

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ**

TEZ DANIŞMANI: DOÇ.DR. ERDİNÇ ÖZTÜRK

**FİBROMİYALJİ VAKALARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MÜGE ÇOMBAŞ

İSTANBUL-2017

İstanbul, 27 Nisan 2017


İ.Ü. ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 36. maddesi uyarınca Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın yüksek lisans öğrencisi Müge ÇOMBAŞ' ın

"Fibromiyalji Vakalarının Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Yaşantılar Açısından Değerlendirilmesi"


Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

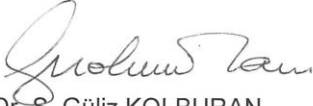
Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.


Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Neylan ZİYALAR
Üye


Doç. Dr. Erdinç ÖZTÜRK
Danışman


Yrd. Doç. Dr. Mustafa OKUDAN
Üye


Yrd. Doç. Dr. Ş. Güliz KOLBURAN
Üye



Rahmetli babam Şeref Çombaş'a...

ÖNSÖZ

Öncelikle, tez sürecimin başlangıcından sonuna kadar desteğini, pozitif yaklaşımını ve anlayışını esirgemeyen, sohbetlerimizde dahi bana yol gösteren, çalışmamı tamamlamam konusunda güven veren sözleriyle beni her zaman motive eden değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Erdinç Öztürk'e, tez danışmanımla tanışmama vesile olan, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü yüksek lisans mülakatına girdiğim andan itibaren samimiyeti ile varlığını hissettiren çok sevgili hocam Doç. Dr. Neylan Ziyalar'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Etik kurul dosyamı hazırlamamda katkıda bulunan Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilimdalı Başkanı çok değerli hocam Prof.Dr. İsmet Kırpınar'a ve Fiziksel Tıp Rehabilasyon Polikliniği'nden Doç.Dr. Aylın Rezvani'ye teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca sevgisini, güvenini ve desteğini her zaman hissettiğim zaman zaman çocuğum gibi sevdiğim, çok değerli annem Şengül Çombaş'a daima yanımda olduğu ve beni koşulsuz sevdiği için çok teşekkür ederim.

Çalışmama katkıda bulunmayı kabul eden tüm katılımcılara, katılımcı bulma konusunda yardımcı olan çalışma arkadaşlarıma ve bu süreçte beni yalnız bırakmayan tüm dostlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmada, Fibromiyalji Sendromu (FMS) olan kadınlarda çocukluk çağı travmalarının varlığını araştırmak, travma bildiren FMS vakalarında travmatik yaşam olayları ile dissosiyatif yaşantıların ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan izin ile Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğinde ayaktan takip edilen 51 fibromiyalji sendromlu kadın ile benzer sosyo-demografik özelliklere sahip 51 klinik dışı sağlıklı kadın kontrollerden oluşmaktadır. Araştırmada araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi (ÇÇKKİSL), Visual Analog Scale (VAS) ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) olmak üzere beş form ve ölçek kullanılmıştır.

Çalışmada niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi, bağımsız grupların karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen veya $n < 30$ olan durumlarda parametrik olmayan bir test olan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Rho Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak dikkate alınmıştır.

Çalışmanın bulgularına göre dissosiyatif yaşantılar ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından fibromiyalji sendromu olan ve olmayan kadınlar arasında

anlamli fark bulunmuştur. Sonuç olarak çocukluğunda duygusal istismar ve fiziksel ihmale uğramış kişilerin psikosomatik belirtileri de artmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji Sendromu, ocukluk ağı Travmaları, Dissosiyasyon, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, ocuk İstismarı, Kriminoloji, Klinik Psikoloji



SUMMARY

The aim of this study was to investigate the childhood traumatic experiences of women with fibromyalgia syndrome and to evaluate traumatic life events in terms of dissociative experiences.

The sample of the study consist of 51 women who are patients with fibromyalgia syndrome in Bezmialem Vakif University Medical Faculty Hospital Physical Therapy and Rehabilitation outpatient clinic and 51 healthy women with similar sociodemographic characteristics. The ethics committee approval for the research was taken from Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Clinical Research Ethics Committee.

In the study Personal Information Questionnaire, Childhood Trauma Scale (CTQ-28), Childhood Abuse and Neglect Question List (VQS), Visual Analogue Scale (VAS) and Dissociative Experience Scale (DES) have been used in order to collect data.

Pearson's Chi-square test was used for the comparison of qualitative data in the study, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests, which were nonparametric tests with no normal distribution or $n < 30$ in the comparison of independent groups, were used. Spearman Rho Correlation Coefficient was used in the analysis of the relations between numerical variables. Significance level was taken as $p < 0.05$ in statistical analysis.

According to the findings of the study, dissociative experiences and childhood traumatic experiences were significantly different between women with fibromyalgia syndrome and women without fibromyalgia syndrome. As a result, it's seen that psychosomatic statements of those who have experienced emotional abuse and physical neglect during childhood are also increasing.

Key Words: Fibromyalgia Syndrome, Childhood Trauma, Dissociation, Dissociative Identity Disorder, Post Traumatic Stress Disorder, Child Abuse, Criminology, Clinical Psychology

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.	83
Tablo 2. Çalışma Gruplarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	87
Tablo 3. Çalışma Gruplarının Medeni Durum Açısından Dağılımı	88
Tablo 4. Çalışma Gruplarının Meslekleri Açısından Dağılımı.....	90
Tablo 5. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılım	91
Tablo 6. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımı.....	92
Tablo 7. Çalışma Gruplarının Aile İçi İstismar Öyküleri Açısından Dağılımı.....	93
Tablo 8. Çalışma Gruplarının Aile İçi İstismar Öyküleri Açısından Dağılımı.....	94
Tablo 9. Çalışma Gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması.....	95
Tablo10. Çalışma Gruplarının İstismar, İhmal, Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması.....	96
Tablo 11. Hasta Grubundaki Bireylerin Yaşları ile CTQ, Minimizasyon, DES ve VAS Skorları İncelememesi.....	97
Tablo 12. Hasta Grubundaki Bireylerin Yaş İle İstismar ve İhmal Açısından İncelemesi	98
Tablo 13. Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş İle CTQ, Minimizasyon, DES ve VAS Skorlarının İncelemesi.....	99
Tablo 14. Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşı ile İstismar ve İhmal Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	100

Tablo 15. Hasta Grubundaki Bireylerin VAS Skoru ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	101
Tablo 16. Hasta Grubundaki Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	102
Tablo 17. Kontrol Grubundaki Bireylerin DES Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	103
Tablo 18. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	105
Tablo 19. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (devam).....	107
Tablo 20. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	111
Tablo 21. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (devam).....	113

Tablo 22. Hasta Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi İncelemesi.....	118
Tablo 23. Hasta Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi İncelemesi (devamı)	119
Tablo 24. Kontrol Grubundaki Bireylerin Hasta Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi İncelemesi	120
Tablo 25. Kontrol Grubundaki Bireylerin Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi İncelemesi (devam)	121
Tablo 26. Çalışma Gruplarının Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi Açısından İncelenmesi	122
Tablo 27. Çalışma Gruplarının Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi Açısından İncelenmesi (devam).....	123

KISALTMALAR LİSTESİ

ACR: American College of Rheumatology

ASB: Akut Stres Bozukluğu

CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28

ÇÇKKİSL: Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım İhmal Soru Listesi

DB: Dissosiyatif Bozukluk

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

DKB: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun

DSM: Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı

FMS: Fibromiyalji Sendromu

ICD-10: International classification of diseases-10

RA: Romatoid artrit

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

UB: Uyum Bozukluğu

VAS: Görsel analog skala

n: Kişi sayısı

Ort: Ortalama

p: Olasılık değeri

r: Korelasyon katsayısı

std: Standart sapma

t: Bağımsız değişken

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
İÇİNDEKİLER	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Fibromiyalji Sendromu	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	7
2.1.3. Fibromiyaljide Sınıflandırma	8
2.1.3.1. Birincil Tip Fibromiyalji Sendromu.....	9
2.1.3.2. İkincil Tip Fibromiyalji Sendromu	9
2.1.4.Epidemiyoloji.....	10
2.1.5.Klinik Özellikleri.....	11
2.1.5.1. Fibromiyalji Sendromu 1990 ACR (American College of Rheumatology) Sınıflama Kriterleri.....	13
2.1.6 Fibromiyalji Sendromu Etiyolojisi.....	14
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	17

2.2.1 Tanım.....	17
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Tarihçesi	18
2.2.3. Çocukluk Çağı İhmal ve İstismarı	20
2.2.3.1. DSM IV Tanı Kriterleri	21
2.2.3.2. DSM V Tanı Kriterleri	22
2.2.4. Epidemiyolojisi.....	23
2.2.5. Çocuk İstismarı Etiyolojisi	29
2.2.6. Çocuk İstismar ve İhmali Sınıflandırılması.....	31
2.2.6.1. Cinsel İstismar.....	31
2.2.6.1.1. Cinsel İstismarın Psikopatolojilerle İlişkisi	32
2.2.6.2. Fiziksel İstismar	35
2.2.6.2.1. Psikopatolojilerle ilişkisi	35
2.2.6.3. Duygusal İstismar	36
2.2.6.3.1. Psikopatolojilerle ilişkisi	37
2.2.6.4. Duygusal ve Fiziksel İhmal.....	38
2.2.6.4.1. Psikopatolojilerle İlişkisi	39
2.3. Çocukluk Çağı Travmalarından Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar	39
2.4. Çocukluk Travma Yaşantıları ve Psikopatoloji	43
2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB	45
2.4.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) DSM-IV Tanı Kriterleri.....	47

2.4.1.2.TSSB Epidemiyolojisi.....	49
2.4.2. Akut Stres Bozukluğu (ASB).....	50
2.4.2.1. Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Kriterleri.....	50
2.4.2.2. Akut Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	52
2.4.3. Uyum Bozukluğu.....	52
2.4.3.1. DSM-IV Tanı Kriterleri; (DSM-IV).....	54
2.4.3.2. Epidemiyolojisi.....	55
2.4.4. Dissosiyatif Bozukluklar.....	55
2.4.4.1. Tanım	55
2.4.4.2. Dissosiyatif Bozukluklar Tarihçesi.....	56
2.4.4.3. Psikopatolojilerle İlişkisi.....	57
2.4.4.4. Dissosiyatif Bozukluklar Epidemiyoloji.....	60
2.4.4.5. Dissosiyatif Bozukluklar Sınıflandırması.....	61
2.4.4.5.1. Dissosiyatif Amnezi.....	62
2.4.4.5.1.1. DSM- IV Tanı Kriterleri.....	63
2.4.4.5.2. Dissosiyatif Füg.....	63
2.4.4.5.2.1. DSM- IV tanı ölçütleri (DSM IV).....	64
2.4.4.5.3. Depersonalizasyon Bozukluğu.....	64
2.4.4.5.3.1. DSM-IV Tanı Kriterleri.....	65
2.4.4.5.4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu.....	66
2.4.4.5.4.1. DSM-IV Tanı Kriterleri.....	68

2.4.4.5.5. Başka Türü Tanımlanamayan Dissosiyatif Bozukluklar	
.....	69
2.4.4.5.5.1. DSM-IV Tanı Kriterleri.....	69
2.5. Fibromiyalji Sendromu ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi.....	70
2.6. Fibromiyalji ve Dissosiyasyon İlişkisi.....	72
2.7. Dissosiyasyon ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	74
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	78
3.1. Araştırma Evreni.....	78
3.2. Değerlendirme Gereçleri.....	79
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	79
3.2.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28).....	79
3.2.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	80
3.2.4. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi (ÇÇKKSL).....	81
3.2.5. Vizuel Analog Skala (VAS).....	81
3.3. İstatistiksel Analiz Yöntemleri.....	82
4. BULGULAR.....	83
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	83
4.1.1. Çalışma Gruplarının Yaşa Göre Dağılımı.....	87
4.1.2. Çalışma Gruplarının Eğitim Düzeyleri.....	87
4.1.3. Çalışma Gruplarının Medeni Durum Açısından Dağılımları.....	88
4.1.4. Çalışma Gruplarının Meslek Dağılımı.....	89

4.1.5. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı.....	91
4.1.6. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımı.....	92
4.1.7. Çalışma Gruplarının Aile İçi İstismar Öyküsüne Göre Dağılımı.....	93
4.1.8. Çalışma Gruplarının Aile Dışı İstismar Öyküsüne Göre Dağılımı.....	44
4.2. Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Değişkenler İçin Toplam CTQ Puanı, Minimizasyon, DES ve VAS Skorları Arasındaki İlişkiler.....	94
4.3. Çalışma Gruplarının CTQ Toplam, CTQ 5 Alt Ölçek Puanı, Minimizasyon, DES ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması.....	96
4.4. Hasta Grubundaki Bireylerin Yaşları ile Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması.....	97
4.5. Hasta Grubundaki Bireylerin Yaşları İle Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Cinsel İstismar Açısından Karşılaştırılması.....	98
4.6. Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşları İle Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Açısından Karşılaştırılması.....	99
4.7. Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşları İle Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Cinsel İstismar Açısından Karşılaştırılması.....	100
4.8. Hasta Grubundaki Bireylerin VAS Skoru ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	101

4.9. Hasta Grubundaki Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	102
4.10. Kontrol Grubundaki Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	103
4.11. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Puanlarının Karşılaştırılması.....	104
4.12. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal Toplam Puanları ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	111
4.13. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi Açısından İncelenmesi.....	118
5. TARTIŞMA.....	125
6. KAYNAKLAR.....	137
7. EKLER.....	158
8.ÖZGEÇMİŞ.....	176

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Fibromyalji Sendromu (FMS) etyolojisi ve patofizyolojik mekanizmaları tam olarak bilinmeyen, yaygın kas ve iskelet sistemi ağrıları ve sertlik, birden fazla hassas nokta belirtileri, kronik yorgunluk ve uyku bozukluğu ile karakterize olan klinik bir tablodur (Hayta ve ark.2010; Nordahl ve Stiles 2007; Akkuş ve ark.1998). Amerikan College of Rheumatology (ACR) tarafından 1990 yılında geliştirilen fibromiyalji tanı kriterleri, en az 3 ay süren yaygın vücut ağrısı ve 18 hassas noktadan en az 11'inde hassasiyet saptanmasını içermektedir (Wolfe ve ark.1990).

Sıklık ve cinsiyetler arası dağılımı ile ilgili yapılan genel çalışmalarda FMS prevalansı tüm populasyonda %1-4'ü arasında saptanmış olup, oran erkeklerde %0-4, kadınlarda ise %2,5-10,5 arasında değişmektedir (Wolfe ve ark. 1995). Ülkemizde Akkuş ve arkadaşlarının 220 FM tanılı hastanın klinik semptomlarının özellikleri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların %85'inde sabah yorgunluğu, %74,54'ünde uyku düzensizliği, %69,54'ünde halsizlik, %35,90'ında parestezi, %52,27'sinde baş ağrısı, %15,90'ında spastik kolon olduğunu tespit etmişlerdir ve yapılan genel nüfus içindeki yaygınlığı ise kadınlarda %6,8 olarak bulunmuştur (Akkuş ve ark.1998; Çebi 2001).

Romatolojik bir hastalık olarak tanımlanan FMS'nin, anatomik delillerin sağlam kanıtlarından yoksun olması nedeniyle birçok psikiyatrik bozukluklara benzediği ancak tam olarak bir psikiyatrik bozukluk olmadığı; histeri, depresyon ya da duygusal spektrum bozukluklarının bir yansıması olduğu ileri sürülmektedir

(Nordahl ve Stiles, 2007). Diğer yandan farklı çalışmalar üzerinden yapılan değerlendirmelerde, travmatik yaşantılar ile baş etme mekanizmalarının benzer özelliklere sahip olması sebebiyle FMS'nin bir psikiyatrik bozukluk olabileceği de düşünülmektedir (Sinani 2012).

FMS tanılı hastalarda çocukluk ağı travmaları bulgularının diğer kronik ağrı gruplarından daha fazla saptanması ile birlikte, travmanın FMS gelişimi için risk teşkil edebileceği ne sürülmüştür (Sinani 2012). Çocukluk dönemi olarak adlandırılan yaşamın ilk dönemlerinde (1-18 yaş) yaşanan örselenmeler (ihmal ve istismar) ocukluk ağı travmaları olarak tanımlanır. Genellikle ocukluk çağında aile bireyleri veya yakından tanıdığı kişi/kişiler tarafından yapılan ihmal ve/veya istismar, kişi üzerinde çok büyük olumsuz etkiler bırakır. Çocukluk ağı travmalarının etkileri üzerine yapılan araştırmalar; ihmal ve istismara maruz kalarak travmatize olmuş çocukların, yetişkinlik dönemlerinde birçok psikolojik ve fizyolojik problem yaşadıklarını göstermektedir.

Pelvik ağrı, bel ağrısı, yüzde ağrı ve baş ağrısı gibi kronik ağrılardan oluşan, tıbbi olarak açıklanabilen ya da açıklanamayan fiziksel belirtilerin bir kısmının çocukluk çağındaki kötü muamele-bakım yaşantıları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yücel ve ark.2002, Saariaho ve ark. 2010). Çocukluk ağı istismarı ile yetişkinlerdeki kronik ağrı yaşantıları arasındaki bağlantılar çok sayıda ve farklı yaklaşım stilleri ile açıklanmaktadır. Çocuklukta istismar yaşantıları kötü sağlık davranışları ve olumsuz psikososyal özellikler ile ilişkilendirilmiştir. Bunların her

ikisinin de fiziksel hastalıklar için artmış risk taşıdığı belirtilmiştir (Davis ve ark. 2005). Özellikle çocukluk çağı travmaları birçok ruhsal bozukluklara sebep olabileceği gibi bu bozukluklarla birlikte dissosiyatif özelliklerin görülmesinde de etken olabilir ve sınırlı sayıda çalışma ile de FMS hastalarında dissosiyatif yaşantıların belirtilerinin sık görüldüğü bildirilmiştir (Özçetin 2014). Dissosiyatif belirtiler, zihinsel işlevlerin bütünlüğünde bozulma veya değişme belirtileridir. Dissosiyasyon, kaza ve doğal felaketler gibi Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yapan durumlar sonrasında sık gözlenen belirtilerdir ve travmaya yanıt olarak gelişen bir mekanizma olduğu kabul edilmektedir (Perry ve Laurence 1984). En sık, çocuklukta maruz kalınan fiziksel kötüye kullanım ve cinsel kötüye kullanıma bağlı travma ile ilişkilendirilen bu belirtiler sıklıkla yıllar sonra ortaya çıkmaktadır (Ertürk 2014). FMS hastalarında çocukluk çağı travmalarının sık görülmesi ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği göz önüne alındığında FMS’de dissosiyasyon oranlarının da yüksek olma olasılığını arttırmaktadır.

