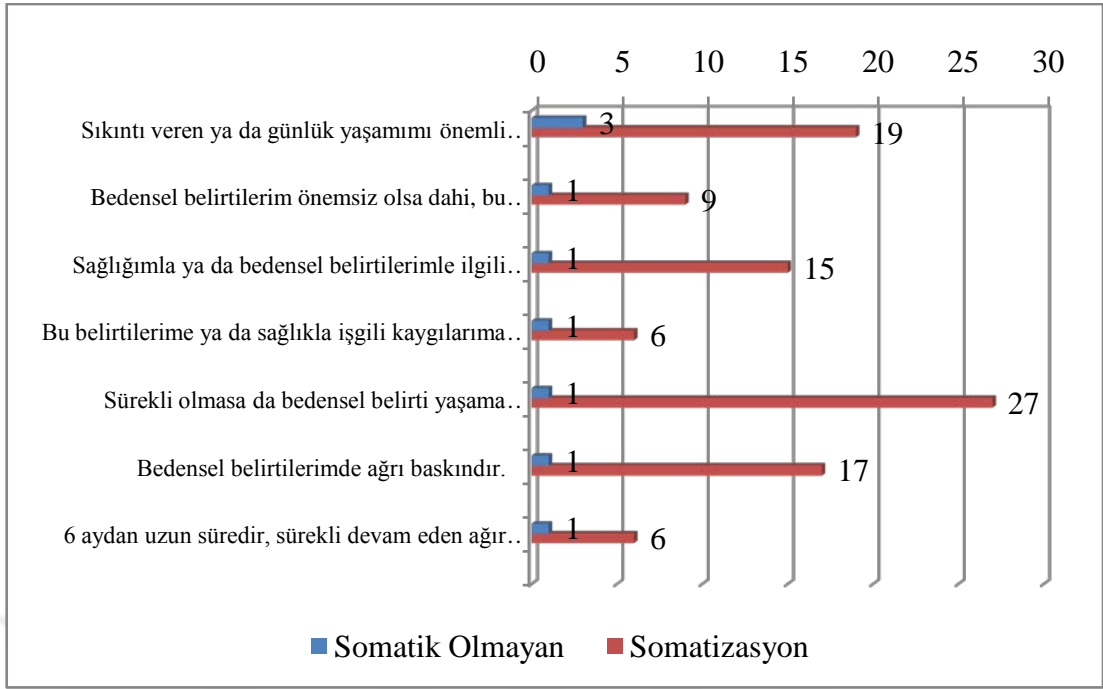
CTQ-28 ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %46,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,463$; $p=0,001<0,05$). Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça psikişik izolasyon puanı da artmaktadır (Tablo 8).

Tablo 9. Gruplar Arasında DSM V Kriterleri

	Somatik Olmayan		Somatik Olan		P
	n	%	n	%	
Sıkıntı veren ya da günlük yaşamımı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok belirtim var. (ağrı, sızı, uyuşma, şişme vs.)	3	%13,0	19	%42,2	$X^2=5,921$ $p=0,013$
Bedensel belirtilerim önemsiz olsa dahi, bu belirtilerim üzerinde sürekli düşünürüm.	1	%4,3	9	%20,0	$X^2=2,973$ $p=0,081$
Sağlığımla ya da bedensel belirtilerimle ilgili yüksek düzeyde kaygılanırım.	1	%4,3	15	%33,3	$X^2=7,107$ $p=0,006$
Bu belirtilerime ya da sağlıkla işgili kaygılarıma aşırı zaman ve içsel güç harcarım.	1	%4,3	6	%13,3	$X^2=1,331$ $p=0,240$
Sürekli olmasa da bedensel belirti yaşama durumum hep vardır. (ağrı, sızı vs.)	1	%4,3	27	%60,0	$X^2=19,462$ $p=0,001$
Bedensel belirtilerimde ağrı baskındır.	1	%4,3	17	%37,8	$X^2=8,739$ $p=0,002$
6 aydan uzun süredir, sürekli devam eden ağır belirtiler ve işlevselliğimde belirgin bir düşme yaşamaktayım.	1	%4,3	6	%13,3	$X^2=1,331$ $p=0,240$

* $p<0,05$: İstatiksel olarak anlamlı

Somatizasyon grubundaki olgularda “Sıkıntı veren ya da günlük yaşamımı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok belirtim var.”, “Sağlığımla ya da bedensel belirtilerimle ilgili yüksek düzeyde kaygılanırım.”, “Sürekli olmasa da bedensel belirti yaşama durumum hep vardır.” ve “Bedensel belirtilerimde ağrı baskındır.” İfadelerini işaretleme oranı anlamlı olarak yüksektir. ($p<0,05$).

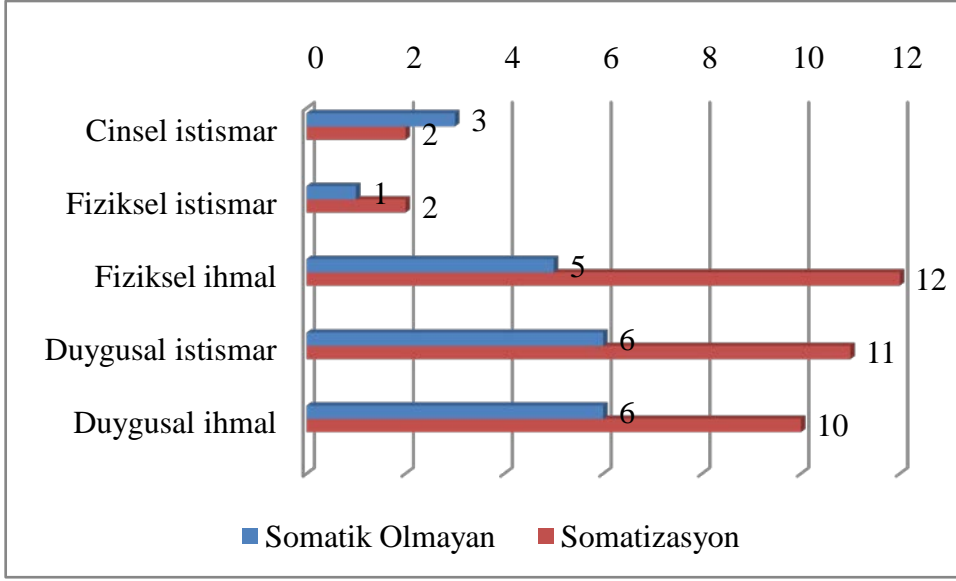


Tablo 10. Gruplar Arasında CTQ Ölçeği

	Somatik Olmayan		Somatik Olan		p
	n	%	n	%	
Cinsel istismar	3	%14,3	2	%4,9	$X^2=1,658$ $p=0,210$
Fiziksel istismar	1	%4,8	2	%4,8	$X^2=0,000$ $p=0,711$
Fiziksel ihmal	5	%21,7	12	%26,7	$X^2=0,197$ $p=0,448$
Duygusal istismar	6	%26,1	11	%24,4	$X^2=0,022$ $p=0,552$
Duygusal ihmal	6	%26,1	10	%22,2	$X^2=0,126$ $p=0,472$

İstatistiksel olarak anlamlı değil

Somatik Olan ve Somatik Olmayan gruplar arasında Cinsel İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



BÖLÜM V

Tartışma

Bu bölümde, 23 somatizasyon olmayan ve 45 somatizasyon olan toplamda 68 katılımcının oluşturduğu örnekleme yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aile tipi, sosyoekonomik düzey, aynı bölgede yaşama süresi, yetiştiği yer, aile bireylerinden vefat varlığı, ailesinde ölü doğum varlığı, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, kaçınıcı kardeş olduğu, evlilik yaşı, evlilikle ilgili seçme şansı varlığı, evliliğin görücü usulü olup olmadığı, evlilikte sorunun varlığı, kaç hamilelik yaşandığı, düşük varlığı, çocuk kaybı varlığı, doğum sonrası depresyon varlığı değişkenlerine göre, çocukluk çağı travmasına ve kendilik algısına ilişkin bulgular tartışılmıştır ve yorumlanmıştır.

Somatizasyon bozukluğu olan kişilerde, çocukluk çağı travmasının varlığının olduğu düşünülmektedir. Koptagel İlal'in (1999) yaptığı somatizasyonla ilgili psikodinamik değerlendirmede; erken çocukluk yaşantılarının, somatizasyon bozukluğunun oluşmasında ve davranış biçimi haline gelmesinde büyük bir rolü olduğunu ortaya koymuştur. Spitzer ve çalışma arkadaşlarının (2008), DSM-IV somatizasyon bozukluğu tanısı ve major depresyon tanısı alan 28 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, bu kişilerin çocukluğunda fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldıkları bulunmuştur. Araştırmanın bir diğer sonucu da geçmişinde çocukluk çağı travması olan kişilerin, yetişkinlik döneminde birçok rahatsızlığın yanı sıra somatizasyon bozukluğu olduğunu da göstermesidir. Karaer-Karapıçak'ın (2010), DSM IV-TR tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı almış 56 hasta, somatizasyon bozukluğu tanısı almış 19 hasta ve hipokondriazis tanısı almış 16 hasta ile 50 sağlıklı gönüllüyü dahil ettiği çalışmada bulunan sonuçlardan biri; sağlık kaygısının panik bozuklukta ve somatizasyon bozukluğunda sık yaşanmasıdır. Çalışmanın diğer sonuçları ise, somatizasyon davranışını açıklayan başlıca sebeplerin erken yaşam olayları, çocukluk çağı hastalıkları ve çocukluk çağı travmaları olduğudur. Diğer psikiyatrik veya fiziksel hastalığı olan kişilere göre, çeşitli somatoform bozukluğu olan kişilerde daha sık ve ciddi şekilde çocukluk çağı hastalıklarına rastlanmaktadır. Ek olarak; ebeveynlerin çocuğun hastalıklarına karşı gösterdiği davranışlar, somatizasyon davranışına sebep olmaktadır. Ayrıca çocukluk çağı fiziksel istismarı, diğer erken yaşam olaylarına göre somatizasyon bozukluğu için daha belirleyici olarak görülmektedir.