Bu çalışmadaki temel amacımız; FMS vakalarının çocukluk çağı travmalarını ve dissosiyatif yaşantılarını yaş, eğitim, cinsiyet, açısından eşleştirilmiş klinik dışı sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmaktır. Temel amacımız doğrultusundaki ilk hipotezimize göre; FMS vakalarında kontrol grubuna kıyasla daha fazla çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar bulunacaktır. İkinci hipotezimize göre ise; çocukluk çağı travması bildiren FMS vakalarının dissosiyatif yaşantıları kontrol grubuna kıyasla daha fazla olacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Fibromiyalji Sendromu

2.1.1 Tanım

Fibromiyalji sözcük olarak latince kökenlidir, fibre (lif) + mys (kas) + algos (ağrı) + ia (durum) demektir (Erçalık 2005). Fibromiyalji terim olarak, etiyojisi hala aydınlatılmamış, patogenezi tam olarak açıklanamayan, belli anatomik bölgelerde hassas noktalarla nitelenen kronik ve yaygın kas ağrılarını tanımlamak için kullanılmaktadır.

Hastaların ağrıyla ilgili davranışları sıklıkla doku hasarıyla orantılı olmayıp, anksiyete ve depresyon gibi kişinin ruhsal durumuyla ilişkili olması nedeniyle psikiyatri hekimlerinin ilgisini çekmektedir ve bu yönüyle biyopsikososyal modelin uygulanabileceği sahalardan biridir (Güleç ve ark. 2004).

FMS'nin en karakteristik özelliği yaygın kas ağrılarının olması ve altta yatan herhangi bir organik nedenin bulunamamasıdır (Wolfe ve ark.1995). FMS, kronik ve yaygın ağrı ile seyreden, kişinin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilen bir sağlık sorunudur. İlk başlarda yaygın ağrı ve uyku bozuklukları ile giden bir durum olarak dikkat çekmiş ve 1990 yılında 'American College of Rheumatology (ACR)' tarafından tanı ve sınıflandırma kriterlerinin yayımlanması ile birlikte hastalık 'sendrom' olarak tanımlanmıştır (Coşkun 2015).

FMS hastalarında hem sosyodemografik hem de klinik özellikler açısından benzerlikler vardır ve bu hastalarda genellikle ruhsal bozukluklara rastlanır. Sıklıkla

eşlik eden belirtiler ise anksiyete, depresyon, yorgunluk, parestezi, uyku düzensizliği, baş ağrısı ve irritabl barsak sendromu benzeri semptomlardır. Bu bulguların romatoid artrit, osteoartrit, hipotiroidi, travma, enfeksiyon gibi durumlara bağlı olduğu düşünüldüğünde kullanılan 'sekonder ya da konkomitant fibromiyalji' terimi de artık kullanılmamakta ve ACR tarafından tanımlanan semptom temelli yaklaşım benimsenmektedir (González 2010).

FMS sıklıkla 30-50 yaş arası kadınları etkiler. Yaygın vücut ağrıları (hiperaljezi ve/veya allodini), belirli anatomik bölgelerde hassasiyet (hassas noktalar), kronik yorgunluk, uyku bozukluğu, tutukluk, subjektif şişlik gibi semptomların eşlik ettiği hastalık hem fiziksel hem psikolojik bozukluğa yol açması nedeni ile de kişinin yaşam kalitesini bozar (Genç 2002).

Madenci ve ark (2006) tarafından yapılan bir çalışmada FMS'li hastaların ağrı ile başa çıkma yönünden çaresizlik değerleri kronik ağrılı hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum, FMS ağrılarının kronik ağrıya oranla daha süreğen olmasının yanı sıra günlük yaşantılarını ve hayat kalitelerini kesintiye uğraticı özelliğinin olmasına bağlanabilir (Madenci ve ark. 2006).

Klinik pratikte yoğunluk nedeniyle hassas nokta sayımının yapılamaması veya yanlış yapılması sonucu semptomlara dayalı tanı konulabilmesi, yorgunluk ve bilişsel bozukluk gibi hastalıkta görülen bulguların 1990 ACR tanı kriterleri içinde yer almaması, semptom şiddeti hafifleyen hastalarda hassas nokta sayısının azalmasına bağlı olarak tanı koyma zorluğu yaşanması gibi nedenlerden dolayı 2010

yılında ACR klinik pratikte alternatif metot olabilecek hassas noktaların olmadığı ve semptom şiddet (SŞ) skalasını içeren yeni kriterler yayınlamıştır (Wolfe ve ark. 2010).

ACR 2010 FMS sınıflandırma kriterleri

1. Ağrı şikâyeti başvurunuzdan en az 3 ay önce mi başladı?
2. Ağrınızı açıklar başka /ek bir rahatsızlığınız var mı?
3. $WPI \geq 7$ ve SŞ skala skoru ≥ 5 veya $WPI=3-6$ ve SŞ skala skoru ≥ 9

A. WPI (Wide Pain Index)

Son 1 haftada 19 bölgede olan ağrı (bölge skorlaması: 0-19)

Sağ omuz kuşağı Sol omuz kuşağı

Sağ üst kol Sol üst kol

Sağ alt kol Sol alt kol

Sağ kalça (kaba et, torakanter) Sol kalça (kaba et, torakanter)

Sağ üst bacak Sol üst bacak Sağ alt bacak Sol alt bacak

Sağ çene Sol çene Göğüs Karın

Üst sırt Alt sırt Boyun

B. Semptom skala skoru;

Bitkinlik Dinlenmiş uyanmama Kognitif belirtilerden her biri için

Son 1 haftada 0 = şikâyet yok

1 = hafif şikâyet (genellikle hafif ve tekrarlayan)

2 = orta şikâyet (var olan ve/veya orta seviyede)

3 = ciddi, devamlı, her tarafına yayılan, hayatına müdahale eden

şikâyet

Somatik belirtiler; Kas ağrısı, kas güçsüzlüğü, bitkinlik/yorgunluk, düşünme veya hatırlama problemi, sersemlik, uyuşukluk, sinirlilik, uykusuzluk, depresyon, baş ağrısı, kabızlık, üst karında ağrı, bulantı, irritabl barsak sendromu, karında ağrı veya kramp, kusma, göğüs ağrısı, bulanık görme, kuru göz, ateş, ishal, ağız kuruluğu, kaşıntı, kurdeşen, rash, güneşe duyarlık, wheezing, solunumun kısılması, Raynaud fenomeni, kulakta çınlama, oral ülser, tat duyusunda kayıp veya değişiklik, işitme zorlukları, saç dökülmesi, sık idrara çıkma, ağrılı idrar yapma, mesane spazmları

Somatik belirtiler: 0-3 arasında puanlanma, SŞ skala skoru= 0- 12

2.1.2. Tarihçe

Neredeyse tıp tarihi boyunca fiziksel olarak sağlıklı bir görünüme rağmen kronik ağrı ve multiple somatik şikâyetlerle giden, uzun süreli bir hastalıktan söz edilmiştir. Avrupalı doktorlar 18. yüzyılda yumuşak doku ağrısını eklem romatizmalarından ayırt ederek bu durumu kas romatizması kategorisine sokmuşlardır. İlk olarak, bu hastalığın romatizmal bir durum ve kasta ağrılı noktalarla beraber görüldüğü ise Froriep tarafından 1843'te tarif edilmiştir (Erçalık 2005).

1904'te Sir William Gowers, kas ağrıları ve kas romatizmalarının fibroz dokudaki inflamasyondan kaynaklandığını ileri sürmüştü ve Stockman'ın da fibroz dokuda ödemsal değişiklikler gördüğünü ileri sürmesiyle fibrozit terimi kabul

görerek kullanılmaya başlanmıştır (Erçalık 2005). 1968'de Trout FMS'yi sendrom olarak tanımlamış ve komponentlerini; yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve kaslarda tendonların yapışma yerlerinde hassasiyet olarak bildirmiştir. Smythe ise 1972'de FMS'nin tanımını yaparken bu hastalığa her yerde yaygın rastlandığına dikkati çekmiştir. Kahler Hench 1976 yılında fibrozit teriminin yanlış kullanıldığını, hastalıkta inflamatuvar bir süreç bulunmadığını, bu nedenle fibromiyalji teriminin daha doğru olacağını vurgulamıştır. Fibrozit terimi organik bir patolojinin bulunmadığı durumlarda hem lokal hem de genel kas iskelet sistemi ağrılarını tanımlamakta kullanılmıştır. Diğer yandan psikojenik romatizma, non-artikuler romatizma, muskuler romatizma, yumuşak doku romatizması, miyofibrozitis terimleri de bu sendromun tanımlanmasında sıklıkla kullanılmıştır. Tüm bu gelişmelerin sonucunda ilk kez Hench tarafından fibromiyalji terimi kullanılmaya başlanmıştır. İlk kontrollü klinik çalışma Yunus tarafından FMS tanılı hastalar ve normal kontrol gruplarının karşılaştırıldığı çok merkezli bir çalışmadır. Bu çalışma sonrasında 1990 yılında Amerika Romatoloji Birliği (ACR) Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından da kabul gören sınıflandırma kriterlerini oluşturmuştur (Ata ve Çetin 2015).

2.1.3. Fibromiyaljide Sınıflandırma

FMS birincil ve ikincil fibromiyalji olarak kategorize edilebilir. Birincil tip FMS, ikincil tip FMS'ye oranla daha yaygındır, hatta en dikkatli yapılan çalışmalarda bile sendromu tetikleyen herhangi kesin bir organik faktör bulunamamıştır. Öte

yandan ikincil tip FMS ise iltihaplı romatizmal süreçler veya kollajenozlar gibi altta yatan hastalık nispeten kolayca teşhis edilebilir (Müller 2007).

2.1.3.1. Birincil Tip Fibromiyalji Sendromu

Birincil tip FMS dört alt tipe ayrılır. Bunlar;

Grup 1) Ağrıya karşı artmış duyarlılıkla karakterize (psikolojik bozukluk yok): Tetikleyen faktör veya psikolojik bozukluk saptanmamıştır.

Grup 2 ve Grup 3) FMS ve kronik ağrıya bağlı depresyon birlikteliği ile FMS ve depresyon birlikteliği: FMS tanılı hastalarda depresyon insidansı %22-55 arasında değişmekle birlikte bu iki hastalık arasındaki ilişki ise tartışmalıdır. Depresyonun FMS' ye neden olan ve eşlik eden bir hastalık olabileceği veya kronik ağrıya bağlı olarak gelişebileceği ileri sürülmektedir. Bu grup hastalarda antidepresan ilaçlarla tedavi önerilmektedir. Burada tedavi için doz seçimi önemlidir. Kronik ağrıya bağlı depresyon gelişen hastalarda düşük doz tedavi yeterli iken, diğer grup hastalarda daha yüksek doz tedavi uygulanması gereklidir.

Grup 4) Somatizasyon bozukluğuna bağlı fibromiyalji: Bu grup hastalarda somatoform ağrı bozukluğu vardır. Geçmişte veya halen devam eden psikolojik stres, anormal duygusal modülasyona ve ağrı gelişimine neden olmaktadır.

2.1.3.2. İkincil Tip Fibromiyalji Sendromu

İkincil FMS'de, hastalığın altında yatan asıl nedene odaklanmak gerekir ancak bazı semptomlar genellikle FMS ile ilişkili olmayabilmektedir (Müller ve ark. 2007). Bu hastalara, yapılan muayenelerden elde edilen bulgulardan dolayı doktorlar

tarafından bulgulara yönelik olmasına rağmen yanlış tanı konulup, farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Son yıllarda kullanılmakta olan fonksiyonel MRG ile patofizyolojik süreç hakkında bilgi edinilmeye başlanılmış olup tedavide psikoterapi ve medikal tedavi uygulanması önerilmektedir (Özkan 2015).

2.1.4. Epidemiyoloji

1992'de Kopenhag'da yapılan miyofasal ağrı ve FMS konusunda İkinci Dünya Konferansı'nın görüş birliği dokümanında fibromiyalji sendromunun yaygın kas-iskelet ağrısının en sık görülen nedeni olduğu ve yaygınlığının %0,7 ile %3,2 arasında değiştiği bildirilmiştir. FMS'nin yaygınlığı her iki cinste de 80 yaşına kadar yaşla beraber artış göstermektedir (O'connor ve ark. 2007). Yapılan çalışmalarda sıklık tüm popülasyonun %1'i ile %4'ü arasında saptanmış olup, erkeklerde %0-4, kadınlarda ise %2,5-10,5 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (Wolfe ve ark. 1995). Romatoloji bölümlerine başvuran hasta sayısına bakıldığında ülkemizde her yıl yaklaşık olarak 100.000 kişiye FMS tanısı konulmaktadır ve bu sayının her geçen gün hastalığın tanısının daha kolay konmasıyla giderek artmakta olduğu belirtilmektedir (www.ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr.2016).

Hastalığın ortaya çıkışındaki en önemli risk etkenleri ise; kadın cinsiyet, orta yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış ve engelli olmak olarak sıralanabilir. Türkiye'de toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada, FMS'nin kadınlardaki yaygınlığı %6,8 oranında bulunmuştur (Taşkın ve ark. 2007). FMS tanısı alan kişilere bakıldığında, kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olduğu ve

beyaz ırkta görülme sıklığının diğer ırklara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. FMS'nin en çok doğurganlık çağındaki ya da çalışma hayatındaki kadınlarda görülmektedir ancak yine de oldukça geniş bir yaş dağılımı da vardır ve FMS görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta olup 60 yaş üzerindeki kadınlarda %7'lere ulaşmaktadır. (Ata ve Çetin 2015).

2.1.5. Klinik Özellikleri

FMS'de temel bulgu vücudun çeşitli yerlerinde yoğun kas ve eklem ağrısı olmakla birlikte yorgunluk, uyku bozukluğu, gerilim tipi baş ağrısı, migren, kognitif bozukluk, irritabl barsak sendromu, irritabl mesane sendromu, temporomandibuler disfonksiyon gibi bulgular da gözlenmektedir. FMS'nin klinik özelliklerinin yaşlı ve genç hasta gruplarında karşılaştırıldığı bir çalışmada, yaşlı FMS'li hastalarda ağrı ve tutukluk, depresyon, yorgunluk, irritabl barsak sendromu ve uyku problemi genç gruba oranla daha sık görülen semptomlar olarak bildirilmiştir (Leblebici ve ark. 2015).

FMS ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın patogeneğinde uyku düzensizliği, nöroendokrin işlev bozukluğu, bölgesel kan akımı değişikliği, metabolik ve immünolojik bozukluklar gibi çeşitli faktörlerin de rolü olduğu ileri sürülmüştür (Erşan ve ark. 2014).

Penacoba ve arkadaşlarının yaşları 35 ve altı, 35-65 arasında ve 65 yaş üstü olan üç grup FMS'li hasta ile yaptıkları araştırmalarının sonucunda, hastaların yaşlarının artmasıyla birlikte depresyon, aleksitimi ve anksiyete gibi psikolojik

problemlerin görülme sıklığında da artış olduğu bildirilmiştir (Penacoba ve ark 2013).

FMS orta yaş kadınların hastalığı gibi görünse de, çocuk ve yaşlılarda da görülebilmektedir (Leblebici ve ark. 2015). En önemli bulgusu kronik yaygın kas iskelet sistemi ağrısı olmasıdır. Hastalığın tanısı 1990 ACR (American College of Rheumatology) sınıflama kriterlerine göre konmaktadır.

Yapılan bilimsel araştırmalarda FMS hastalarında omurilik sıvısında ağrı taşıyıcı bir kimyasal olan P maddesinin diğerlerinden üç kat daha fazla olduğu ve ağrı azaltıcı serotoninin ise çok daha düşük olduğu bulunmuştur. FMS olgularında sabahları daha belirgin olan tutukluk, uyku kalitesinde düşüklük, migren veya gerilim tipi baş ağrısı, irritabl kolon semptomları da eşlik ettiği tespit edilmiştir. Ayrıca hareketsizlik, soğuk ve nemli hava, aşırı fiziksel aktivite ile mutsuzluğun FMS semptomlarını arttırdığı ancak sıcak hava masaj ve sıcak uygulama gibi işlemlerin ise semptomların şiddetini azalttığı görülmüştür. 1990 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmayla ACR, FMS sınıflandırma kriterlerini yayınlamıştır. Belirtilen sınıflandırma kriterlerine göre kişinin en az 3 aydır süren hem kronik yaygın ağrı öyküsü, hem de muayenesinde 18 hassas noktadan en az 11'i veya daha fazlasında 4 kg'lık basınca hassasiyeti olması gerekmektedir (Wolfe ve ark. 1990; İrbán ve ark. 2011).

2.1.5.1. Fibromiyalji Sendromu 1990 ACR (American College of Rheumatology) Sınıflama Kriterleri

A.Yaygın ağrı öyküsü

1-Tanım: Ağrının en az üç aydır devam ediyor olması gerekmektedir. Ağrının yaygın kabul edilmesi için vücudun sağ ve sol tarafında, belin üzeri ve altında olması gerekmektedir. Buna ek olarak aksiyel iskelet ağrısı (boyun veya göğüs ön duvarı veya torakal omurga veya bel ağrısı) varlığı zorunludur.

2-Bilinen 18 hassas noktanın 11'inde dijital palpasyonla ağrı:

Oksiput: Bilateral suboksipital kas insersiyolarında

Alt servikal: Bilateral, C5-7 intertransvers bölgelerin önünde

Trapez: Bilateral, üst sınırın orta noktasında

Supraspinatus: Bilateral, origolarda, spina skapula üzerinde medial kenarına yakın

İkinci kosta: Bilateral, ikinci kostokondral bileşkenin hemen lateralinde

Lateral epikondil: Bilateral, epikondillerin 2 cm distalinde

Gluteal: Bilateral, gluteal bölgenin üst dış kadranı

Büyük trokanter: Bilateral trokanterik majorun posterior kısmı

Diz: Bilateral, eklem çizgisi proksimalindeki medial yağ yastıkçığında

B. Dijital palpasyon en az 4 kg ile yapılmalıdır.

C. Bir noktanın ağrılı sayılması için hasta ağrılı olduğunu ifade etmelidir. 'Hassas' ifadesi ağrılı kabul edilmez.

D. Her iki kritere uyan hastalar fibromiyalji olarak kabul edilir.

E. İkinci bir klinik bozukluğun varlığı fibromiyalji tanısını ekarte ettirmez.

2.1.6. Fibromiyalji Sendromu Etiyolojisi

FMS gelişimini başlatan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, olguların %55'inin viral bir enfeksiyon sonrası yakınmalarının başladığı bildirmelerine rağmen bunu kanıtlayan bir bulguya rastlanmamıştır. Vakaların %14-23'ü ise, semptomlarının fiziksel bir travmadan sonra başladığını bildirmişler ancak yine travma sonrası fiziksel yaralanma ile FMS arasında kesin bir ilişki bulunamamıştır. Diğer yandan hastalar ağrılarını kas ağrısı gibi tanımlasalar da, olguların hiçbirinde kaslarında patolojik olduğuna dair kanıt bulunamamıştır.

Emosyonel travma ve stres ile ilişkisine bakılan bir çalışmada ise olguların %14'ü, semptomlarının emosyonel bir travma sonrası çıktığını bildirmişlerdir. FMS'nin stresle ilişkili bir hastalık olduğu ve semptomların stresle birlikte arttığı kanıtlanmıştır (Öksel 2001).

Toplum temelli yapılan çalışmaların bulgularına göre, kadınlarda FMS oranı %80 olarak bulunarak erkeklere oranla FMS görülme sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür. Ağrının vücuttaki dağılımı cinsiyete göre de değişmektedir ve görülme sıklığını da etkilemektedir. Örnek olarak erkeklerde vücudun belli bir bölgesinde ağrı hissettikleri belirtilirken kadınların neredeyse tüm vücutlarında ağrı hissettikleri görülmüştür. Sebebi tam olarak bilinemeyen hastalık grubunda yer alan FMS'nin, merkezi duyarlılaşma ya da sinir sistemindeki hormonal ve kimyasal dengesizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Muhtemel sebebi olduğu düşünülen bu hormonal

etkiler kadınlar ve erkekler arasında görülme sıklığının ve ağrı dağılımındaki farklılıkların da açıklayıcısı olabilir (İrban ve ark. 2011).

FMS'nin etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın başlamasında genel psikolojik sıkıntının depresyon olduğu ancak diğer psikolojik etkenlerin de rolü olduğuna işaret edilmektedir. FMS'li hastalar klinik olarak incelendiğinde özellikle depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar başta olmak üzere birçok psikiyatrik belirtilerin artmış olduğu görülmektedir (Erşan ve ark. 2014).

Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliğindeki neden-sonuç ilişkisi genellikle belirlenmemektedir. Ağrı ile ilişkili olarak ortaya çıkan psikiyatrik tablolar çoğu zaman ağrının öncülü olmaktan çok ağrının bir sonucu olarak gelişir (Yazıcı ve ark.2003).

Yapılan araştırmalarda bu psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında önemli stresörler olarak çocukluk çağındaki fiziksel veya cinsel istismar, ihmal, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer travmaların olduğu ileri sürülmektedir. Psikolojik faktörler, başta kronik ağrı olmak üzere birçok ağrının önemli bileşenlerindedir. Psikolojik stres ve ağrı aynı çözümsüzlüğün tekrarlanmasıyla birbirlerini besleyen iki etkileşim oluştururlar. FMS'li hastalarda ömür boyu depresyon ve anksiyete görülme prevalansının normal popülasyona oranla daha sık olduğu bildirilmekle birlikte romatoid artrit gibi kronik ağrı ile giden hastalıklarda da FMS ile benzer şekilde depresyonun görülme oranının sık olduğunu bildiren çalışmalar yayınlanmıştır. Hastaların çoğunda psikolojik faktörlerin tedavisi FMS tedavisini olumlu yönde

etkilemektedir ancak semptomların tamamen ortadan kalkmasını sağlamadığı da görülmüştür (Özkan 2015).

Yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen bulgular, FMS'li hastalarda hem çocukluk hem de erişkinlik dönemlerine ilişkin yüksek oranda ve çeşitli travmatik yaşantılarının mevcut olduğunu göstermektedir. TSSB'nin yanı sıra dissosiyatif bozuklukların da travma ile yakından ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Klinik temelli çalışmalar sonucunda, somatoform dissosiyasyon olarak tanımlanan somatik duyumların merkezi sinir sisteminde işlenmesindeki anormalliklerden dolayı ortaya çıkan dissosiyatif belirtilerin sık olduğu görülmüştür. FMS'li hastalarda psikiyatrik bozukluk ilişkisi, hem sağlıklı kontrollere hem de diğer romatizmal hastalığı olanlara oranla daha yüksek olarak bulunmaktadır (Özçetin 2014; Öztürk 2017).

Engels ve ark.'ı ise 1994 yılında yaptıkları çalışmalar ile çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismara uğrayan kadınların, ailesel şiddet, alkolik ya da boşanmış ebeveyn öyküleri olanlarda kronik pelvik ağrı riskini arttırdıklarını öne sürmüşlerdir. Diğer yandan tıbbi nedeni olmayan kronik pelvik ağrılı kadınlarda çocukluk çağı cinsel istismarını destekleyen çalışmaların yanı sıra aksini savunan çalışmalar da oldukça fazladır (Cimilli 1999).

Psikolojik rahatsızlıkların kronik ağrılı sendromlara ve FMS'ye öncülük ettiğini bildiren birçok çalışma bulunmaktadır. FMS'deki hassas noktalar ile psikolojik durum arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada hassas noktalarla psikolojik distresle

somatizasyon arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bozuklukların ortaya çıkışında ebeveyn yoksunluğu başta olmak üzere olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (Dönmez ve Erdoğan 2016).

Yapılan çalışmaların birçoğunda çocukluk çağındaki örselenmelerin erişkinlik döneminde yalnızca ruh sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda beden sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu gösterilmiştir bu sebeple ağrı ve ağrılı hastalıkların çocukluk örselenmeleri ile ilişkisi özellikle dikkat çekmektedir (Baker ve ark. 2009; Davis ve ark. 2005).

Bayram ve Erol'un çocukluk çağı örselenmeleri ve FMS'de anksiyete ve depresyon düzeylerine baktıkları bir çalışmada FMS tanılı hastalarda çocukluk döneminde duygusal kötüye kullanım sağlıklı kontrollerden daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Bayram ve Erol 2014).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.2.1. Tanım

Travmalar, bireyin bedensel bütünlüğünü tehdit eden ya da zarar veren yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik ve fiziksel travma yaratan başlıca olaylar; savaşlar, esaret, çatışmalar, resmi görevliler tarafından sivillere uygulanan şiddet, silahlı grupların uyguladıkları şiddet, politik nedenli şiddet, işkence, politik olmayan nedenlerle şiddet, aile içi (özellikle çocuklara ve kadınlara yönelik) şiddet, aile içi veya dışı cinsel istismar ve ihmaller, bireylerin ya da grupların düşmanlarına

karşı uyguladıkları şiddet ve saldırılar, topluluklara uygulanan şiddet ve baskı, trafik kazaları, iş kazaları, yangın ve doğal afetlerdir (Young ve ark.1998).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları; sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığı, gelişimi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı olan ya da zararlı sonuçlara sebep olması muhtemel her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar ve her türlü ihmal davranışlarını içermektedir (Brown ve Anderson 1991).

Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (Güz ve ark.2003). Çocukluk çağı travmaları ile Dissosiyatif Bozukluklar, Travma Sonrası Stress Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu gibi eksen I ve eksen II tanıları arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalardan elde edilen bulgularla bildirilmiştir (Ellason JW, Ross CA 1997; Levitan RD ve ark. 1998).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Tarihçesi

İnsanlık tarihine bakıldığında; farklı kültürlerde, farklı çağlarda çocuğun değersiz bir madde olarak algılanıp türlü biçimlerde kötü muameleye maruz kaldığı görülür. Bunlar, inançsal sebeplerden dolayı çocukların doğar doğmaz babaları tarafından öldürülmeleri, tanrılara kurban edilmeleri, köle olarak başkalarına satılmaları ve zorunlu işçi olarak görülüp karın tokluğuna çalıştırılmaları gibi durumlar olarak sıralanabilir. Örneğin Roma'da babalara yasal olarak çocuklarını öldürme, satma ve terk etme gibi haklar verilmiştir. Çin, Hindistan, Meksika, Peru

gibi ülkelerde ise bebeklerin güçlü olup yaşamaya hak kazanması veya güçsüz olmalarının anlaşılması gibi durumlar çocukların doğar doğmaz nehirlere atılarak yapılan törenlerle belirleniyordu (Gökler 2006).

Fransız adli tıp doktoru Auguste Ambroise Tardieu tarafından 1860'da tıbbi literatürdeki ilk tanımlama yapılmıştır. Daha sonra Amerikalı radyolog Jhon Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural kanamaları olan çocuk vakaları bildirmiştir. Pediatrist Henry Kempe çocuğun fiziksel şiddete maruz kalarak sürekli örselenmesi sonucunda hem bedensel hem de ruhsal olarak sorun yaşadığını fark etmiş ve 1962'de ilk kez "örselenmiş çocuk" (battered child) terimini kullanmıştır. Bu terim daha sonra yerini günümüzde kullanılan şekline, çocuk istismarı (child abuse) terimine, bırakmıştır (Kara ve ark. 2004).

Günümüzde en önemli gelişme 1989'da Birleşmiş Milletler'ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin 19. maddesi, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin hem kendileri tarafından hem de dışarıdan gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir. Türkiye'de ise çocuk istismarı ile ilgili duyarlılık 20.yüzyıl başlarında, 1991'de hekimler, pedagoglar, psikologlar, hukukçular ve sivil gönüllüler tarafından kurulan, konuyla ilgili ilk dernekler Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) ve Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği'dir (Kara ve ark. 2004).

İstismar edilmiş çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığı %20 ile %70 arasında olduğu bildirilmiştir. Oranın çok geniş bir aralıkla olması sebebiyle kronik ruhsal bozukluklara yol açan çocukluk çağı istismarı olgularında etkili koruma ve tedavi merkezleri olması önemlidir. Bu amaçla istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmek amacı ile dünyanın birçok ülkesinde "Rezidental Tedavi Merkezi" adı altında hizmet veren kurumlar açılmıştır (Nasıroğlu 2014).

2.2.3. Çocukluk Çağı İhmal ve İstismarı

Çocuk istismarı pek çok toplum ve kültürde farklı şekillerde algılanmaktadır ve algılanan haliyle de tanımlanmaktadır. 0-18 yaş grubundaki çocuk ve/veya ergenin, ailesi veya kendisine bakmakla yükümlü kişiler tarafından zarar verici, kaza dışı ve önlenebilir olan kötü bir davranışa maruz kalması çocuk ihmal ve istismarı olarak kabul edilir. Bunun çocuğun fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültürel değerleri dışında kalan ve yaşanan toplumun uzmanları tarafından da istismar veya ihmal olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir. Bir davranışın istismar veya ihmal olarak algılanması, o kültürün çocuğa verdiği değerlerden, yaygın olarak kabul gören ve uygulanan yine o kültüre ait normlardan, disiplin yöntemlerinden kaynaklanan sorunlar olması sebebiyle istismar ve ihmali evrensel bir şekilde tanımlamak neredeyse mümkün değildir (Polat 1997, Topbaş 2004; Gökler 2006).

DSM-IV-TR (Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabının gözden geçirilmiş dördüncü baskısı)'de çocuğun fiziksel, cinsel kötüye kullanımı ve ihmalini tanımlamaktadır. Bu üç kategori "Klinik dikkate değer diğer durumlar" ve "ihmal ve kötüye kullanımla ilgili problemler" bölümlerinde ele alınmıştır (Bernet 2007).

2.2.3.1 DSM IV Tanı Kriterleri

DSM-IV-TR' de "Kötüye Kullanım ya da İhmal Etme ile İlişkili Sorunlar" başlığı altında yapılan tanım ve V. eksen belirtileri şöyledir (DSM-IV):

İlişki sorunları, klinik açıdan işlevsellikte belirgin bir bozulma olması, ilişki olan birimin bir ya da birden fazla üyesinde semptom görülmesi ya da ilişki olan birimin kendisinin işlevselliğinde bozulma olması ile giden, ilişki olan birimin üyeleri arasındaki etkileşim örüntülerini kapsar.

"Kötüye Kullanma ya da İhmal Etme ile İlişkili Sorunlar" alt başlığı altında; bir bireyin bir başkasını fiziksel kötüye kullanması, cinsel kötüye kullanması ya da çocuğunu ihmal etmesi gibi ileri derecede kötü davranma eylemi klinik ilgi odağı olduğunda kullanılması gereken kategorileri kapsar ekinde tanımlanır ve üç alt başlığa ayrılır. Bunlar; çocuğun fiziksel kötüye kullanılması, çocuğun cinsel kötüye kullanılması ve çocuğun ihmal edilmesidir.

DSM-V (Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabı 5.baskısı)'de tanımlamalar daha detaylandırılmış şekilde verilmiştir.

2.2.3.2. DSM V Tanı Kriterleri

DSM-V'te çocuğun fiziksel, cinsel kötüye kullanımı ve ihmali ile ilgili tanımlamalar "Çocuğa Kötü Davranma ve Çocuğu Boşlama Sorunları" başlığı altında belirtilmiştir. Bunlar;

Çocuğa Bedensel Sömürü: a) Doğrulanmış b) Sanılan

Çocuğa Bedensel Sömürü ile İlişkili Diğer Durular :

Ana babası tarafından sömürüye uğraması

Ana babası dışında birileri tarafından sömürüye uğraması

Çocuğa sömürü uygulamış ana baba

Çocuğa sömürü uygulamış ana baba dışında birilerin olması

Çocuğa Cinsel Sömürü: a) Doğrulanmış b) Sanılan

Çocuğa Bedensel Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

Ana babası tarafından cinsel sömürüye uğraması

Ana babası dışında birileri tarafından cinsel sömürüye uğraması

Çocukların cinsel sömürü öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğa cinsel sömürü uygulamış ana-baba

Çocuğa cinsel sömürü uygulamış ana baba dışında birilerinin olması

Çocuğu Boşlama: a) Doğrulanmış b) Sanılan

Çocuğu Boşlama ile İlişkili Diğer Durular

Ana babası tarafından boşlanma

Ana babası dışında birileri tarafından boşlanma

Çocuklukta boşlanmışlık öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğunu boşlamış ana-baba

Çocuğu boşlamış ana baba dışında birilerinin olması

Çocuğa Ruhsal Sömürü: a) Doğrulanmış b) Sanılan

Çocuğa Ruhsal Sömürü İlişkili Diğer Durular

Ana babası tarafından ruhsal sömürüye uğraması

Ana babası dışında birileri tarafından ruhsal sömürüye uğraması

Çocuklukta ruhsal sömürü öyküsü (geçmiş öykü)

Çocuğa ruhsal sömürü uygulamış ana-baba

Çocuğu ruhsal sömürü uygulamış ana baba dışında birilerinin olması.

Çocuğa bir yetişkin tarafından fiziksel ya da psikolojik olarak kötü davranılması anlamına gelen çocuk istismarı ve ihmalinin Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımı; "Çocuğun sağlığını, yaşamını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen ve/veya etkileme ihtimali içeren, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanan her türlü kötü davranış ve kötü muamele" şeklindedir (Şenkal ve Palabıyıkoglu 2015).

2.2.4. Epidemiyolojisi

Çocuk istismar ve ihmali ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğinden sıklığını belirlemek oldukça zordur. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada dünyadaki 29 ülkeden bildirilen rakamlara göre, çocuk istismarı sıklığı ortalama 16,3/1000 olarak

bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü her yıl 15 yaş altında 31.000 çocuğun yaşamını bu nedenle yitirdiğini bildirmektedir (Koç 2012).

Son yıllarda dünyada çocuk istismarı konusu, gerek tıbbi, gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanmaya başlamıştır. Bu durum Türkiye için de geçerlidir. Durumun istismarcının aile içinden olması, istismar edilenin yaşının küçük olup durumun farkında olamaması gibi çeşitli nedenlerden dolayı gerekli mercilere yeterince bildirilmemesi, inkâr edilmesi, gizli kalması ve tanı konulmasındaki güçlükler bu sorunun önemini daha da artırmaktadır. Konuyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü çocuğa karşı yapılan şiddetin önlenmesini bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır (Turhan ve ark. 2006).

Amerika'da yapılan bir çalışma verilerine göre, her 1.000 çocuktan 330'unun kötü muamele gördüğü, bunların %52'sinin ihmal şeklinde olduğu ve %26'sının da fiziksel istismara uğradığı belirlenmiştir. Ülkemizde ise Türkiye genelinde yapılan bir çalışmaya göre %45'inin, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı bir çalışmada ise çocukların %46'sının ihmal ve/veya istismara uğradığı belirlenmiştir (Örsel ve ark. 2011).

Çocuk istismarı ve ihmeline ilişkin önemli kaynaklardan biri olarak kabul edilen Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (NCANS) 2008 yılı verilerine göre, Amerika'da 2008 yılı içinde 772.000 çocuğun istismar ve ihmale uğradığı bildirilmiştir. Çocukların uğradığı istismar ve ihmalin %80,1'i aileleri tarafından, %6,5'i diğer akrabaları tarafından olduğu belirtilmiştir. İstismar türlerine

bakıldığında ise sırasıyla, %71,1'i ihmale, %16,1'i fiziksel istismara, %9,1'i cinsel istismara, %7,3'u duygusal istismara maruz kalmıştır. İhmal ve/veya istismar sebebiyle olan ölüm oranı ise 10.000'de 2,33 olarak hesaplanmıştır (NCANS. 2008).

1991'de Türkiye'nin 16 farklı ilinde 50,473 çocuğun annesi ile yapılan bir çalışmada 4-12 yaş arasındaki çocukların %62'sinin fiziksel olarak cezalandırıldığı belirtilmiştir (Bilir ve ark. 1991). 50 çocuğun dahil edildiği başka bir çalışma sonucunda da, çocukların %60'ının fiziksel istismara, %26'sının cinsel istismara, %20'sinin hem fiziksel hem duygusal ihmale ve %18'inin de duygusal istismara maruz kaldığı ve bu çocukların %38'inin sadece babaları tarafından, %28'sinin sadece anneleri tarafından, %34'ünün ise birden fazla bakım veresin tarafından istismara maruz kaldığı ifade edilmiştir (Oral ve ark.2011).