Hotopf ve çalışma arkadaşlarının (2000) 43 yıllık hastane yatışlarını inceledikleri araştırmada, çocukluk çağında tıbben açıklanamayan belirtileri olan kişilerin ileriki yaşlarında aynı nedenle hastaneye daha sık yattıkları bulunmuştur. Literatürde, sözü edilen bu çalışmalar gibi araştırma bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Fakat bu araştırmada, somatik olan ve olmayan katılımcılar arasında çocukluk çağı travmaları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna sebep olarak; araştırmaya katılımın sınırlı sayıda olması ve katılımcıların kendilerini iyi gösterme eğiliminde olması gösterilebilir.

Somatik belirtilerin kadınlarda daha çok görüldüğü düşünülmektedir. Özmen ve çalışma arkadaşlarının (1993), Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne 1-30 Kasım 1990 tarihleri arasında ilk kez başvuran, devam eden bedensel hastalığı olmayan ve başvuru yakınmaları olarak somatik belirtileri ön planda olan 66 hastanın katılımıyla yaptığı çalışmada, somatik yakınmaların birçok psikiyatrik bozuklukta birlikte görülebildiği ve kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ek olarak, Şişman ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmaya, İstanbul'da bulunan iki devlet ilköğretim okulunun 3-8. sınıflarında öğrenim gören 453 öğrenci katılmıştır. Çalışmada okul çocuklarında en sık görülen somatik şikayetlerin baş ağrısı, karın ağrısı, kollarda ve bacaklarda ağrı, enerjide azalma hissi ve kaslarda güçsüzlük belirtilerinin olduğu görülmüştür. Ayrıca kız öğrencilerde daha fazla somatik şikayet olduğu belirtilmiştir. Bu ve buna benzer birçok literatür bilgisi nedeniyle bu araştırmada katılımcı olarak yalnızca kadın popülasyonu kullanılmıştır. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan somatik olan ve somatik olmayan grup, DSM-V Bedensel Belirti Bozukluğu Tanı Ölçütleri'ne göre değerlendirildiğinde; somatik olan grubun %66,2'si en az bir ölçütü karşılarken, somatik olmayan grubun %33,8'i hiçbir ölçütü karşılamamaktadır.

Somatizasyon bozukluğunun birçok psikiyatrik ve diğer hastalıklara eşlik ettiği düşünülmektedir. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler arasında en yaygın olanlardan göğüs ağrısının, etkenlerle olan ilişkisinin araştırıldığı Güleç ve çalışma arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007), artmış bedensel belirtilerin yüksek nörotisizm seviyeleri ve olumsuz duygulanımla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmaya kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı yakınması ile başvuran ve kardiyak etiyojisi saptanamayan 70 hasta katılmıştır. Bulunan sonuç: Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısı yakınması olan grubun; anksiyete, depresyon, aleksitimi, bedensel duyumları büyütme, sürekli öfke ve içe dönük öfke puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olmasıdır.

Altındağ ve arkadaşları tarafından, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi İç Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran, 16-69 yaşları arasında, somatoform bozukluk tanısı almış 156 kişinin katılımıyla yapılan çalışmada; bedensel yakınmalarla iç hastalıklar kliniğine başvuran hastalarda yüksek oranda psikiyatrik bozukluklar görülmüştür. Oğuzhanoğlu ve çalışma arkadaşlarının (1995) yaptığı DSM-III-R tanı kriterlerine göre somatoform bozukluğu tanısı almış 102 kişinin katıldığı çalışmada, somatizasyon bozukluğunun kadınlarda daha çok görüldüğünü ve tedavi arayışlarının daha sık olduğunu göstermiştir. Ayrıca somatoform grubu hastaların ailelerinde antisosyal kişilik çizgileri, affektif bozukluk öyküsü ve alkol kötüye kullanımı kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır. Somatizasyon bozukluğunda distimi; en sık görülen eşlik eden rahatsızlık olarak bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete ile somatizasyon bozukluğunun yakın ilişkisini destekleyecek sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada ise somatizasyon bozukluğu ile benlik saygısı arasındaki ilişki incelenmiştir ve bulgulara göre; somatizasyon bozukluğu ile benlik saygısı arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Benlik saygısı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Ancak, literatürde benlik saygısı ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma bulunmamaktadır. Öner Altıok ve çalışma arkadaşları tarafından (2010) yapılan çalışmada, kız öğrencilerin benlik saygısı düzeyleri, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca dört yıllık üniversite okumakta olan öğrencilerin, iki yıllık üniversite okumakta olan öğrencilere göre benlik saygıları yüksek çıkmıştır. Ek olarak, son sınıfta okuyan öğrencilerin benlik saygılarının, diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Benlik saygısına önemli düzeyde etki eden temel etkenler; yaş, son sınıfta okumak, yaşantıdan memnun olmak ve gelecekte umutlu olmaktır. Bu çalışma, Menderes Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan birinci ve son sınıf öğrencilerinden tesadüf olarak seçilen 1335 kişiden oluşmuştur. Bu çalışmada ise çocukluk çağı travması ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmasının varlığı, benlik saygısını düşürmektedir. Bu çalışmanın DSM-V kriterlerine göre bedensel belirti bozukluğu olan katılımcıların RSBÖ ile CTQ-28 korelasyon analizlerinin sonuçları değerlendirildiğinde, katılımcılarda; duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve CTQ-28 toplam puanı arttıkça benlik saygısı puanı da artmaktadır. Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve CTQ-28 toplam puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır. Duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve CTQ-28 toplam puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır.

Fiziksel ihmal ve CTQ-28 toplam puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır. Duygusal istismar puanı arttıkça psikosomatik belirtiler puanı da artmaktadır. Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve CTQ-28 toplam puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır. Duygusal istismar puanı arttıkça ana-baba ilgisi puanı da artmaktadır. Duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 toplam puanı arttıkça psikik izolasyon puanı da artmaktadır.

Taylor ve çalışma arkadaşlarının (2000) birinci basamak sağlık hizmetine başvuran ve tıbben açıklanamayan belirtileri olan 2042 hastayla yaptıkları çalışmada bulunan sonuçlar; yetişkin bağlanma tarzları ile tıbben açıklanamayan belirtiler arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu kişiler tıbben yardım arama davranışları sayesinde, çocukluklarında eksik kalan ilgiyi, sağlık çalışanlarından elde etmeye çalışmaktadırlar. Literatür bilgisine ek olarak bu çalışmada da medeni durum açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Somatik olmayan grubun 5'i (%21,7) evli, 18'i (%78,3) bekar-dul-boşanmış vs.; somatik olanların 26'sının (%57,8) evli, 19'unun (%42,2) bekar-dul-boşanmış vs. olduğu görülmektedir. Gelecek araştırmalarda yetişkin bağlanma tarzları ile medeni durumun somatizasyon bozukluğu ile ilişkisinin incelenmesi literatüre katkı sağlayabilir.

Somatik olmayan grubun CTQ-28 oranları değerlendirildiğinde; cinsel istismar %14,3 oranı ile 3 kişide, fiziksel istismar %4,8 oranı ile 1 kişide, fiziksel ihmal %21,7 oranı ile 5 kişide, duygusal istismar %26,1 oranı ile 6 kişide ve duygusal ihmal %26,1 oranı ile 6 kişide bulunmuştur. Somatik olan grubun CTQ-28 oranları değerlendirildiğinde; cinsel istismar %4,9 oranı ile 2 kişide, fiziksel istismar %4,8 oranı ile 2 kişide, fiziksel ihmal %26,7 oranı ile 12 kişide, duygusal istismar %24,4 oranı ile 11 kişide ve duygusal ihmal %22,2 oranı ile 10 kişide bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında, CTQ-28 ile bulunan çocukluk çağı travması varlığının somatizasyona etkisi olduğu hipotezi desteklenmemektedir. Hipotezin desteklenmemesine sebep olarak; somatik grubun 45 kişi olması, somatik olmayan grubun 23 kişi olması ve örneklemin küçük olması gösterilebilir. Dolayısıyla bulgular literatür bilgileri ile örtüşmemektedir. Araştırma örnekleminin küçük olması bu araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Gelecek araştırmalarda daha geniş bir örneklem ile çalışılmasının daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Literatürde, söz edilen çalışmalar gibi bu araştırmanın bulgularını destekleyen çalışmalar da mevcuttur.

Sonuçlar

Somatik olan ve olmayan kadınlar arasında yaş, meslek, eğitim düzeyi, aile tipi, sosyoekonomik düzey, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olması, ailede vefat eden birey varlığı, aynı bölgede yaşama süresi, yetiştiği yer, evlilikle ilgili seçme şansı varlığı, evliliğin görücü usulü olup olmaması, evlilikle ilgili sorun varlığı, hamilelik sayısı, düşük varlığı, ailede ölü doğum varlığı, çocuk kaybı varlığı ve doğum sonrası depresyon varlığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Somatik olan ve olmayan kadınlar arasında yaş ve evlilik yaşı ortalamaları, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Medeni durum açısından somatik olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

DSM V kriterlerine göre bedensel belirti bozukluğu olmayan katılımcılarda;

Kadınların duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon, CTQ-28 puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınların grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Kadınların benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, tartışmalara katılabilme derecesi, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, babayla ilişki puanları, psişik izolasyon puanları ortalamalarının somatik olan ve olmayan kadınların grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ile kendilik kavramının sürekliliği, minimizasyon, CTQ-28 arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Fiziksel istismar ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Cinsel istismar ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre cinsel istismar puanı arttıkça insanlara güven duyma puanı da artmaktadır.