Zoroğlu ve arkadaşlarının 2001 yılında, 839 lise öğrencesinin çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıları, kendine fiziksel zarar verme davranışı, intihar girişimi ve dissosiyatif yaşantıların sıklığını saptamak ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında, %16,5'inin ihmal, %15,8'inin duygusal istismar, %13,5'inin fiziksel istismar ve %10,7'sinin cinsel istismara (ensest dahil) uğradıklarını saptamışlardır. Kendine fiziksel zarar verme davranışının sıklığı %21,4 ve intihar girişimi sıklığı ise % 10,1 olarak bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışma sonucunda; herhangi bir çocukluk dönemi travması belirtenlerin, belirtmeyenlere göre daha yüksek derecede dissosiyatif yaşantı belirtileri gösterdikleri, daha sık olarak kendine fiziksel açıdan zarar verdikleri ve intihar girişiminde buldukları

görülmüştür (Zoroğlu ve ark. 2001). Başka bir çalışma sonucuna göre ise; cinsel istismar ve enste maruz kalmış kızların, daha çok duygusal istismar bildirdikleri görülmüş ve travma belirten bireylerin ise birden çok travma türü belirttiği saptanmıştır (Yurdakök ve İnce 2010).

Örsel ve arkadaşlarının yaptığı, DSM-IV tanı ölçütlerine göre en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan 183 hastanın katıldığı çalışmada, %65,7'si (n=117) çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine; %6,1'inin ise (n=11) üç tür istismar şekline de maruz kaldığını bildirmiştir. Duygusal ihmal sıklığı ise %81,6 (n=146), fiziksel ihmal ise %7,1 (n=129) olarak saptanmıştır (Örsel ve ark.2011).

Cinsel İstismar; sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla beraber aynı derecede gizli kalmaktadır. Vakaların yalnızca %15'inin durumu bildirildiği sanılmaktadır. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar, düşünülen gerçek yaygınlık oranına göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bu oranlar, kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39'dur. Gerçek yaygınlığın ise kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmüştür. ABD'de 1999 yılında 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismarın yaygınlığı 1.3/1.000 olarak saptanmış ve kız çocuklarının daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir (Taner ve Gökler 2004).

Kuzey Amerika örneğinde yapılan 16 çalışmanın bulgularının gözden geçirilerek bir araya getirildiği bir makalede cinsel istismar sıklığı, kadınlar ve

erkekler için sırasıyla %16,8 ve %7,9 olarak verilmiştir. Cinsel istismar ile ilgili 19 farklı ülkede yapılan çalışmaların sonuçlarının verildiği bir başka makalede ise çocuk istismarı sıklık verileri kadınlar için %7-36, erkekler için %3-29 aralığında bildirilmiş ve kadın cinsiyetin erkek cinsiyetine oranla 1.5-3 kat daha fazla istismara uğradığına dikkat çekilmiştir. Ergenlerle yapılan bir araştırmada da çocuklukta yaşanan cinsel istismar ve ergenlik döneminde yaşanan istismar ile ilişkili problemler araştırılmış ve erkek ile kız ergen grupları arasında erkeklerin %3,1 ve kızların %11,2 oranlarında istismar bildirim yaptıkları görülmüştür. Bu çalışmalar sonucunda kadın cinsiyette yaş arttıkça cinsel istismara maruz kalma oranının da yaşla aynı orantıda artmakta olduğu anlaşılıyor (Aktepe 2009).

Fiziksel istismarda her ne kadar diğer istismar türlerine göre elde edilen veriler daha somut olsa da yine de gerçek sıklığına ilişkin oranlarının belirlenmesi oldukça güçtür. Amerika Birleşik Devletleri'nde fiziksel istismarın 5-20/1,000 civarında olduğu bildirilmiştir (Arthur 1997). Fiziksel istismarda kız ve erkek cinsiyetler arasında önemli bir fark bulunmamaktadır. Ayrıca cinsel istismar ile aynı şekilde cinsiyet dağılımında istismara uğrayanın yaşı ile ilgili değişiklikler görülebilmektedir. Örneğin; ergenlik döneminde fiziksel istismar erkeklerin aksine kızlarda daha fazla görülmektedir (Powers ve ark.1990).

Fiziksel istismar en çok 4-8 yaş aralığındaki çocuklara yönelik olduğu bulguları sıklıkla verilmiştir. Anne olma yaşına bakıldığında ise 20 yaşın altındaki annelerin çocuğuna daha sık olarak fiziksel istismarda bulunduğu bildirilmiştir.

Çocuklara yönelik fiziksel istismarda istismarcı olarak annelerin oranı daha yüksek olarak belirlenirken, ergenlere yönelik olan fiziksel istismarda babaların sorumlu olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde Bilir ve arkadaşları tarafından 1986 yılında 16.000 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre fiziksel istismar oranı %33.5 olarak bulunmuş ve bu istismar türü ile ilgili baba figürünün sorumlu olduğu saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım evlerinde yaşadıkları istismarların sonucunda öldükleri tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin sebepleri olarak da %52'sinin fiziksel istismar, %42'sinin ihmal ve % 5'inin ise her iki istismar şeklinin sonucunda olduğu düşünülmektedir. (Bilir ve ark 2001; Töngge 2001).

Kaplan ve arkadaşları 1988-1998 yılları arasında yayınlanmış, çocuk ve ergenlerin fiziksel ve duygusal istismar ve ihmali ile ilgili yapılmış araştırma sonuçlarını gözden geçirdikleri çalışmalarında, çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile ilgili duygusal istismar ve ihmali çocuğa kötü muamele biçimleri içinde en az çalışılan sorunlar olmasına karşı en yaygını olabileceğini belirtilmiştir (Kaplan ve ark.1999).

Ülkemizde travma ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen istatistiki bilgiler ise 1970 yılından beri toplanmaya başlanmıştır ve bu konuda bazı araştırmalar yapılıyor olsa da her yıl bu suça maruz kalan çocuk sayısı yine de bilinmemektedir. Yapılan araştırmalara ve adli verilere göre; kızların cinsel istismara maruz kalma oranlarının %85, erkeklerin cinsel istimara maruz kalma oranlarının %15 olduğu ve

yaşlara göre dağılımları açısından da cinsel istismara maruz kalan çocukların; %30'unun 2 ile 5 yaş aralığında; %40'ının 6 ile 10 yaş arasında; %30'unun ise 11 ile 17 yaşları arasında olduğu bildirilmiştir. Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlarla ilgili davaların 2010 verilerine göre ise 12-15 yaş aralığındaki 1052 erkek, 48 kız çocuğun 15-18 yaş aralığındaki ergenlerden 2129 erkeğin, 71 kızın sanık olarak suça karıştığı verileri mevcuttur.

SHÇEK'in 2010 verilerine göre de yurtdışında koruma altında bulunan çocuklardan %10,3'ü ensest mağduru, %7'si ise cinsel istismar mağduru olduklarından dolayısıyla koruma altına alınmışlardır (Kır 2013).

2.2.5. Çocuk İstismarı Etiyolojisi

Çocuk ihmal ve istismarı ailenin yaşam stresiyle ilgili olup ailenin yaşadığı ekonomik ve sosyal stresler, ihmal ve/veya istismara yol açabilir. Çocuğun ihmal ve istismar edilmesine neden olan faktörleri iç ve dış stres faktörleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Dış stres faktörleri; bazı ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede sıkıntı yaratması ve dolayısıyla çocuğun ihmal ve istismarına yol açması olarak tanımlanabilir. Ekonomik yetersizlik aile için en önemli stres kaynaklarından biri olup yoksulluk, işsizlik, borçlanma gibi durumlardır. İyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, uygun olmayan sağlık koşulları gibi sorunları da beraberinde getirebilir. İç stres faktörleri ise anne-babanın kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan gereğinden fazla beklentide bulunulması şeklinde sınıflandırılabilir (Aral ve Gürsoy 2001).

Anne-baba yoksunluğu ise ayrı bir iç stres faktörü olarak tanımlanabilir. Ölüm, boşanma veya çalışma amacıyla ayrı bir yerde bulunma nedeni ile parçalanmış aileler, çocuk istismarı açısından önemli bir risk grubunu oluştururlar. Anne-baba tarafından ihmal ve istismar edilme, anne-baba arasında yaşanan şiddete tanık olma, parçalanmış aileden gelme ya da şahit olduğu çeşitli ailevi problemlerin çocukta yarattığı duygular çocuğun yaşam biçimini ve ilişkilerini önemli derecede etkiler ve çocuğun bunları öğrenerek taklit etmesine, dolayısıyla da yetişkin hayatında istismarcı bir kişilik kazanmasına neden olabilir. Tüm bu durumlar çocuğun kişiliğini olumsuz yönde etkiler (Aral ve Gürsoy 2001).

İstismara eğilimli ebeveynler çocuklukta fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar yaşamış kişiler olabilirler. Kendi aileleri tarafından duygusal olarak ihmal edilen veya istenmeyen çocuklar ileride kendileri de istismarda bulunabilecek ebeveynler olabilirler ve bu kişiler herhangi bir baskı altında çocuklarına çok büyük tepkiler gösterebilirler.

Küçük yaşta anne-baba olan kişilerin çocuklarına olması gereken şekilde, uygun ebeveyn davranışlarında bulunmama riski vardır. Yapılan çalışmalarda özellikle ergen yaşlarda (13-19 yaş arası) çocuk sahibi olan annelerin, kendi duygusal gelişimlerini tamamlamadıklarından dolayı çocuğu istismar etmeye yatkınlıkları fazla olduğu, fiziksel istismar ve ihmali içeren çocuğa kötü muamele oranının, 18 yaş ve daha genç annelerin çocuklarında daha fazla olduğu bildirilmiştir (Deveci ve Açık 2013).

2.2.6. Çocuk İstismar ve İhmali Sınıflandırılması

Çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmal, Cinsel İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Fiziksel İhmal olmak üzere 5 alt başlıkta ele alınır.

2.2.6.1. Cinsel İstismar

Bildirim az olması nedeniyle çocuk istismarı türleri içerisinde saptanması en zor olan istismar türüdür. Psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel doyum için kullanılması ya da kullanılmasına izin verilmesi olarak tanımlanabilir (Kara ve ark. 2004; Topbaş 2004).

Başka bir ifade şekliyle, çocuğun razı olması ve onaylaması için henüz gelişimsel olarak zihinsel kapasitede olmaması veya yasaların yasakladığı ve toplumun sosyokültürel normlarına aykırı bir cinsel yaşantıya zorlanması olarak da tanımlanmaktadır (Michelle Hughes ve ark.2005).

Bu istismar türü medikososyal, hukuki ve ahlaki yönleri olan bir sorun olmakla beraber 18 yaşına kadar olan kız çocukların %12-25'inin, erkek çocukların ise %8-10'unun istismara uğradığı saptanmıştır (Kara ve ark.2004).

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir. Bunlar;

a. Temas içermeyen cinsel istismarlar: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgenciliktir.

- b. Cinsel dokunma: İstismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kendisine dokunması için zorlayabilir.
- c. İnterfemoral ilişki (Irza tasatti): Penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.
- d. Cinsel penetrasyon (Irza geçme): Genital ilişki, anal ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon şeklinde olabilir.
- e. Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, tüm çocukların temas içeren cinsel istismara maruz kaldığı ve tanımlanan istismar davranışların erkek çocuklarda anal sürtünme şeklinde olup, kız çocuklarda ise dokunma-okşama ve öpme davranışlarının yüksek oranda saptandığı belirtilmektedir. Ayrıca yaş arttıkça çocukların birden çok istismar türüne maruz kaldığı, beden bütünlüğünün bozulduğu ve kız çocuklarında yaş arttıkça vajinal penetrasyon şeklindeki istismarın daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Dönmez ve Erdoğan 2016).

2.2.6.1.1. Cinsel İstismarın Psikopatolojilerle İlişkisi

Çocukluk döneminde cinsel istismar yaşantıları kişilerin yetişkinlik yaşamlarında depresyon, anksiyete, düşük benlik algısı, yalnızlık ve utanç hissi, güvensizlik, madde bağımlılığı, impulsif davranışlar, obsesif kompulsif bozukluklar, ilişkisel sorunlar, uyku problemleri, kendine zarar verici davranışlarda bulunma isteği, intihar girişimleri gibi semptomları ortaya çıkartmaktadır. Ayrıca borderline

kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerin çocukluklarında cinsel istismara maruz kaldıkları da bildirilmiştir (Siyez 2003).

Kendall Tackett ve Marshall cinsel istismara uğrayan çocukların erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkabilecek ruhsal etkileri şu şekilde tanımlamışlardır.

1. Post-travmatik stres bozukluğu (travma yaratan olayın veya ihmal/istismar deneyimlerinin günlük yaşamda ya da rüyalarla tekrar tekrar hatırlanması, yıkıcı düşünceler gibi),

2. Bilişsel bozukluklar (dünyayı tehlikeli ve kötü bir yer olarak algılama, sürekli umutsuz olma ve düşük öz-saygı gibi),

3. Duygusal distres (depresyon, korku, kaygı, fobi, obsesif- kompulsif bozukluk, kızgınlık/öfke gibi),

4. Bozulan benlik duygusu (kendini suçlama, kendini korumada zorlanma, diğerleriyle bağ kurmakta zorlanma gibi),

5. Kaçınma (Olumsuz uyarıcının olabileceği ortamlardan uzak durmaya çabalama, dissosiyasyon, travmatik olaylarla ilişkili bellek boşlukları ya da amneziler gibi),

6. Kişilerarası zorluklar (samimi olmakta zorlanma, kendi ile ilgili konuşmakta zorlanma ve yakın ilişkilerin kendine zarar vereceğini düşünme/söyleme gibi),

7. Sağlık problemleri (bağışıklık sisteminde bozulmalar, sürekli yorgunluk hissi, beyin yapısında değişim, yaygın baş ağrıları, çoğunlukla alkol veya madde kullanımları gibi) (Kendall-Tackett and Marshall 1998).

Çocuk cinsel istismarının uzun dönem etkilerinin incelenmesini amaçlayan bir çalışmada, çocuk istismarı uzun dönem olumsuz etkileri olan ciddi bir problem olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada cinsel istismarın ailesel psikopatoloji, güç tehdidi gibi tanımlanması gereken bazı özel problemleri ortaya çıkarabildiğine dikkat çekilmektedir. Çocukluk cinsel istismar hikâyesi olan yetişkin kadınların, büyük oranda cinsel karmaşa, cinsel işlev bozuklukları, ergenlikte ve yetişkinlik dönemlerinde eşcinsel deneyimler yaşadıkları ve depresyon geçirdikleri kanıtlanmıştır. Bunun yanı sıra yine anksiyete, çoklu kişilik bozukluğu ve erkeklerde yetişkin hayatlarında cinsel işlev bozukluğu cinsel istismar vakalarında rastlanan olumsuz sonuçlar olarak değerlendirilmektedir (Beitchman ve ark. 1992).

Vural ve ark.'nın 2010-2011 yılları arasında adli makamlar tarafından çocuk ergen psikiyatri polikliniğine gönderilen 3-18 yaş arasında 142 vakanın sosyo-demografik ve klinik özelliklerini değerlendirdikleri çalışma sonucunda; cinsel istismara uğramış çocuklarda saptanan psikiyatrik tanılar, travma sonrası stres bozukluğu (%40,8), anksiyete bozuklukları (%13,6), duygu durum bozuklukları(%10,4), davranım bozukluğu (%4) ve uyum bozukluğu (%1,6) olmuştur (Vural 2013).

Cinsel istismara uğrayan çocukların yaklaşık %50'sinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülmekte ve buna depresyon, düşük benlik saygısı, intihar davranışları, damgalanmışlık hissi, sigara, alkol-madde kötüye kullanımı eşlik edebilmektedir. Kişilik bozukluğu saptanan kişilerin %70-80'inde, çoğul kişilik

bozukluğu saptanan kişilerin %85-95'inde çocukluk cağı cinsel istismar öyküsü pozitif bulunmuştur. Cinsel istismarda bulunan kişilerin de %60-95'inde cinsel istismar öyküsü vardır (Topbaş 2004).

2.2.6.2. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar en geniş anlamda "ocuğun kaza dışı yaralanması" şeklinde tanımlanabilir. On sekiz yaşından küçük ocuk ya da ergenin anne, baba veya bakımından sorumlu başka biri tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması ya da yaralanma riskine sebep olunmasıdır. Bu hasar, çocuğun itaatini sağlama, çocuğu cezalandırma ya da çocuğa öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya herhangi bir cisimle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak ya da bırakmayacak şekilde şiddet uygulayarak çocuğa bir zarar verilmesidir. Fiziksel istismar en yaygın ve tespit edilmesi diğer istismar ve ihmal türleri arasında en kolaydır (Tıraşçı ve Gören 2007).

2.2.6.2.1. Psikopatolojilerle ilişkisi

Çocukluk dönemlerinde fiziksel istismar ve ihmale uğramış kişilerde; madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sorunların yanı sıra kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi bazı psikiyatrik hastalıklar da sık grlmektedir. Ağır fiziksel istismar olgularında travma sonrası stres bozukluğuna da rastlanmaktadır (Aksoy ve Ögel 2003; Taner ve Gökler 2004).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan çocuklarda ise yaralanma riski dikkatsizliğe ve aşırı harekete bağlı olarak daha yüksek görünmekle birlikte bu yaralanmalarda fiziksel istismar ve ihmalin rolü ayrıştırılmamaktadır. Bu konuyla ilgili DEHB tanısı alan 116 çocuk ile kontrol grubunu oluşturan 84 çocuğunun yaralanma oranları ve fiziksel istismar ve ihmalle ilişkisi değerlendirilen bir araştırmada, DEHB tanısı olan çocukların yaralanmaya maruz kalma oranı %25 ve kontrol grubu çocuklarda ise %3,6 olarak bulunmuştur. Özellikle DEHB'li erkek çocukların %30'unda tekrarlayan yaralanma öyküsü, ihmal olgusu şüphesi uyandırmıştır. Sonuç olarak DEHB'nin, çocukluk çağında kaza ve yaralanma oranını artıran bir tanı olduğu belirlenmiştir (Soysal ve ark.2011).

2.2.6.3. Duygusal İstismar

Fiziksel olmayan fakat çok ağır olan cezalar ya da tehditleri içeren duygusal istismar için, Walker, Bonner ve Kaufman'ın tanımı esas alınmıştır. Bu tanıma göre duygusal istismar; çocuk ya da ergene, duygusal veya ruhsal olarak sağlığını tehlikeye atacak derecede sözlü tehditte bulunmak, alay etmek ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulmasıdır (Maughan ve Cicchetti 2002).

Gündelik yaşamda en sık rastlanan istismar tiplerinden birisi olan duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun kabiliyetlerine dair istek ve beklentiler içinde olmaları ve bu beklentileri oranında çocuğa karşı saldırganca davranmaları şeklinde de tanımlanır.

Bunlar; çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, korkutma, bezdirme, tehdit etme, duygusal bakımdan çocuğun ihtiyaçlarını karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluklar verme, kardeşler arasında ayırım yapma, değersiz hissettirme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, çocuğun üzerinde baskı ve otorite kurma, çocuğu kendine bağımlı kılma ve aşırı korumacı davranışlar duygusal istismar çeşitleridir. Diğer istismar türlerine göre duygusal istismar tanımlanması daha karmaşık, en zor ancak en sık rastlanan istismar türüdür (Tıraşçı ve Gören 2007).

Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada en sık görülen duygusal istismar tipi, sıklığı %75-80 oranında olan 'çocuğa bağırma' olarak bulunmuştur (Topbaş, 2004).

2.2.6.3.1. Psikopatolojilerle ilişkisi

Son yıllarda yeme bozuklukları psikopatolojisinde duygusal istismarın da cinsel ve fiziksel kötüye kullanımda olduğu gibi yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Duygusal kötüye kullanım yaşantısı olanlarda her iki cinsiyette de beden memnuniyetini bozduğu, kendilik saygısını azalttığı anlaşılmıştır. Çocuklukta yaşanan duygusal kötüye kullanımın aleksitimiye yol açtığı, duygusal oluşum sürecini etkilediği, beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışlarında değişiklikler meydana getirdiği bildirilmiştir (Ağırman ve Maner 2010).

Örsel ve arkadaşlarının en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış 183 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılanların çocuklukta duygusal istismar yaşantısı olanlarda tanı olarak duygu durum ve anksiyete bozukluklarının

anlamli olarak diğerlerinden daha fazla olduğunu ve yine bu grubun ailelerinde psikiyatrik bozukluk oranının da anlamli olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir (Örsel 2011).

2.2.6.4. Duygusal ve Fiziksel İhmal

Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde tanımlanabilir. Toplum, kurumlar ve bireyler tarafından yapılan ihmal davranışı, çocukların eşit hak ve özgürlüklerinden yoksun bırakılması sonucunda çocukların gelişimlerini engelleyici davranışlar olarak ortaya çıkar. Çocuğun bakım ve beslenme gereksinimlerinin olması gereken düzeyde karşılanmaması, gerektiğinde tıbbi müdahalelerin yapılmaması, anne baba olarak çocuğa karşı ebeveynlik görevlerinin yeterince yerine getirilmemesi ve çocuğun yalnız başına bırakılması durumları ihmal davranışına örnek olarak verilebilir (Aral 2001).

Yanık ve Özmen'in herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış, psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran kadın hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmal yaşantılarının (fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal) sıklığına baktıkları bir çalışmada en sık bildirilen çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal türü duygusal ihmal olarak bulunmuştur (Yanık ve Özmen 2002).

Aile ilişkilerinin güçlü normsal yasaklarla kutsallaştırılmış olan ölkemizde resmi kayıtlara geçen vakalardan aile içi istismar ve ihmal ile bunların farklı türlerinin bir arada gerçekteşiği görölmektedir. Sıklıkla istismara maruz bırakılmış

çocukların hem duygusal yönden hem de tıbbi açıdan gereksinimlerinin karşılanmaması, eğitimsel ihtiyaçlarının önemsenmemesi gibi bir çok farklı açıdan ihmal edildiği görülmektedir ve bu nedenle literatürde istismar ve ihmal fiziksel, cinsel ve duygusal boyutlarda ele alınmaktadır (Ünal 2008).

Genellikle çalışmalar çocuk istismarı ve ihmalini birlikte değerlendirdiğinden dolayı tek başına ihmalin sıklığını kesin olarak söylemek zordur. Bu bağlamda tüm istismarların yaklaşık %48- 63'ünün ihmal ile birlikte olduğu düşünülmektedir (Yağmur 2008).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların çocukluk çağında istismara uğrama sıklıklarının ortaya konması ve istismara ilişkin ruhsal bozuklukların oluşmasına yol açan faktörlerin tanı gruplarına göre karşılaştırıldıkları bir çalışmada duygusal ihmal oranı %81,6, fiziksel ihmal oranı %72,1 olarak saptanmıştır (Örsel ve ark. 2011).

2.2.6.4.1. Psikopatolojilerle İlişkisi

Lochner ve arkadaşları yaptıkları bir araştırma, obsesif-kompulsif bozukluğu veya saç yolma hastalığı (trikotillomani) olan kişilerin çocukluk dönemlerinde istismara uğradıklarını ve özellikle duygusal olarak ihmal edildiklerini bildirmişlerdir (Lochner 2002).

2.3. Çocukluk Çağı Travmalarından Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar

Travma denildiğinde akla genelde savaş, işkence, şiddet, kaçırılma, tecavüz gibi olaylar gelir ancak çocuğun yaşadığı sosyal koşullar, çocuğa bakım verenin yani ailenin yetiştirme stili, temel güven duygusunu zedeleyen, bağlanmayı ve kişilik

gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları gibi dinamik etkenler de travma kapsamındadır ve çocuğun yetişkinlik yaşamında psikiyatrik patolojilere yol açabilmektedir. Genelde toplum tarafından travma olarak kabul edilmeyen bu durumlar aşikar travmatik olaylardan daha siktir ve toplum ve/veya kişiler tarafından kolay fark edilemediğinden tespit edilmesi de daha zordur (Terr 1983; Tönge 2011).

Kişiler travmaya bağılı olarak; kişisel, toplumsal ve biyolojik faktörlerden, travmanın tipi, şiddeti, yaşanma biçimi ve çevresel diğere etkenlerden dolayı farklı tepkiler verirler ve bu tepkiler sonucunda da kişilerde, bir kısmı doğrudan bir kısmı da dolaylı olarak mağduru oldukları travmatik deneyim ile ilişkilendirilen çok sayıda ruhsal bozukluk gelişmektedir (Akçay 2011). Bunlar;

a) Doğrudan travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar

1- Akut Stres Reaksiyonu (ICD-10)

2- Akut Stres Bozukluğu

3- Travma Sonrası Stres Bozukluğu

4- Uyum Bozuklukları

b) Dolaylı olarak travma ile ilişkilendirilen ruhsal bozukluklar

1- Dissosiyatif Bozukluk

2- Borderline Kişilik Bozukluğu

3- Konversiyon Bozukluğu

4- Somatizasyon Bozukluğu

5- Yeme Bozuklukları

6- Depresyon

7-Diğer Anksiyete Bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, vb.)

8- Psikotik Bozukluklar olarak sınıflanmaktadır (Akçay 2011).

Psikiyatrik bozukluklar ve travma ilişkisiyle ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; çocukluk çağı travmaları ve yetişkinlik çağında ortaya çıkan psikopatolojik durumlar arasındaki ilişkinin varlığı açık bir şekilde dikkat çekmektedir (Janssen ve ark. 2004). Örnek olarak, çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma maruz kalanlarda travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, majör depresyon, sınır kişilik (borderline) bozukluğu görülebilmektedir (Erdinç ve ark. 2004).

Ogawa JR, ve arkadaşlarının 1997'de klinik olmayan örnekleme dissosiyasyon semptomlarının uzun dönem gözlemledikleri bir çalışmada ve aynı yıl Putnam'ın çocuklarda dissosiyasyon gelişimi ile ilgili yaptığı başka bir araştırmada travma ve dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı bulunmuştur (Ogawa JR. ve ark1997; Putnam 1997).

Çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının sonraki yaşamda birçok psikiyatrik rahatsızlıkla ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bozuklukların; depresyon, travma sonrası stress bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, obsesif- kompulsif bozukluk, halüsinasyon görme, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, çoklu kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanım

bozukluğu, kişilik bozuklukları, panik bozukluk, davranış bozukluğu, öğrenme güçlükleri olduğu görülmüştür (Şahin Demikapı 2013).

Çocukluk çağı travmaları, varlığı bilinsin veya bilinmesin çocukluk çağında ve erişkinlikte birçok patolojiyle anlamlı oranda ilişkili olup; ruh sağlığı alanında çalışanların başta olmak üzere doktorların hastalarını anlamaya çalışırken mutlaka sorgulanması gereken önemli konulardan biridir. Ruhsal olarak yaşadıkları sorunlar nedeniyle tedavi arayışında olan hastaların değerlendirilmesi sırasında atlanabilecek bazı olaylar var olan problemin esas nedenlerinden birini oluşturuyor olabilir (Putnam 1997).

Travma sonrası sık rastlanan durumlardan biri de umutsuzluk, çaresizlik duygularının oluşması ve olaylara karşı daha karamsar bakış açısının gelişmesidir. Bu durum Erikson tarafından 'temel güven' duygusunun tam olarak gelişmemesi olarak tanımlamıştır.(Erikson 1950). Travma sonrası oluşabilecek bu gibi olumsuz duygularla birlikte uzun süre travmaya maruz kalınması akabinde kişide inkâr, bastırma, dissosiyasyon, saldırganla özdeşim, kendini ve başkalarını suçlama gibi farklı savunma mekanizmaları ile birlikte kişilik patolojileri de gelişebilir (Tönge 2001).

Travmaların ruhsal etkileri; travmanın türüne, şiddetine, travmanın olduğu yaş, sosyoekonomik ve sosyokültürel durum, travmaya kronik olarak maruz kalma veya akut olması gibi oldukça farklı dinamik değişkenlere göre farklılık gösterir. Travmaya uğrayan kişide travmaya ilişkin anıların tekrar canlanması (flashback) sık

yaşanan bir durumdur. Bazen yaşanan travma açıkça biliniyor olmasa bile, olayın tekrar yaşandığını gösteren yayınlar mevcuttur. Çocuk cinsel istismarının yetişkinlik döneminde olası sonuçları olarak; cinsellik üzerine farklı etkiler, duygusal etkiler, depresif duygudurum üzerine etkiler, anksiyete şeklindeki etkiler, davranışsal etkiler ve kişilik gelişimi ile ilgili etkiler olmak üzere ayrı başlıklarda incelenir (Erikson 1950; Owayolu ve ark.2007).

Yine cinsel istismar olgularına özgü bir ruhsal bozukluk tanımlanmamakla birlikte istismarın ruhsal bozukluk sıklığını, istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde yaşamın ilerleyen dönemlerinde birçok ruhsal bozukluğun ortaya çıktığı bildirilmektedir (Koçak ve ark. 2015). Ayrıca cinsel istismar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Akut Stres Bozukluğu (ASB), Depresif Bozukluklar, Dissosiyasyon Bozukluğu gibi bir grup psikiyatrik bozukluklar için özgül olmayan bir risk faktörüdür. Çalışmalarda %10 ile %64 arasında değişen oranlarda en sık konulan tanı ise TSSB'dir (Şimşek ve Gençoğlan 2014).

2.4. Çocukluk Travma Yaşantıları ve Psikopatoloji

Yapılan farklı araştırmalarda dört kişiden birinin çocukluk çağında cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsü olduğunu gösterilmiştir (Amodeo ve ark.2006). Bu oran şehirde yaşayan kadınlarda daha da yüksek olmakla birlikte çoğunlukla cinsel ve fiziksel kötüye kullanım bir arada bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ile TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları, cinsel bozukluklar ve intihar fikirleri arasında ilişki olduğu çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir. Bununla beraber çocukluk

çağı cinsel ve fiziksel kötüye kullanımın ikincil kurbanlaşmaya (secondary victimization) ve semptomların gelişimi ile birlikte şiddetlenmesine yol açtığı da bilinmektedir (Beitchman 1992; Karakaş 2011).

ÇÇT çocuğun normal olan sağlıklı ruhsal gelişimini engeller ve duygu düzenlenmesinde güçlük yaşamasına yol açar (Maughan ve Cicchetti 2002). Çocukluk çağında kötüye kullanıma bağlı olarak benlik saygısının ve öz yeterliliklerinin azalması sonucunda kişiler, sosyal çevrelerini ve yaşam kaynaklarını önemli ölçüde yitirirler (Orava ve ark. 1996; Kristen 2010).

Fiziksel kötüye kullanım, duygusal kötüye kullanım ve ihmal öyküsü belirlenen kişilerin 11 yaşından itibaren izleme olarak yetişkinlikte ortaya çıkan psikopatolojileri incelenen bir araştırmada, çocukluk çağı örselenmelerinin antisosyal kişilik belirtileri ve tanısı için önemli bir yol gösterici olduğu bildirilmiştir (Karakaş 2011). Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantıların borderline kişilik bozukluğunun oluşumunda önemli bir risk etmeni olduğu düşünülmektedir ve görülme oranları ise genel toplumda %2, poliklinik takipli hastalarda %10 ve psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi alan hastalarda %20 olduğu tespit edilmiştir (Nasıroğlu 2014).

Türkiye'de çocukluk çağı örselenmelerinin yüksek oranda depresyon ve anksiyete belirtilerine, intihar girişimlerine, kendine zarar verme davranışlarına ve başta antisosyal kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozukluğu tanılarına neden

olduğu, ve bunların yanı sıra madde kullanımı davranışını da arttırdığı saptanmıştır (Kural ve ark. 2005).

Yine ülkemizde madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bir araştırmada bu kişilerin çocukluk çağında daha yüksek oranda fiziksel kötüye kullanıma uğradıkları ve bunun sonucunda daha düşük benlik saygısı ile daha yüksek madde kullanma eğilimine sahip oldukları; fiziksel kötüye kullanım oranı arttıkça da sorun odaklı başa çıkma davranışlarını daha az, duygu odaklı davranış olanları tutumlarını ise daha yüksek oranda kullandıkları belirlenmiştir. Bu bulgular, madde kötüye kullanımı için özgül olmasa da çocukluk çağı örselenme yaşantılarının ruhsal bozukluklar için risk etmenlerinden biri olduğu görüşü desteklenmiştir (Toker 2011).

2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Hastalık ilk olarak 2. dünya savaşında yapılan gözlemlerle başlamış ve ilk olarak "Büyük Stres Reaksiyonu" olarak adlandırılarak DSM I'de tanımlanmıştır. Daha sonra hastalığın ortaya çıkışı ile ilgili çocukluk travmalarının yetişkinlik döneminde uyum bozukluğuna sebep olduğu fark edilmiş ve "Geçici Ruhsal Bozukluk" olarak isimlendirilerek tanımlama DSM II'de revize edilmiştir. 1980 yılında "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" adıyla DSM III'te Anksiyete Bozuklukları içinde yer almıştır. Son olarak DSM III'te tanımlanan 5 ölçüte travmatik olayın tanımlanmasına ilişkin gözlem ve araştırmalardan elde edilen bulgularla genişletilerek 6 ölçüt daha ilave edilerek DSM IV'te "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" adı ile son halini almıştır. DSM-IV tanımlamasında belirtilerin çıkış ve

sonlanış süresine ilişkin, 2-30 gün süren belirtiler için akut stres bozukluğu, 3 aydan kısa süren belirtiler için akut, daha uzun süren belirtiler için ise kronik tanımlamaları yapılmıştır (Bolu ve ark. 2014).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) daha çok bir ya da birden fazla travmatik olayların sonrasında gelişen sınırlı bir psikopatolojiyi tanımlamaktadır. Tutsaklık, savaşta esir olma, mülteci ya da insan ticareti kurbanı olma, aile içi şiddet, çocukluk çağı fiziksel ya da cinsel istismar/ihmal veya organize cinsel sömürüye maruz kalmak gibi çeşitli süreğen ve tekrarlayan travmatik olaylar sonucunda ortaya çıkan psikopatoloji ve belirtilerin ise çok daha karmaşık olduğu bildirilmiştir. Karmaşık belirtilere sahip TSSB tanısı almış hastalarda ilişki ve kimlik deformasyonlarını da içeren çok boyutlu kişilik patolojilerinin geliştiği anlaşılmaktadır.

Yapılan çalışmalar, özellikle erken çocukluk döneminden itibaren başlayan uzun süreli ve tekrarlayan birden fazla travmaya maruz kalan kişilerde çok sayıda psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığını göstermektedir. Karmaşık semptomatolojiye sahip bu hastalar sıklıkla çok sayıda ve farklı eş tanılarla tanımlanmaya çalışılmaktadır. Bu tür tanıların içinde en sık görülen bozuklukların "sınırdaki kişilik bozukluğu", "somatizasyon bozukluğu" ve "dissosiyatif kimlik bozukluğu" olduğu bildirilmiştir (Taycan ve Yıldırım 2015).

Yapılan çeşitli çalışmalar ise dissosiyatif ve post-travmatik olayların sanıldığından çok daha yaygın daha olduğunu göstermiştir.

2.4.1.1.Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) DSM-IV Tanı Kriterleri;

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1) kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) kişinin tepkileri arasında, aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışlarla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1) olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır (küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).

(2) olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (çocuklar, içeriğini tam olarak anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler)

(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken odaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif "flashback" epizodlarını kapsar).

(4) travmatik olayın bir yönü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla

karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

(5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

(1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)

(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olma)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

(2) irritabilite ya da öfke patlamaları

(3) düşünceleri belirli bir konu üzeride yoğunlaştırmada zorluk çekme

(4) hipervijilans

(5) aşırı irkilme tepkisi

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Akut: Semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse

Kronik: Semptomlar 3 ay ya da daha uzun sürerse

Gecikmeli Başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa

2.4.1.2. TSSB Epidemiyolojisi

Herhangi bir travmatik olay yaşama olasılığının erkeklerde %43 ile %8,3 kadınlarda ise %36,7 ile %74,2 arasında değiştiği saptanmıştır. Kadınlarda en sık travmatik yaşantı tecavüz ve cinsel saldırılardır. Erkeklerde en sık görülen travma ise savaş yaşantısı, diğer fiziksel saldırılar ve kazalardır (Kessler ve ark. 1995). Başkalarının yaşadığı travmayı öğrenme, doğal afete maruz kalma, yakınların ani kaybı gibi olaylarla ilgili olarak cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır. (Davidson JR ve ark. 1991). Yapılan birçok araştırma sonucunda TSSB'nin yaşam boyu prevalansı %9 ile %15 olduğu, TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının ise toplam nüfusun %8'i kadar olduğu tahmin edilmektedir; ancak, buna ek olarak toplumun %5 ile %15'inin bozukluğu eşik altı formlarını gösteriyor olması olasıdır. Yaşam boyu yaygınlık oranı kadınlarda % 10 ve erkeklerde ise % 4'tür (Kaplan ve Sadock 2016).

2.4.2. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

Kişinin kendi fizik bütünlüğüne yönelik tehdit edici bir olay yaşaması veya bir başkasının fiziksel bütünlüğüne yönelik bir olaya tanık olması durumuna tepki olarak ortaya çıkan bir bozukluktur. Belirtilerinin arasında yoğun korku, çaresizlik ve dehşete düşme vardır. Olay sırasında veya sonrasında dalgınlık, derealizasyon, depersonalizasyon ve amnezi gibi dissosiyatif belirtiler de izlenir. Akut stres bozukluğunda (ASB) olayı yeniden yaşama ve uyanıklık belirtilerinin; daha sonra TSSB gelişimi için belirleyici olduğu ileri sürülmektedir. Travma sırasında ve sonrasında panik belirtileri gösterenlerde, ASB olasılığı artar. Akut stres bozukluğu TSSB'dan farklı olarak travmatik olayı takiben 4 hafta içinde ortaya çıkıp 2 gün ile 4 hafta sürmelidir (Tekin ve Tekin 2014).