Minimizasyon ve CTQ-28 ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal istismar ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve CTQ-28 ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere, cinsel istismar ve minimizasyon yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve fiziksel istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal istismar ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %41,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır.

Cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ve duygusal ihmal ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Minimizasyon ve CTQ-28 ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar minimizasyon ve CTQ-28 ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve CTQ-28 ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Minimizasyon ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,7 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre minimizasyon puanı arttıka psikişik izolasyon puanı azalmaktadır.

DSM V kriterlerine göre bedensel belirti bozukluğu olan katılımcılarda;

Duygusal ihmal ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal ihmal puanı arttıka benlik saygısı puanı da artmaktadır.

Fiziksel ihmal, cinsel istismar ve minimizasyon ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal istismar puanı arttıka benlik saygısı puanı da artmaktadır.

Fiziksel istismar ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel istismar puanı arttıka benlik saygısı puanı da artmaktadır.

CTQ-28 ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıka benlik saygısı puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal ihmal puanı arttıka kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır.

Fiziksel ihmal ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %30,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel ihmal puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve minimizasyon ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

CTQ-28 ile kendilik kavramının sürekliliği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça kendilik kavramının sürekliliği puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile insanlara güven duyma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Depresif duygulanım, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile eleştiriye duyarlılık arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %50,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusalihmal puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır.

Fiziksel ihmal, cinsel istismar ve minimizasyon ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır.

Fiziksel istismar ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır.

CTQ-28 ile depresif duygulanım arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça depresif duygulanım puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve minimizasyon ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Fiziksel ihmal ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %31,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel ihmal puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır.

CTQ-28 ile hayalperestlik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça hayalperestlik puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal istismar ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %37,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusalistismar puanı arttıkça psikosomatik belirtiler puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır.

Fiziksel ihmal ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %32,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel ihmal puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır.

Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve minimizasyon ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

CTQ-28 ile kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %29,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile tartışmalara katılabilme derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal istismar ile ana-baba ilgisi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %49,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça ana-baba ilgisi puanı da artmaktadır.

Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, minimizasyon ve CTQ-28 ile babayla ilişki arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duygusal ihmal ile psişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal ihmal puanı arttıkça psişik izolasyon puanı da artmaktadır.

Fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Duygusal istismar ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %53,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre duygusal istismar puanı arttıkça psikişik izolasyon puanı da artmaktadır.

Fiziksel istismar ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %37,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre fiziksel istismar puanı arttıkça psikişik izolasyon puanı da artmaktadır.

Minimizasyon ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre minimizasyon puanı arttıkça psikişik izolasyon puanı azalmaktadır.

CTQ-28 ile psikişik izolasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %46,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı travma toplam puanı arttıkça psikişik izolasyon puanı da artmaktadır.

Somatik olan ve somatik olmayan gruplar arasında cinsel istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Somatizasyon grubundaki olgularda “Sıkıntı veren ya da günlük yaşamımı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok belirtim var.”, “Sağlığımla ya da bedensel belirtilerimle ilgili yüksek düzeyde kaygılanırım.”, “Sürekli olmasa da bedensel belirti yaşama durumum hep vardır.” ve “Bedensel belirtilerimde ağrı baskındır.” İfadelerini işaretleme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Öneriler

Araştırma bulgularından yola çıkılarak;

- Araştırmaya istenilen oranda katılımın gerçekleştirilememesinin nedenlerinden biri, katılımcıların birçok sorudan oluşan ölçek ve anketleri doldurmayı yorucu bulmaları olabilir. Özellikle çocukluk çağı travması ölçeği, kişilere çocukluk dönemlerindeki rahatsız edici yaşantılarını hatırlattığından dolayı, bu ölçeği yanlış ölçeği yanlış, eksik dolduranlar ya da doldurmayı reddedenler olmuştur. Travma ölçen, daha az stres yaratacak yöntemlere ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.
- Araştırmaya istenilen oranda katılımın gerçekleştirilememesinin nedenlerinden bir diğeri ise, Çayırova ilçesinde insanların psikoloji bilimine önyargılı yaklaşımının olmasıdır. Psikologa gitmenin ya da psikoloji bilimi adına yapılan bir araştırmaya katılmanın toplum tarafından hoş karşılanmayacağı, eleştirileceği ve dışlanacağı inancı kişilerin katılımını olumsuz yönde etkilemiştir.
- Araştırmaya istenilen oranda katılımın gerçekleştirilememesinin nedenlerinden bir diğeri ise, katılımcıların onam formunda bulunan ad, soyad ve imza kısmını doldurmak istememelerinden kaynaklanmaktadır. Araştırmaya katılım sayısı açısından gelecek araştırmalarda katılımcılardan ad, soyad ve imza bilgisinin istenmemesinin ya da sadece ad ve soyadın baş harflerinin yeterli olacağını ifade etmenin faydalı olabileceği düşünülmektedir.
- Somatizasyon bozukluğu konusunu inceleyen gelecek araştırmalarda; somatizasyon bozukluğuna sahip olmanın, kişiye sağladığı ikincil faydaların üzerinde daha çok durulması, ikincil faydalar ve somatizasyon arasındaki pekiştirici etkinin daha net ortaya koyulmasını sağlayacaktır.
- Somatizasyon bozukluğu ile kendilik algısını inceleyen kaynak olmaması gelecek araştırmalarda göz ardı edilmemelidir.
- Somatizasyon bozukluğunun cinsiyet etkeniyle ilişkisinin de incelenmesine katkı sağlamak için, gelecekte yapılacak çalışmaların sadece kadınları değil erkekleri de kapsamı gerektiği düşünülmektedir.
- Araştırmanın sonuçları açısından daha verimli olabilmesi için, gelecekte yapılacak olan çalışmaların sadece tek bir ilçeyi değil daha büyük bir evren ve örneklem grubunu kapsamı gerektiği düşünülmektedir.
- Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda göç olgusu üzerinde daha fazla durulmasının önem teşkil edeceği düşünülmektedir.

Kaynakça

Ağrı, Nöropatik ağrı, İnternette 20.06.2015 Tarihinde Alınmıştır.

<http://www.dicle.edu.tr/Contents/01aac77a-272a-406f-a6bf-79b9c5e78b73.pdf>

Aksakal, O., 1999, "Bir Kadın Doğum Uzmanı Gözüyle Somatizasyon", T Klin Psikiyatri, 1:79-83

Alkın, T. 1999, "Somatizasyonda Biyolojik Etkenler", T Klin Psikiyatri, 1:18-26

Altındağ, A., Özbulut, Ö., Özkan, M., Özen, Ş., "İç Hastalıkları Polikliniğine Açıklanamayan Bedensel Yakınmalarla Başvuran Hastalarda Eksen-1 Psikiyatrik Tanı Dağılımları", Dicle Tıp Dergisi (Journal Of Medical School) C:28 S:3-4

Atmaca, M., 2012, "Somatoform Bozukluklarda Nörogörüntüleme: Bir Gözden Geçirme", Türk Psikiyatri Dergisi, 23(4):274-80

Babacan, S. S., 2003, "Hastalıkta Ruh Ve Beden Etkileşimi", Kastamonu Eğitim Dergisi, 11(2): 519-524

Bilginer, Ç., Hesapçıoğlu, S., T., Kandil, S., 2013, "Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Mağdur ve Sanık Açısından Çok Yönlü Bakış", Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26: 55-64

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B., K., Şar, V., Taycan, O., Ulaş, H., 2014, "Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler", Türk Psikiyatri Dergisi, 25(4):264-81

Bohman M, Cloninger CR, von Knorring AL et al. (1984) An adoption study of somatoform disorders, III: cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. Arch Gen Psychiatry, 41:872-78.

Canel-Cinarbas, D., 2014, "Cross-Cultural Metric Equivalence of Somatization, Depression, and Anxiety Scales Across Turkish and U.S.A. University Students", Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences; 27:94-107

Cimilli, C. 1999, "Somatizasyonun Toplumsal Evrimi", T Klin Psikiyatri, , 1:34-43

Çermik, Ö., Çevik, A., Soykan, A., Aksakal, O. 1999, "Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme", T Klin Psikiyatri, 1:68-78

Doğan, O. 1999, "Kültür ve Somatizasyon", T Klin Psikiyatri, 1:44-49

Doksat, K. 1999, "Ağrı ve Psikiyatri", Psikiyatri Dünyası 1:23-31

Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Çev. Yay. Yön. Köroğlu E, Hekim Yayın Birliği, Ankara, 2014

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, çev. yay. yön. Köroğlu E, Hekim Yayın Birliği, Ankara, 2014

Erol, A., Ersoy, B., Mete, L., 2013, "Majör Depresyonda Özkıyım Girişimi ile Çocukluk Çağı Örselenmeleri Arasındaki İlişki", Türk Psikiyatri Dergisi; 24(1):1-6

Gökçen, C., Dursun, O., B., 2012, “Bir Eğitim Hastanesi Çocuk Psikiyatri Birimine Gönderilen Adli Olguların İncelenmesi”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 25:238-243

Güleç YM, Hocaoglu Ç, Gökçe M, Sayar K. Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısında aleksitimi, öfke ve bedensel duyuları büyütme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:14-21.