2.4.2.1 Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Kriterleri;

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1) kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadıktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

(1) öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik

(2) çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma

(3) derealizasyon

(4) depersonalizasyon

(5) dissosiyatif amnezi (yani travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, rekürren düşünceler, rüyalar illüzyonlar, "flashback" epizodları, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.

D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyarlardan belirgin kaçınma

E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireyelerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.

G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H. Bu bozukluk bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.

2.4.2.2. Akut Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi

Akut stres bozukluğunun sıklığı toplumdan topluma, bölgeden bölgeye, ülkeden ülkeye büyük değişiklikler gösterir ve bir sıklık oranı vermek neredeyse olanaksızdır. Örneğin ülkemizde trafik kazaları, doğal yıkım olayları fazla olduğundan ASB'nin çok sık görüldüğü ve bunların büyük bir çoğunluğunun yardım arayışı için doktorlara gidilmeden düzeldiği söylenebilir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

2.4.3. Uyum Bozukluğu

İnsanın kendisinden, başkalarından veya çevresindeki kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyona uyum denmektedir (Napoli ve ark. 1996). Uyum stresle başa çıkabilmek için gösterilen bir çabadır. Stres ise bir baskı ya da tehdit oluşturan ve uyum gerektiren herhangi bir istek ya da beklentidir (Morris 2002).

Herhangi bir talebin algılanış şekli sonucunda bir reaksiyon oluşur. Bunları; talep etme, talebi algılama ve algılanan talebe karşı verilen reaksiyon olarak üç basamakta düşünebiliriz. Bu unsurların niteliği, sağlıklı veya sağlıklı uyum ölçütlerini belirler (Gençöz F. 1998). Uyum Bozukluğu, ASB ve TSSB ile birlikte etiolojisinde stres yaratan bir yaşam olayının şart koşulduğu psikiyatrik bozukluklardandır. Zorlayıcı olaylar karşısında ortaya çıkan semptomlar anksiyöz ya da depresif duygudurumu veya davranım sorunlarını kapsayabilir (Ktazman 2006).

Uyum bozukluğu stresli bir olaya verilen duygusal tepkileri nitelendiren bir tanı sınıflamasıdır. Genellikle stresör, tıbbi hastalıkları, maddi veya kişiler arası ilişki sorunları içerir. Ortaya çıkan semptomlarda, davranış bozuklukları bulunabilir veya kaygılı ya da depresif belirti şeklinde olabilir. Bu semptomların tanım gereği stresörle karşılaşılmasından sonraki üç ay içinde ortaya çıkması ve strörden uzaklaşılmasından sonraki 6 ay içinde de kaybolması gerekmektedir (Kaplan ve Sadock.2016).

Uyum Bozukluğu terimi ilk kez 1980'de Uyum Reaksiyonu adıyla DSM-II'de psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmıştır. DSM-II, UB'yi bebeklik, çocukluk çağı, ergenlik dönemi, yetişkin, ve geç yaşam evrelerine göre ayırarak tanımlanmış "Geçici Durumsal Bozukluk" olarak kavramsallaştırılmıştır. ICD-8 UB'yi, nevrotik kişilik ve diğer psikotik olmayan mental bozuklukları da içeren "Geçici Durumsal Bir Reaksiyon" olarak tanımlamıştır. DSM-III ve ICD-9'da Uyum Bozukluğu terimi ilk defa kullanılmıştır. DSM-III; depresif duygudurumun, anksiyöz duygudurumun, karışık duygudurumun bulunması gibi klinik belirtilere göre veya mesleki ya da akademik alanla ilgili sorunlardan dolayı oluşan belirtilerin nedeni olmasına göre UB'yi alt tiplere ayırırken, ICD-9, UB'yi strese akut bir reaksiyon olarak tanımlamıştır. DSM-III ve DSM-III-R Uyum Bozukluğu'nu, tanı ölçütleri daha net tanımlanmış temel tanıları karşılamayan eşik altı durumlar için bir çerçeve oluşturmak amacıyla "Rezidüel" bir kategori olarak tanımlamıştır (Bilgiç 2011).

Çeşitli çalışmalardan elde edilen klinik bulgularda Uyum Bozukluğu olan hastalarda normal kontrollere göre anlamlı derecede sık rastlanan belirtiler: uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, libido kaybı, dürtüsellik, sosyal izolasyon, depresif duygu durum ve intihar düşünceleri olarak bulunmuştur (Özgüven ve Tuncer 1997).

2.4.3.1.DSM-IV Tanı Kriterleri; (DSM-IV)

A.Stres etken(ler)inin başlangıcından sonraki 3 ay içinde, gösterilebilir stres etken(ler)ine bir olarak duygusal ya da davranışsal semptomların gelişmesi.

B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:

(1) stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı

(2) toplumsal ya da mesleki (eğitimle ilgili) işlevsellikte belirgin bozulma

C. Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.

D. Bu semptomlar ‘Yas’ı göstermemektedir.

E. Stres etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlanınca semptomlara ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.

Akut: Bu bozukluk 6 aydan daha kısa sürerse

Kronik: Bu bozukluk 6 ay ya da daha uzun sürerse. Tanım olarak semptomlar, stres etkeninin ya da bunun sonuçlarının sonlanmasında 6 aydan daha uzun süremez. Dolayısıyla kronik belirtici, kronik bir stres kaynağına tepki olarak bu bozukluk 6 aydan daha uzun sürdüğünde uygulanır.

2.4.3.2. Epidemiyolojisi

Uyum bozukluğunun toplumda yaygınlığını araştıran bir kaç çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan biri, Eksen I bozukluklarının sıklığını tespit etmek için 2 ayrı alanda yapılmıştır. 164 hastayla yapılan bu çalışmada %88'i DSM-IV-TR'nin I bozuklukları tanı ölçütlerini karşılamıştır ve %53'ü 2 veya daha fazla tanı almıştır. Daha ileri diğer bir çalışmada psikiyatri hastanesine kabul edilen çocuk ve yetişkinler arasında, uyum bozukluğunun yaygınlığı araştırılmıştır ve yetişkinlerin %7,1'i ve ergenlerin %34,4'ü uyum bozukluğu tanısı almıştır (Ktazman 2007).

UB klinik uygulamada sık karşılaşılan bir tablo olup yaygınlığı %7-35 arasında değişmektedir. UB, yaygınlığına rağmen oldukça az araştırılan bir bozukluktur (Doruk ve ark. 2008).

2.4.4. Dissosiyatif Bozukluklar

2.4.4.1. Tanım

Dissosiyasyon kelime anlamı olarak; ayrışma, kopma anlamına gelir ve assosiyasyonun, yani bağ kurma teriminin zıttıdır. Stres verici olaylar ya da iç dünyamızdan kaynaklanan tedirgin edici stimulanlar karşısında harekete geçen ve ruhsal dengenin sürmesini sağlayan savunma mekanizmasından biridir (Şar 2000).

Psikiyatride dissosiyasyon, herhangi zihinsel veya davranış süreçleri grubunun kişinin diğer psikik aktivitesinden ayrılmasını içeren bilinç dışı bir savunma mekanizması şeklinde tanımlanmaktadır (Kaplan&Sadock 2016). Normalde travma karşısında uyum sağlayıcı bir özelliği olan dissosiyasyon uzadıkça ve etkinliği arttıkça, kişinin yaşamın sorunlarıyla ve stresiyle başa çıkma yetisi açısından işlevsiz veya uygunsuz olan zihinsel etkinliklerde veya davranışlarda bulunmasına sebep olur.

Kişiler dissosiyasyonu; kişilik özelliği şeklinde olan, normal ve tehlikesiz olarak görülen, otomatik davranışlar ve gündüz rüyaları ile seyreden şekli, travma ve strese karşı bir savunma mekanizması olarak kullanılan şekli ve belirli klinik bozukluklarda, patolojik belirti ve sendrom olarak görülen şekli olmak üzere 3 şekilde yaşarlar. (Stockdale ve ark. 2002)

Travma karşısında oluşan dissosiyasyon iki işlevi yerine getirir; travmadan kaçmayı sağlarken aynı zamanda, yaşamın geri kalan bölümünde travmanın yer etmesindeki zorunlu işleyişi de geciktirir (MEB. 2012).

Öztürk, dissosiyatif bozukluk vakalarının çocukluk yıllarında yaşadıkları duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ve ihmalin kişide hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını bozan temel bir faktör olarak belirtmiştir (Öztürk 2017).

2.4.4.2. Disosiyatif Bozukluklar Tarihçesi

1880'li yılların başlarında Pierre Janet tarafından sadece histeri vakalarında gözlenen bir durum olarak nitelendirilen dissosiyasyon, günlük hayatta karşılaşılan

“otoyol hipnozu”, “konuşmada kopma”, “gündüz düş kurma”, “geçici olarak ortaya çıkan yabancılaşma hissi” gibi durumları da kapsamaktadır (Tekin ve Tekin 2014).

Yine Pierre Janet ayrışma teorisini sunduğu ilk kitabında ise dissosiyasyon için iki ayrı terim kullanmıştır. Bunlar; 'Somatoform Dissosiyasyon' terimi, fenomenolojik olarak bedeni içeren semptomlar için kullanılır ve somatoform deneyimler, tepkiler, işlevler ile ilgili bütünleştirme eksikliğini gösterir. Diğeri ise 'Psikolojik Dissosiyasyon' terimi, dissosiyasyonun psikolojik bileşenlerine işaret eder (Van Der Hurt ve Horst 1989).

2.4.4.3. Psikopatolojilerle İlişkisi

Dissosiyasyon dış kaynaklı travmalara verilen karmaşık bir tepkiyi simgeler ya da bazı birincil kişilik özellikleri, dissosiyasyonun ortaya çıkışına yatkınlık oluşturabilir. İlk yaklaşım, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimine benzerken, ikincisinde normal kişilik yapıları bağlamında, hipnoza yatkınlık, zihinsel abzorpsiyon ve fantazi eğilimini de içeren dissosiyatif eğilimler anlaşılmaktadır (Isaac ve Chand 2006).

Dissosiyasyon genellikle karmaşık travma öyküsü olan bireylerde görülür. Çocukluk çağında ezici ve korkutucu deneyimler yaşayan kişiler duygularını yönetmek ve ifade etmekte zorlanırlar. Yapılan uzun dönem çalışmaları sonuçlarına göre; çocuklukta travma deneyimi olanlarda yaşamları boyunca artan tıbbi arayışları olduğunu göstermektedir. (NCTSN 2008).

Psikiyatrik hastalıkların aile içinde yaygınlığı ile ilgili hem biyo-genetik faktörler hem psikolojik faktörlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak ne yazık ki dissosiyatif bozuklukların ailesel geçmişi hakkında elde edilen bilgiler oldukça kısıtlıdır. Bir ön çalışmada Braun (1985) 18 çoklu kişilik bozukluğu hastasının 12'sinin ailesinde dissosiasyon ve/veya çoklu kişilik bozukluğu ilgili kanıtlar gözlemlemiştir. Kluff(1984) çocukluk çağı çoklu kişilik bozukluğu hastalarının %40'ının ya bir ya da her iki ebevenyinde çoklu kişilik bozukluğu bulmuştur (Öztürk ve Şar 2006).

Bu hastalığın gelişimi ile ilgili en çok çalışılan ve potansiyel etiyolojik neden olarak öne sürülen faktör travmatik deneyimlerdir, özellikle de ÇÇT'dir. Stres patolojik düzeylere ulaştığında zihinsel aktivitenin normal bütünleşik işlevlerini bozar ve bazı yaşam olaylarının ve deneyimlerin bilinçli farkındalıktan uzaklaşmasına neden olur. Birçok araştırmacı bulgularında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar arasında ÇÇT bildirim oranları %90'lara kadar varabilmektedir (Brown ve Anderson 1991).

Şar ve Öztürk dissosiyatif hastaların birinci derece yakınlarındaki çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif bozuklukları ve dissosiyatif tecrübelerin prevalansını araştırdıkları bir çalışma sonucunda, çalışmaya katılan bütün dissosiasyon hastalarının en az bir tip çocukluk çağı taciz ve/veya ihmali öyküsü olduğunu ve bu

kişilerin aile üyelerinin ise %64'ünün en az bir çocukluk çağı tacizi ve/veya ihmal öyküsü olduğunu bildirmişlerdir (Öztürk ve Şar 2006).

Çocuk ergen psikiyatrisi polikliniğinden takip edilen hastaların, 12 yaş altında olanların %3'üne ve 12-19 yaş arası olanların ise %8'ine tanı konabilmektedir (Kluft 1996). Çocukluk çağında histerik reaksiyonların araştırıldığı bir çalışmada çocukluk çağı dissosiyatif bozukluğun kız çocuklarda daha fazla olduğu ve 5 yaşından önce nadir olarak görüldüğü bildirilmiştir (Goodyer 1981).

Farklı zamanlarda yapılan çeşitli çalışmalarda hem psikoform dissosiyasyonun hem de somatoform dissosiyasyonun ÇÇT ile ilişkisi olduğu sonuçları elde edilmiştir. (Chu ve Dill 1990; Kisiel ve Lyons 2011). Çok sayıda çalışma, dissosiyatif ve post-travmatik olguların sanıldığından daha sık olduğunu göstermiştir.

Çoğu çalışmada ya yatan hastalar ya da toplumun sınırlı bir örneği değerlendirilmiştir. İsrail'de bu konuda daha önce yapılan tek çalışma Kudüs'teki bir ruh sağlığı kliniğinde yapılmıştır ve anlamlı seviyede yüksek oranda post-travmatik olay ve dissosiyatif olgu olduğu görülmüştür (Gaon ve ark. 2013). Ülkemizde Şar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da somatoform dissosiyasyonun en az psikoform dissosiyasyon kadar fazla olduğunu ve çalışmaya katılan dissosiyatif bozukluk hastaları arasında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanım oranlarının da oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Şar ve ark. 2000).

2.4.4.4. Dissosiyatif Bozukluklar Epidemiyoloji

1998 yılında genel nüfusta 1028 katılımcı ile çocukluk çağı cinsel istismarı, fiziksel istismarı ve dissosiyatif belirtilerin belirlenmesi için yapılan bir çalışmada, %6,3 ile örneklemin yüksek düzeyde dissosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur (Mulder ve ark. 1998). Yine aynı yıl Tutkun ve arkadaşları tarafından Türkiye'de bir üniversitenin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların dissosiyatif bozukluk oranını belirlemek için yaptıkları araştırmada, psikiyatri hastaları arasında dissosiyasyon oranını %14,5 olduğunu bildirmişlerdir (Tutkun ve ark. 1998). Şar ise tüm dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığını yaklaşık %11 olarak bildirilmektedir (Şar 1997). Kanada'da klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada ise, örneklemin %26,2'sinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) puanı 20'nin üzerinde bulunmuştur. DES puanınının 20'nin üzerinde olması, kişinin yaşamında dissosiyatif deneyimlerin varlığını işaret etmektedir (Ross ve ark. 1990). Bu çalışmalar toplumda dissosiyatif yaşantıların yaygınlığını göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı, dördüncü baskı, metin gözden geçirmesine (DSM-IV-TR) göre; "Disosiyatif Bozuklukların başlıca özellikleri; bilincin, belleğin, kimliğin veya çevreyi algılayışın genellikle bütünleşmiş işlevlerinde bozulma meydana gelmesidir" (Loewenstein ve Putnam 2007).

2.4.4.5. Dissosiyatif Bozukluklar Sınıflandırması

DSM-IV’de Dissosiyatif bozukluklar beş başlık altında ele alınmaktadır.

1. Dissosiyatif amnezi; kişinin genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamaması hali.

2. Dissosiyatif Füg; kişi kendisini birden nasıl geldiğini bilmediği bir yerde bulur, aradan geçen sürede olanları hatırlamamaktadır.

3. Depersonalizasyon/Derealizasyon bozukluğu; kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması durumudur. Kişi kendisine yabancılaştığı duygusu içersindedir.

4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu; iki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığıdır.

5. Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk; önde gelen özelliğin dissosiyatif bir belirti olduğu, ancak herhangi bir dissosiyatif bozukluğun tanı ölçütlerinin karşılanmadığı bozuklukları kapsar.

Bunlar içinde en sık görülen disosiyatif amnezidir ve kadınlarda ve gençlerde daha sık görülmekle birlikte stres ve travmaya bağlı olarak artmaktadır. Dissosiyatif füg ise savaş ve doğal afetlerde ya da ağır kişisel travmaları akabinde nadir olarak %0,2 sıklığında görülmektedir (Ertan 2008).

2.4.4.5.1. Dissosiyatif Amnezi

Dissosiyatif amnezinin temel özelliği önemli kişisel bilgilerin hatırlanamamasıdır ve hastada bu durumu açıklayan organik herhangi bir bozukluk yoktur (Şar 2007). Günlük yaşamımızda kısa süreli dalgınlıklar, unutmalarla karıştırılmamalıdır. Dissosiyatif unutmada ise kişinin yaşamının bir bölümünü hatırlayamaması ve bunun normal bir unutkanlık ya da dalgınlıkla açıklanamaması söz konusudur. Bu unutilan yaşam dönemleri, genellikle kişi için ağır örseleyici dönemlerdir. Bu yaşam dönemi kişinin bilincinden tümünden silinmiş sanki hiç yaşamamış gibidir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Hastalar yeni bilgileri öğrenme ve hatırlama kapasitesine sahiptir ve genel bilişsel işlevsellik ve lisan kapasitesi genellikle sağlamdır. Dissosiyatif amnezi başlangıcı genellikle anidir ve bildirilen öyküler acı veren duygular ve psikolojik çatışmayla yüklü bir tetikleyici travmayı gösterir. Hastalar belleklerini kaybettiklerinin farkındadır ve bazıları kayıpla ilgili öfkeliyken bazıları ilgisiz veya umursamaz olabilir. Hastalar amneziden önce ve sonra genellikle uyanıktır; ancak bazıları amnezi başlangıcını çevreleyen dönemde bilinçte hafif bir bulanma bildirirler. Dissosiyatif amnezi birkaç formdan birini alabilir: Lokalize amnezi (kısa bir süre içindeki olaylara karşı bellek kaybı); jeneralize amnezi (tüm yaşam boyu deneyimlerle ilgili belleğin kaybı); ve seçici veya sistematik amnezi (kısa bir süre içindeki olayların hepsini değil bir kısmını hatırlayamama). Amnezi genel tıbbi bir durumun veya bir madde kullanılması sonucuna bağlı değildir (Özkan 2015)

Dissosiyatif amnezinin yaşam boyu görülüş sıklığı genel toplumda %7,0 olarak bulunmuştur. Savaş ve sosyal afet zamanlarında insidansının arttığı bilinmektedir (Şar 2013).