Güner, Ş. İ., Güner, S., Şahan, M. H., 2010, “Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar”, *Van Tıp Dergisi*: 17 (3): 108-113, 2010

Güz, H., Doğanay, Z., Çolak, E., Tomaç, A., Sarısoy, G., Özkan, A., 2003, “Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı?” *Klinik Psikiyatri*; 6:80-85

Hamurcu, P., 2014, “Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi”, *Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı*

Hisli-Şahin, N., Durak-Batıgün, A., Koç, V., 2010, “Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21

Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalizations. *Br J Psychiatry* 2000; 176:273-280.

İkiz Tunaboylu, T. (2005). Psikosomatik Hastalıklarda Psikosomatik Psikoterapi. In A. Gürdal Küey (Ed.), *Psikanaliz Konuşmaları* (pp. 31-47). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

İkiz Tunaboylu, T. (2008). *Psikanaliz Buluşmaları – 3: Psikosomatik*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

İren Akbıyık, D., 1996, “Birinci basamak tedavi birimlerinde somatizasyon bozukluğu”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 208-214.

İren-Akbıyık, D., Mendel-Güngör, M., Önder, M. E., Cording, C., 1999, “Almanya’da Yaşayan Türkler’de ‘Göçmen Olma’nın Depresyon ve Somatik Semptomlar Üzerine Etkisi”, *Kriz Dergisi* 7 (2): 25-29

Janca, A. 2005, “Somatoform Bozuklukları Yeniden Düşünmek”, *Cur Opin Psychiatry*, 18:65-71

Kandemir, G., Ak, İ., 2013, “Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4):479-506

Karaer-Karapıçak, E. Ö., 2010, “Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu Ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı”, *Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Kesebir, S., Güngördü, Ö., Çalışkan, M., 2014, “İki Uçlu Olgularda Dürtüsellik, Benlik Saygısı ve Mizaç İlişkisi: Cinsiyete Göre Farklılaşır mı?”, *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*; 27:126-131

Kesebir, S., 2004, “Depresyon ve Somatizasyon”, *Klinik Psikiyatri*; Ek 1:14-19

Koptagel-İlal, G. 1999, “Hekimlik Açısından Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar”, *T Klin Psikiyatri*, 1:50-54 (b)

Koptagel-İlal, G. 1999, “Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız? -Psikodinamik Değerlendirme”, *T Klin Psikiyatri*, 1:27-33 (a)

Oğuzhanoglu, N., K., Çulha, F., Ülkeroglu, 1995, “Somatoform Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon”, *Düşünen Adam*; 8 (2): 37-42

Ovayolu, N., Uçan, Ö., Serindağ, S., 2007, “Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 4

Öner Altıok, H., EK, N., Koruklu, N. 2010, “Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeyi ile İlişkili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi”, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 1:1. İnternette 04.06.2015 Tarihinde Alınmıştır.

<http://www.dergi.adu.edu.tr/egitimbilimleri/>

Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş., C., Yıldız, M., 2013, “Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi”, Journal of Mood Disorders Volume: 3(3): 107-103

Özen Şahin, E. M., Türkcan A. S., Belene, A., Yeşilbursa, D., Yurt, E., 2009, “Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler”, New/Yeni Symposium Journal, 47:4

Özen, E. M., Aküzüm-Serhadlı, Z., N., Türkcan, A., S., Erben-Ülker, G., 2010, “Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon”, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi; 23:60-65

Özen-Şahin, E., M., 2007, “Şizofreni Hastalarında Somatizasyon”, Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi

Özer, S., 2010, “Yaşlılık Döneminde Somatizasyonun Klinik Görünümü”, Akademik Geriatri, 168-172

Özkan, İ. 1994, “Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler”, Düşünen Adam, 7 (3): 4-9

Özmen, E., Demet, M., M., Gülseren, L., Kültür, S., 1993, “Somatik Yakınmalar İle Psikiyatri Polikliniğine Başvuranlarda DSM-III-R Tanıları”, Düşünen Adam, 6(1-2): 16-21

Özmen, M. 1999, “Somatoform Bozukluklarda Genel Tedavi İlkeleri”, T Klin Psikiyatri, 1:92-98

Pribor, E. F., Smith, D. S. and Yutzy, S. H., 1994 “Somatization disorder in elderly patients”, Am. J.Geriatr. Psychiat.; 2: 109-117.

Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güvenli, H., Yeşilbaş, D., 2013, “Bir Ergen ve Genç Erişkin İkinci Basamak Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı ile Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarının Yaygınlığı ve Arasındaki İlişkinin Araştırılması”, Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 50: 222-229

Selvi, Y., Özdemir, P., G., Atli, A., Kıran, S., G., 2011, “Aile İçi Cinsel İstismar Sonrası Zedelenmiş Cinsellik: Kompulsif Cinsel Davranışları Olan Bir Olgu Sunumu”, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24: 85-88

Sevinçok, L., 1999, “Somatizasyon Bozukluğu”, Psikiyatri Dünyası, 1:5-10

Sheeran, B. and Banerjee, S., 1999 “Review: somatization in the elderly”, International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 14/12: 1044-49

Spitzer, C., Barrow, C., Gau, K., Freyberger, H., J., Grabe, H., J., 2008, “Childhood maltreatment in patients with somatization disorder.”, Aust N Z J Psychiatry, Apr; 42(4):335-41

Şahin, E. M., Özer, C., Dağdeviren, N., Şahin, Ö., Aktürk, Z., 2001, “Birinci Basamakta Somatizasyon Bozukluğuna Yaklaşım”, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, İnternette 24.05.2015 Tarihinde Alınmıştır. <http://www.ttb.org.tr/sted/sted0101/3.html>

Şahiner, İ., V., 2010, “Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının ve Yaşam Olaylarının Alopesi Areata İle İlişkisi”, Uzmanlık Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E., 2011, “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği”, *Türküye Klinikleri J Med Sci*, 32(4):1054-63

Şişman, F., N., Kadioğlu, H., Ayşe E., Erol, S., 2013, “Okul Çocuklarında Somatizasyon ve Somatik Belirtiler Nedeniyle Okul Revirine Başvuru Durumu”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*; 4(3):131-136

Şor-Henry P, Fromm-Auch D, Tapper M et al. (1981) A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biol Psychiatry*, 16:601-26.

Taycan, O., Sar, V., Celik, C., Erdogan-Taycan S., 2014 “Trauma-Related Psychiatric Comorbidity of Somatization Disorder Among Women in Eastern Turkey”, *Comprehensive Psychiatry* 55:1837-46

Taylor RE, Mann AH, White NJ. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med* 2000; 30:931-941.

Tezcan, B., 2009, “Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar”, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Tokuş, T., 2012, “Somatoform Bozukluklar – Somatizasyon Bozukluğu”, B. A. K., İnternette 24.05.2015 Tarihinde Alınmıştır. <http://www.bilgiacikkapi.com/toplumsal/somatoform-bozukluklar-%E2%80%93-somatizasyon-bozuklugu/>

Torgensen S. Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 502-5.

Tunçer, Ö., 1999, “Somatizasyon-Bir Klinik Yaklaşım (Alın Yazısı mı? Çözümlememiş Duygusal Sorun mu?)”, *T Klin Psikiyatri*, 1:90-91

Uyanık Balat, G., Akman, B., 2004, “Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi”, *Fırat Üniveristesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14,(2):175-183

Yaşar, Z., F., Akduman, G., G., 2007, “Çocuk İhmali-İstismarı ve Adli Diş Hekimliği”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (5)

Yeloğlu, Ç., H., Güveli, H., Kandemir, G., Hocaoğlu, Ç., 2012, “Kadınlarda Çoklu Ruhsal Travma: Bir Olgu Sunumu”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 25:263-266

Yücel, B., Polat, A., 2007, “Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Güleç C, Köroğlu E (Ed), Hekimler Yayın Birliği, 369-76.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Öztürk, M., Şar, V., 2000, “Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4):197-206

Ekler

Ek. 1 Kişisel Bilgi Formu

Adınız ve Soyadınız:

(Adınızın ve soyadınızın yalnızca baş harflerini kullanabilirsiniz)

Cinsiyetiniz:

Doğum Tarihiniz ve Doğum Yeriniz:

Aynı Bölgede Yaşama Süreniz: 0-5 yıl, 6 ve üstü

Mesleğiniz:

Eğitim Düzeyiniz:

Aile Tipiniz: Çekirdek, Geniş, Diğer:

Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

Kaç kardeşsiniz?

Medeni Haliniz:

Evlıyseniz evlilik yaşınız nedir?

Evliliğimize dair seçme şansınız oldu mu?

Eşinizle görücü usulü mü tanıştınız?

Evlilikle ilgili sorun var mı? Kısaca açıklayınız.

Hamilelik yaşadınız mı? Yaşadıysanız kaç hamilelik yaşadınız?

Ailenizde ölü doğum var mı?

Düşük yaptınız mı?

Çocuk kaybı yaşadınız mı?

Doğum sonrası depresyon yaşadınız mı?

Ailenizde ayrılık ya da vefat yaşadınız mı? Yaşadıysanız yakınlık dereceniz nedir?

Ek. 2 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSBÖ)

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır?
a. ÇOK DEĞİŞİR b. ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c. ÇOK AZ DEĞİŞİR d. HİÇ DEĞİŞMEZ
12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?
a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz
13. Kendim hakkındaki görüşlerimin çok çabuk değiştiğini farkettim.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.
a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16. Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?
a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.
b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.
20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler?
a. Başkalarına yardım etmeye
b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığımız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız?

- a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorununuz oldu mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadarellerinizde terleme olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz?

- a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız?

- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur?

- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

Ek. 3 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirdi.
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
7. Sevdiğimi hissediyordum.
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
16. Çocukluğum mükemmeldi.
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.