2.4.4.5.1.1. DSM- IV Tanı Kriterleri

A. Başlıca bozukluk, genellikle travmatik olay olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama epizod ya da epizodların olması.

B. Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füg, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

2.4.4.5.2. Dissosiyatif Füg

Kişi kendisini birden nasıl geldiğini bilmediği bir yerde bulur, aradan geçen süre amneziktir. Dakikalar, saatler ya da günler sürebilen böyle bir füg dönemi sırasında farklı bir kimlik edinmiş gibi davranır, karmaşık işlevleri yerine getirebilir ve çevresindekilerce durumundaki olağan dışılık fark edilmeyebilir (Şar 2007).

Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozukluğa yol açar. Kişi füg öncesi duruma geri dönünce, füg döneminde olan olayları ya da geçmişindeki örseleyici olayları

anımsayamayabilir. Bu kişilerde depresyon, disfori, anksiyete, yas, utanç duyma, suçluluk duyma, çatışma intihar ve saldırganlık dürtüleri bulunabilir. Toplumda görülme sıklığı %0,2 dolaylarındadır (Köroğlu 2012).

2.4.4.5.2.1. DSM- IV tanı ölçütleri (DSM IV)

A. Başlıca bozukluk, geçmişini unutup (anımsamayarak) birden, beklenmedik bir biçimde evinden ya da alışageldiği iş yerinden ayrılıp gitmedir.

B. Kişisel kimlik konusunda kafa karışıklığı ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısmen ya da tamamen).

C. Bu bozukluk, sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında görülmekte değildir ve bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

D. Bu belirtiler klinik olarak anlamlı derecede sıkıntıya ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.

Bu bozukluk bugünkü tanımlandığı biçimiyle kendi başına ender görülmekte, ancak majör dissosiyatif bozuklukların bir belirtisi olarak çok daha sık görülebilir (Şar 2007).

2.4.4.5.3. Depersonalizasyon Bozukluğu

Kişinin kendisinden kopması ya da kendisine yabancılaşması duyguları ile belirli depersonalizasyon dönemlerinin, sürekli ya da yineleyici olarak ortaya çıkmasıdır. Kişi, kendi zihinsel süreçlerini, bedenini ya da bedeninin bir bölümünü

dışarıdan izliyormuş gibi bir izlenim içinde olabilir. DB görülen bir yaşantıdır, belirgin bir sıkıntı yaratmadıkça ya da işlevselliği ileri derecede bozmadıkça bu tanı konmaz (Köroğlu 2012). Bazı insanlarda bu hisler kronikleşir ve deneyim yakın ilişkiler kurma becerisini ya da sosyal rolleri gerçekleştirmeyi engellediğinde depersonalizasyon bozukluğu (DB) tanısı için eşik değeri aşacak düzeye gelir (Reutens ve ark. 2010).

Depersonalizasyon fizyolojik ya da anatomik bir bozukluktan kaynaklanabileceği, ruhsal travma karşısında beynin önceden biçimlenmiş bir yanıtı olarak ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Bu bozukluk hem normalde hem de psikiyatrik bozukluğu olanlarda görülebileceği gibi yaşamı tehdit eden durumlar ve ağır stres karşısında geçici olarak da oluşabilir. Genel toplumda depersonalizasyon bozukluğunun sıklığı Türkiye'de kadınlarda %2,4 olarak bulunmuştur (Şar 2013).

2.4.4.5.3.1. DSM-IV Tanı Kriterleri

- A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi bakıyor olduğu, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması.
- B. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Depersonalizasyon yaşantısı sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, ya da diğer bir Dissosiyatif Bozukluk gibi başka bir gidişi sırasında

ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağılı değildir.

2.4.4.5.4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun (DKB) patognomonik belirtisi kişinin içinde kendisinden başka bir kişinin daha (birden fazla da olabilir) var olduğunu hissetmesidir. Bu durumun nedeni kişinin ruhsal bütünlüğünü yitirmiş olması ve aslında kendine ait olan düşünce, duygu ve algıları sanki içindeki başka birine ait gibi hissetmesidir (Şar 2000).

Tüm psikiyatrik bozukluklar içerisinde DKB, kronik ve gelişimsel bir çevresel stres etkeni olarak çocukluk çağı travmaları oranının en yüksek bildirildiği tanı grubudur. Belirtilerinin yoğunluğu açısından, DKB diğer dissosiyatif bozukluklar arasında da en kapsamlı olanıdır. DKB hastalarında bildirilen travmatik yaşantılar çoğu zaman kişiler arası ilişkiler boyutunda oluşmakta ve erken yaşın doğal özelliği gereği aile ya da bakım sağlayanlar çerçevesinde gerçekleşmektedir. Çocukluk çağı istismar (cinsel, duygusal, fiziksel) ve ihmali (fiziksel ya da duygusal) travmalar içerisinde geniş bir yer tutar. Kişiler arası bağlanma örüntülerini derinden etkileyen bu tür yaşantıların bellek ve bilinç üzerindeki özgül etkileri kişinin kimlik duygusuna kadar uzanır (Şar 2009).

Çocukluk çağı istismar ve ihmali ile dissosiyasyon arasındaki ilişki hem geriye dönük çalışmalarda belgelere dayanarak, hem de ileriye dönük çalışmalarla gösterilmiştir. DKB vakalarında istismar ve ihmal dışında çocukluk çağı

travmalarına da rastlanmaktadır. Örneğin, çocukluk çağında acı verici tıbbi girişimlere uzun süre ve yineleyici biçimde maruz kalma, dissosiyatif bozukluk nedeni olabilmektedir (Şar 2009).

Kanada'da Winnipeg şehrinde rastgele seçilmiş 1005 kişi üzerinde DKB sıklığı %1,3 olarak bulunmuştur. Türkiye'de DKB sıklığı psikiyatri servisinde %5,4 psikiyatri polikliniğinde ise %4,0 olarak bulunmuştur. Bunların %75-90'ı kadındır (Şar 2007).

DKB vakalarının büyük kısmı hastalıklarının ilk yıllarında dissosiyatif yaşantılarını fark etmezler. Hastalıklarını fark edenler ise kendilerince tedavi amaçlı bir çözüm getirmeye çalışırlar ancak bu çabaları genellikle başarısızlıkla sonuçlanır (Öztürk 2009).

DKB vakaları kendilerini travmatize eden kişi, toplum veya sistem karşısında kimliklerini kaybetme korkusuyla farkında olmadan kendisinin kopyalarını üretir. Kişi bu ürettiği kopyalarla kendini tedavi etmeye çalışır ancak bu kopyalar zamanla bağımsızlıklarını kazanır ve alter kişiliklere dönüşürler. Bunlar farklı özellik ve cinsiyette (örneğin; özel yeteneği olan, madde bağımlısı, yönetici, obsesif, homoseksüel veya biseksüel gibi) çok sayıda alter kişilikler olabilir. (Öztürk 2009).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan kişilerin, özellikle çocukluk çağlarında, yineleyen ağır fiziksel ve cinsel istismara uğradıkları belirtilmektedir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konmuş ergenlik çağındaki 11 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada 11 vakada da çocukluk dönemi travması olarak cinsel, fiziksel ve duygusal

kötüye kullanım geçmişi saptanmıştır. Birçok çalışmacı tarafından ele alınan olguların %74,9'unda ağır fiziksel istismar, %79,2'sinde ise ağır cinsel istismar bulgusu saptanmıştır (Çörüş 2002).

DSM-IV'e göre; dissosiyatif kimlik bozukluğu "iki veya daha fazla farklı kimliğin varlığı ile veya normal unutkanlık tarafından açıklanması çok fazla olan önemli kişisel bilgilerin anımsanmasında yetersizliğin eşlik ettiği, bireyin davranışını tekrarlayıcı şekilde kontrol altına alan kişilik durumları ile karakterizdir" (Şener 2014).

2.4.4.5.4.1. DSM-IV Tanı Kriterleri

- A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).
- B. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.
- C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama.
- D. Bu bozukluk bir maddenin (Alkol Entoksikasyonu sırasında görülen 'blackout'lar ya da kaotik davranış) ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.4.4.5.5. Başka Türü Tanımlanamayan Dissosiyatif Bozukluklar

Bu kategori önde gelen özelliğinin dissosiyatif bir semptom (yani, genelde birbirlerini bütünleyen işlevleri olan bilinçlilik, bellek, kimlik ya da çevre algısında bir bozulma olması) olduğu, ancak herhangi bir özgül Dissosiyatif Bozukluğun tanı ölçütlerinin karşılanmadığı bozuklukları kapsar (DSM-IV).

Ayırıcı tanı ve tedavide tablonun yakın olduğu ana kategoriye uyan ilkeler dikkate alınır. Türkiye'de genel kategoride kadınlarda sıklığı %8.3 olarak bulunmuştur (Şar 2007). Bu bozuklukta DKB'nin kısmi şekillerine sık olarak rastlanmaktadır (Şar 2013).

Bu bozuklukla ilgili DSM-V'te, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır (DSM-V).

2.4.4.5.5.1. DSM-IV Tanı Kriterleri

1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun tanı ölçütlerini tam karşılamayan bu bozukluğa benzer klinik görünüm. Örnekleri arasında:

- a) iki ya da daha fazla birbirinden ayrı kişilik durumunun olması
- b) önemli kişisel bilgiler için amnezinin olmadığı klinik görünüm

2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon

3. Uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılınması dönemlerinden geçen bireylerde ortaya çıkan dissosiyasyon durumları.
4. Dissosiyatif trans bozukluğu: Bilinçlilik, kimlik ya da bellek durumunun tek bir kez ya da epizodik olan, belirli yörelere ve kültürlere özgü bozukluklar. Dissosiyatif trans, yakın çevrede olup bitenin tam farkında olmamayı ya da kişinin kontrolü dışındaymış gibi yaşanan kalıplaşmış yineleyici (stereotipik) devinimleri ya da davranışları kapsar. İyelik transı, alışlagelen kişisel kimlik duyumunun yerini yeni bir kimliğin almasıdır, bir ruh, güç, tanrı, ya da başka bir insana bağlanır ve kalıplaşmış yineleyici "istemsiz" davranışlar ya da amnezi eşlik eder ve olasılıkla Asya'da en sık görülen Dissosiyasyon Bozukluktur. Dissosiyatif ya da trans bozukluğu ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası değildir.
5. Genel tıbbi duruma bağlanamayan bilinç kaybı, stupor ya da koma
6. Ganser sendromu: Dissosiyatif Amnezi ya da Dissosiyatif Füge eşlik etmemesi koşuluyla sorulan sorulara yaklaşık yanıtlar verme

2.5. Fibromiyalji Sendromu ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

FMS literatüründe çocukluk çağı travmaları konusu oldukça sık işlenmiştir. Çeşitli yazarlar yapılan birçok çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, fibromiyalji hastalarında çocukluk çağı travmaları oranlarının yüksek olduğunu vurgulamışlardır. (Leavitt ve ark. 2002).

Walker ve arkadaşlarının romato artrit hastaları ile karşılaştırdıkları çalışmada fibromiyalji hastalarında ÇÇT oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada ÇÇT'nin fibromiyalji için genel bir risk olduğu saptanmış fakat travmanın özel biçimleri istatistik olarak farklılık göstermemiştir. Aynı zamanda fibromiyalji grubunda ÇÇT ile tıbben açıklanamayan belirtiler, ağrı yoğunluğu ve hassas nokta sayı ortalaması ve hastalığı değerlendirme ölçekleri arasında da ilişki olduğu gözlenmiştir (Walker 1997).

166 fibromiyalji tanılı kadın hastanın ağrı ve depresyon ilişkisinin değerlendirildiği bir araştırmada %54,8 oranında cinsel kötüye kullanım öyküsü saptanmıştır (De Civita ve ark. 2004). Bir diğer çalışmada bu oran cinsel kötüye kullanım için %40,9, fiziksel kötüye kullanım için %20,9 olarak bulunmuştur (Thieme ve ark. 2004).

Yine çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım öyküsü olan kişilerin incelendiği bir araştırmada, bu kişilerin %70'inde FMS'yi de içeren 3 aydan uzun süren kronik ağrı bildirdiği bulgusu elde edilmiştir (Finestone ve ark. 2000). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği FMS'li hastalarında somatik ve psikosoyal değişkenleri incelemek amacıyla, 115 FMS tanılı hasta örnekleme ile yapılan bir araştırmada çocukluk çağı cinsel istismarı %40,9 ve fiziksel kötüye kullanım %20,9 oranları saptanmıştır (Thieme ve ark. 2004).

Sherman ve ark. FMS tanısı ile izlenen 93 hastada klinik olarak TSSB benzeri belirtileri olan ve olmayanları karşılaştırdıkları bir çalışmada, hastaların %56'sında

(n=52) klinik olarak TSSB benzeri belirtileri olmayan hastalara göre; ağrı, duygusal distres ve yetersizlik derecelerinin daha fazla olduğunu saptamışlardır (Sherman ve ark.2014).

10,424 kişi ile yapılan bir anket çalışmasında katılımcılar arasında kadın cinsiyet daha yüksek olmak üzere FMS tanısı alma oranının %3,7 olduğu görülmüş ve hem fiziksel hem cinsel kötüye kullanım öyküsünün FMS tanısı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Haviland ve ark. 2010).

2.6. Fibromiyalji ve Dissosiyasyon İlişkisi

Tıbben açıklanamayan belirtileri bulunan klinik popülasyonda dissosiyatif belirtilerin sıklığının yüksek olmasından yola çıkarak açıklanamayan bu belirtilerin dissosiyasyon yoluyla duyumlarda meydana gelen değişimler olarak anlaşılacağı ve bu somatik duyumların merkezi sinir sisteminde işlenmesindeki anormallikler nedeniyle, eşik altı beden duyumlarının algılanmasında artışın sonucu olduğu öne sürülmüştür. Bu durum bazı yazarlar tarafından somatoform dissosiyasyon olarak adlandırılmıştır (Nijenhuis ve ark.1998).

Ülkemizde FMS hastalarında TSSB ve dissosiyatif semptomların aleksitimi ve dissosiyatif semptomların yaygınlığı araştırılan bir çalışmada, FMS hastalarında TSSB ve dissosiyatif semptomların kontrol grubu olarak seçilen RA hastalarına oranla yaygın olduğu bulunmuştur (Semiz ve ark. 2014).

FMS olan ve olmayan romatoloji hastalarının dissosiyatif semptomlarla ilişkisi ve dissosiyasyon sıklığının incelendiği bir araştırmada, FMS hastalarında DES puanı ortalaması oranı %30,1 iken diğer romatolojik hastalığı olanlarda bu oranın %7 olduğu saptanmıştır ki bu oran genel popülasyondaki oranlara yakındır. Çalışma sonucunda dissosiyasyon oranları ile tıbbi belirti bildirimini arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve tıbbi belirtilerin somatik dissosiyasyon ile güçlü bir ilişkisi olduğu öne sürülmüştür (Leavitt ve Katz RS. 2003).

FMS ve romatoid artrit (RA) hastaları ile yapılan bir çalışmada, somatoform dissosiyasyon puanı RA hastalarında %2 iken FMS hastalarında bu oran %10 olarak daha yüksek bulunmuş ve FMS grubunda travmatik deneyimlerle somatoform dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erişkinlik dönemindeki travmatik deneyimlerin oranı FMS ve RA'da benzer bulunmuş fakat ÇÇT oranları FMS hastalarında daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu sonuçlar ÇÇT'nin FMS yatınlığına yol açabileceği hipotezini doğrulamaktadır (Näring ve ark. 2007).

Hem FMS'de hem de dissosiyatif yaşantıların kökeninde ÇÇT'nin bulunması ortak etiyolojiyi düşündürmektedir. FMS'nin bir çeşit somatizasyon olmasına ilişkin klinik görüşler buna eşlik eden dissosiyatif yaşantıların araştırılması konusunda merak uyandırmaktadır.

Bohn ve ark.'ı tarafından 2013 yılında yapılan %84'ü (n=98) kadın olan 117 FMS tanılı hastada çocukluk çağı travmaları, somatoform, dissosiyasyon belirtileri,

genel sağlık durumu ve depresyon araştırılmış. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, hastaların %20,5'i ciddi duygusal kötüye kullanım, %8,6'sı ciddi fiziksel kötüye kullanım, %12,8'in ciddi cinsel taciz, %25,6'sı ciddi duygusal ihmal ve %12'si ciddi fiziksel ihmal yaşantısı bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada uygulanan diğer ölçeklerle 117 FMS hastasının %46,2'sinin (n=54) muhtemel bir dissosiyatif bozukluk, %95,7'si (n=112) muhtemel bir somatoform bozukluk ve %73,5'inin de (n=86) muhtemel bir depresif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır (Bohn ve ark. 2013).

Öztürk ve şar kronik ve kompleks dissosiyatif bozukluğu olan hastaların intihar düşüncelerini inceledikleri çalışmalarının sonucunda, hem somatizasyon bozukluğu hem de dissosiyatif bozukluğu olan hastaların intihar düşüncelerinin daha yüksek oranda olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bu hastaların %95'inde çocukluk çağı travmatik yaşantılarından fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve/veya ihmalinin en az bir türünün olduğu ve bu skorların da yüksek bulunduğu belirtilmiştir.

Çocukluk çağı travma skorları ve borderline kişilik bozukluğu tanısına bakıldığında eşzamanlı olarak somatizasyon bozukluğu tanısı intihar düşüncesinin tek belirleyicisi olarak bulunmuştur (Öztürk ve şar 2008).

2.7. Dissosiyasyon ve Çocukluk Çağı Travmaları

Ruhsal travma sonuçları erişkinde ve çocukta farklıdır. Çocukta dissosiyasyona yatkınlık çok daha fazladır, bu yatkınlık yaşla birlikte azalır. Bu nedenle çocukluk

çağı travmatik yaşantıları erişkinlikteki dissosiyatif bozuklukların temel nedenini oluşturur. Dissosiyatif düzenek başlangıçta çocuk tarafından travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılır. Ancak bu düzenek zamanla uyumlu olmayan, patolojik bir sürece dönüşür. Travmatik yaşantı sırasında başka türlü kaçma ve kurtulma olanağı bulamayan çocuk; "bu olanlar bana değil, başkasına yapılıyor", "bunları yaşayan ben değilim" biçiminde düşünerek ruhsal dengesini korumaya çalışır. Ancak travmatik yaşantı ağır, yineleyici ve özellikle çocuğun bağlanma ve sevgisine gereksinim duyduğu aile bireylerinin davranışlarından kaynaklanıyorsa bu savunma şekli giderek yerleşir (Şar 2000).

Özellikle DKB vakalarında istismar ve ihmal dışında çocukluk çağı travmalarına da rastlanmaktadır. Ülkemizde bunla ilgili yapılan araştırmalarda, bir vaka serisinde çocukluk çağında cinsel istismar %57,1 (bir bölümü ensest özelliğinde olmak üzere), fiziksel istismar %62,9, duygusal istismar %57,1 ve ihmal % 62,9 olarak bulunmuştur. Vakaların %88,6'sı bunlardan en az birini bildirmiştir (Şar 2009).

Hem cinsel istismarın hem de dissosiyasyonun birbirinden bağımsız olarak; intihar girişimi, kendine zarar verici davranışlar ve cinsel agresyon gibi bir takım ruhsal bozukluk belirleyicisi olan risk alıcı davranış şekilleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Kisiel ve Lyons 2001).

Gaon ve arkadaşlarının 2013'te dissosiyatif belirtilerin prevalansı ve travma sonrası deneyimleri değerlendirmek amacıyla ayaktan takip edilen 18 yaşından büyük 505 hasta ile yaptıkları çalışma sonucunda, katılanların %97'sinin hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadığı görülmüştür. Yaşanan cinsel ve çocukluk çağındaki duygusal istismarın, kurbanı hayatı boyunca yoğun, güçlü ve önemli anlamda etkilediğini gösteren bulgular elde edilmiştir (Gaon ve ark. 2013).

Çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı ile dissosiyasyon ilişkisine bakılan bir araştırmada, dissosiyasyon bozukluğu tanılı hastalar arasında hem çocukluk çağı fiziksel istismar hem de cinsel istismar oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Chu ve Dill 1990).

Sack ve ark. 2010 yılında cinsel travma öyküsü olan ve olmayan 240 psikosomatik poliklinik hasta grubunda tutarlı beden imajı varlığı olup olmadığı ile ilgili yaptıkları bir çalışmada her iki cinsiyette de cinsel travmaya uğramış hastalar hiç bir cinsel veya başka bir travmaya maruz kalmamış hastalarla karşılaştırıldığında, travması olmayanlara oranla önemli ölçüde daha fazla somatoform belirti ve daha fazla dissosiyatif semptom saptamışlardır. Yapılan bu çalışma sonucunda cinsel travma mağdurlarının, cinsel olmayan travma veya hiç bir travması olmayan hastalara kıyasla, kendi vücudunu olumsuz algılamasına yol açan daha karmaşık bir semptom örüntüsüne sahip olduklarını ileri sürülmüştür (Sack ve ark. 2010).

Kişinin algılarını, duygularını, anılarını ve giderek tüm zihnini bölümlere ayıran dissosiyatif savunma, bir yandan kişiyi olay sırasında travmatik yaşantının etkisinden uzaklaştırırken, gerekli ruhsal çözüm işlemini ileride başka bir biçim ve yöntem ile yapılmak üzere erteleme şeklinde iki işlev birden görür. Böylece fiziksel anlamda çaresizlik içinde de olursa, kontrolün yitirildiği duygusunu önler. Zaman içinde fiziksel denetime sahip olursa bile, dissosiyasyon artık ruhsal bakımdan çaresizlik hissi yaratan kalıcı bir savunma mekanizmasına dönüşür (Şar 2000).

Patolojik dissosiyasyon ile ruhsal travma ilişkisini gösteren 4 farklı veri alanı vardır:

1. Dissosiyatif bozukluğu bulunan hastaların %90-100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadıklarını belirttiği olgu serileridir.
2. Çeşitli dissosiyasyon ölçümleri ile ruhsal travması olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalardır. Travması olan kişilerin, olmayanlara göre önemli derecede daha yüksek dissosiyatif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır.
3. Travması olan gruplarda, istismarın başladığı yaş ve istismarın süresi gibi travmanın derecesiyle ilgili faktörlerin, dissosiyasyonun şiddeti ile orantılı olduğunu gösteren çalışmalardır. Çocuk istismarının başlangıç yaşı ne kadar küçükse, o ölçüde şiddetli dissosiyasyon görülmektedir.
4. Travma esnasındaki dissosiyasyonun (peritratmatik dissosiyasyon) daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardır (Zoroğlu ve ark. 2001).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, iki veya daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan desenlerin tümü olarak tanımlanan "karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli"ne uygun olarak düzenlenmiştir ancak bu modellerden biri olan "karşılıklı ilişki tarama" denemesi içermeyen, fakat bu modele yakın bir araştırma deseni kullanılmıştır. Bu modelde, en olası çözümden başlayarak tüm ilişkilerin karşılaştırma yolu ile belli bir sonucun oluşma nedenleri "tek"e indirgenmiştir (Karasar 1994).

Araştırmada, ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı alan 18 yaş üstü 51 kadın vaka çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif yaşantılar açısından incelenmiş olup, sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilen kontrol grubunda yer alan katılımcılarla karşılaştırılmıştır. Çalışmaya homojeniteyi bozmamak amacıyla erkek hasta alınmamıştır.

3.1. Araştırma Evreni:

Araştırma evreni, araştırma modeline uygun olarak İstanbul'da bulunan Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği'nde ayaktan takip edilen ve 1990 ACR kriterlerine göre Fibromiyalji Sendromu tanısı almış, testleri uygun şekilde okuyup anlayabilecek düzeyde eğitim seviyesine sahip, çalışmaya katılmayı kabul eden vakalar (n=51) ile aynı hastanede personel olarak çalışan rast gele seçilmiş sağlıklı (herhangi bir ağrı yakınması

ve/veya rahatsızlık tanısı olmayan) hasta grubu ile yaş, eğitim, medeni durum, açısından benzer sosyodemografik özelliklere sahip ve herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan kişilerden oluşan kontrol grubu katılımcılarından (n=51) oluşmaktadır.

Tüm vaka ve kontrollere; Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ)-28, Çocukluk Çağı İstismarı Soru Listesi, Görsel Analog Skalası (VAS) ve Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) uygulandı.

3.2. Değerlendirme Gereçleri

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Araştırmacılar tarafından yaş, cinsiyet, çocukluğuna ilişkin yaşadığı yer, aile durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi bilgilerin bulunduğu sosyodemografik özellikler çalışma grubunu belirleyici genel bilgiler bu forma kaydedilecektir.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein tarafından 1994 yılında, 20 yaş öncesi (on iki yaş üstü) kişilerin kötüye kullanım ve ihmal öykülerini değerlendirmek için geliştirilen ve 53 maddeden oluşan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire–CTQ-28), yine Bernstein tarafından kısaltılarak 28 maddeye düşürülmüş ve Şar tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Bernstein 1994, Şar ve ark. 2012).

CTQ-28, beş farklı travma kategorisini değerlendirmektedir: Fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanma ile fiziksel ve duygusal ihmal. Bunları değerlendiren beş

alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendiren sorular içerir. Ayrıca, aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri, (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık biçimindedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir (Bernstein DP. 1994; Şar, Öztürk ve İkikardeş 2012).

3.2.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bernstein ve Putnam tarafından 1986'da geliştirilen DES (Dissociative Experiences Scale), 28 maddeden oluşan bir ölçektir. 1995 yılında Şar ve ark., tarafından uyarlaması yapılan ölçeğin her bir maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanlar 28'e bölünüp ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar dissosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir.

Türkçe formun güvenilirliği için, Dissosiyatif kimlik bozukluğu (n=29) ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (n=10) hastalarından oluşan bir grupta test-tekrar test çalışması yapılarak ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.97) (Guttman yarım test $r=0.95$) ve test-tekrar test korelasyonu ($r=0.77$) yüksek bulunmuştur. Türkçe formun güvenilirliği için ise; dissosiyatif kimlik bozukluğu

(n=31), başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (n=17), şizofrenik bozukluk (n=34), iki uçlu duygudurum bozukluğu (n=31), anksiyete bozukluğu (n=54) hastalarına ve dissosiyatif bozukluk hastalarıyla eşleştirilmiş normal kontrol grubuna (n=48) verilmiş ve disosiyatif bozukluk grubunu normallerden ve belirtilen psikiyatrik bozukluk gruplarından ayırabildiği görülmüştür. DES ile DIS-Q toplam puanlar arasındaki korelasyon ($r=0.90$) yüksek bulunmuştur (Bernstein ve Putnam 1986; Şar ve ark.1995).

3.2.4. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi (ÇÇKKSL):

Açık uçlu 11 sorudan oluşan bu liste 5 çeşit çocukluk çağı travmasını doğrudan soruşturmakta ve bazılarını derecelendirme olanağı sunmaktadır. Yargıç ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (Yargıç ve ark. 2003).

3.2.5. Vizuel Analog Skala (VAS):

Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan 100 mm'lik yatay veya dikey bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır. Bu tanımlar "0" dan "10" a kadar çizgiler halinde belirtilmiş birer cm'lik aralıklar ile "0" yani "Hiç Ağrım Yok" dan "10" yani "Dayanılmaz Derecede Ağrım Var" olarak yapılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu işaretleyerek belirtmesi istenir.

Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısının şiddetini belirtir.

3.3. İstatistiksel Analiz Yöntemleri

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS programı ile yapılmıştır. Çalışmaya 51 FMS tanılı hasta grubu ile 51 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 102 kadın alınmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için *ortalama ± standart sapma* olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler *sayı ve yüzde* olarak özetlenmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik testi *KolmogrovSmirnov* ile kontrol edilmiştir.

Bağımsız grupların karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen veya $n < 30$ olan durumlarda parametrik olmayan bir test olan *Mann Whitney U testi* kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup için normal dağılım göstermeyen veya $n < 30$ olduğu durumlarda *Kruskal Wallis testi* kullanılmıştır.

Gruplar arasındaki farklılıklar, ikişerli karşılaştırmalarla *Mann Whitney U testi* kullanılarak yapıldı ve *Bonferroni düzeltmesi* kullanılarak değerlendirildi.

Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında *Ki-Kare testi* kullanılmıştır.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde *SpearmanRho Korelasyon Katsayısı* kullanılmıştır. İstatistiksel analizler *R 3.3.2v (açık kaynak)* programı ile yapılmış ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi *0.05 (p-value)* olarak dikkate alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda sosyo-demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, sigara kullanımı, madde kullanımı, alkol kullanımı, çocuklukta aile içi istismara uğrama durumu, çocuklukta aile dışı istismara uğrama durumu, herhangi bir suçun mağduru olma durumu, herhangi bir suç işleme durumu, çocuklukta kimlerle yaşadıkları ve çocuklukta yaşadıkları yer, intihar girişiminin sorulduğu 14 parametre ve hasta grubu için ek olarak FMS nedeniyle psikiyatriye başvurularının olup olmaması ile kaç yıldır FMS yaşadıkları olmak üzere toplamda 16 parametre sorgulandı.

Tablo 1'de görüldüğü üzere, fibromiyalji vakaları ile sağlıklı grup arasındaki sosyo-demografik özelliklerin dağılımları incelenmiştir. Buna göre hasta ve kontrol grupları sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

Tablo 1. Bireylerin Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		Grup						p
		Kontrol		Hasta		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Öğrenim Durumu	İlkokul	19	37.3%	24	47.1%	43	42.2%	.767
	Ortaokul	6	11.8%	5	9.8%	11	10.8%	
	Lise	19	37.3%	15	29.4%	34	33.3%	
	Üniversite	7	13.7%	7	13.7%	14	13.7%	
Çocukluğunuzda kimlerle	Anne ve Baba	4	7.8%	3	5.9%	7	6.9%	.405

yaşıyordunuz?	Anne, Baba ve Kardeşler	43	84.3%	39	76.5%	82	80.4%	
	Kalabalık Akraba	3	5.9%	4	7.8%	7	6.9%	
	Diğer	1	2.0%	5	9.8%	6	5.9%	
	Çocukluğunuzda yaşadığınız yer?							
	Şehir Merkezi	30	58.8%	27	52.9%	57	55.9%	.830
	İlçe	10	19.6%	11	21.6%	21	20.6%	
	Köy/Kasaba	11	21.6%	13	25.5%	24	23.5%	
Medeni Durum	Bekâr	11	21.6%	5	9.8%	16	15.7%	.183
	Evli	34	66.7%	42	82.4%	76	74.5%	
	Boşanmış	1	2.0%	2	3.9%	3	2.9%	
	Dul	5	9.8%	2	3.9%	7	6.9%	
Meslek	Memur	0	0.0%	3	5.9%	3	2.9%	.062
	İşçi	15	29.4%	6	11.8%	21	20.6%	
	Öğrenci	4	7.8%	2	3.9%	6	5.9%	
	Çalışmıyor	0	0.0%	2	3.9%	2	2.0%	
	Ev Hanımı	22	43.1%	29	56.9%	51	50.0%	
	Emekli	2	3.9%	4	7.8%	6	5.9%	
	Diğer	8	15.7%	5	9.8%	13	12.7%	
Sigara Kullanım Durumu	Var	16	31.4%	19	37.3%	35	34.3%	.532
	Yok	35	68.6%	32	62.7%	67	65.7%	
Madde Kullanım Durumu	Yok	50	98.0%	51	100.0%	101	99.0%	.999
	Var	1	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	
Alkol Kullanım Durumu	Yok	48	94.1%	48	94.1%	96	94.1%	.999
	Var	3	5.9%	3	5.9%	6	5.9%	
Aile istismara durumunda	çinde Evet	7	13.7%	4	7.8%	11	10.8%	.338
	uğrama Hayır	44	86.3%	47	92.2%	91	89.2%	
Aile dışı istismara uğrama durumu	Evet	7	13.7%	9	18.0%	16	15.8%	.556
	Hayır	44	86.3%	41	82.0%	85	84.2%	
Evet ise aileyi bilgilendirme durumu	Evet	5	33.3%	8	44.4%	13	39.4%	.515
	Hayır	10	66.7%	10	55.6%	20	60.6%	

İntihar Girişimi	Yok	44	88.0%	37	72.5%	81	80.2%	.188
	Bir Kere	5	10.0%	11	21.6%	16	15.8%	
	Birden	1	2.0%	3	5.9%	4	4.0%	
	Fazla							
Herhangi bir suçun mağduru oldunuz mu?	Evet	9	17,6%	3	5,9%	12	11,8%	.065
	Hayır	42	82,4%	48	94,1%	90	88,2%	
Herhangi bir suç işlediniz mi?	Evet	2	3,9%	2	3,9%	4	3,9%	.999
	Hayır	49	96,1%	49	96,1%	98	96,1%	
Yaşadığınız hastalık (fibromiyalji) nedeniyle daha önce tedavi gördüyseniz psikiyatriye başvurunuz oldu mu?	Evet	0	0,0%	25	49,0%	25	42,3%	.065
	Hayır	0	100,0%	26	100,0%	26	57,7%	
Yaş**		40.27±14.69		43.29±10.32				.233

* : $p < .05$ Ki-kare Testi Kullandı.

Örnekleminiz yaş aralığı 18-69 olan 51 kişi hasta ve 51 kişi de kontrol grubu olmak üzere toplamda 102 kadından oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumu dağılımları incelendiğinde %42,2'sinin ilkokul, %33,3'ünün lise, %13,7'sinin üniversite ve %10,8'inin ortaokul mezunu oldukları görülmüştür.

Çocukluklarında kimlerle yaşadıkları araştırıldığında %80,4'lük çoğunluğunun anne, baba ve kardeşlerle yaşadıkları görülmüştür.

Çocukluklarında yaşadıkları yer bakımından dağılımları incelendiğinde %55,9'unun şehir merkezi, %23,5'inin köy/kasaba ve %20,6'sının ilçede yaşadıkları gözlenmiştir.

Medeni durum bakımından dağılımlarına bakıldığında %74,5'inin evli, %15,7'sinin bekâr, %6,9'unun dul ve %2,9'unun boşanmış oldukları görülmüştür.

Çalışmaya katılan kadınların hangi mesleğe sahip oldukları araştırıldığında ise %50'lik çoğunluğun ev hanımı ve %20,6'sının işçi olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan kadınların sigara kullanım durumları araştırıldığında, %34,3'ünün sigara kullandığı, %1'inin madde kullandığı, %5,9'unun alkol kullandığı gözlenmiştir.

%10,8'inin aile içinde istismara uğradığı, %15,8'inin aile dışı istismara uğradığı görülmüştür. Aile dışında istismara uğrayan kadınların %39,4'ünün ailesini bu konuda bilgilendirdiği tespit edilmiştir. İntihar girişiminde bulunup bulunmadıkları araştırılmak istendiğinde, %80,2'sinin bulunmadığı, %15,8'inin bir kere ve %4'ünün birden fazla intihar girişiminde buldukları tespit edilmiştir. Kadınların %11,8'inin suç mağduru oldukları, %3,9'unun ise herhangi bir şekilde suç mağduru oldukları görülmüştür. Yaşadıkları fibromiyalji nedeniyle psikiyatriye başvurma durumları araştırıldığında ise %42,3'ünün psikiyatriye başvurduğu görülmüştür. Fibromiyalji yaşama sıklıklarına bakıldığında, %37,3'ünün bir senedir, %23,5'inin beş sene ve üzerinde, %15,7'sinin üç senedir, %11,8'inin iki sene ve dört senedir bu sendromu yaşadıkları görülmüştür.

4.1.1 Çalışma Gruplarının Yaşa Göre Dağılımı

FMS olan hasta grubunun yaş ortalaması 43.29 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 40.27 dir. FMS vakaları ile sağlıklı grup arasındaki sosyo-demografik özelliklerin dağılımları incelenmiştir. Buna göre hasta ve kontrol grupları yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

4.1.2. Çalışma Gruplarının Eğitimlerine Göre Dağılımı

FMS olanların 24 (%47,1) kişinin ilkokul mezunu, 5 (%9,8) kişinin ortaokul mezunu, 15 (%29,4) kişinin lise mezunu ve 7 (%13,7) kişinin üniversite mezunu olduğu saptandı. Kontrol grubunda olanların 19 (%37,3) kişinin ilkokul mezunu, 6 (%11,8) kişinin ortaokul mezunu, 19 (%37,3) kişinin lise mezunu ve 7 (%13,7) kişinin üniversite mezunu olduğu saptandı ($p=.767$).

Çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumu dağılımları incelendiğinde %42,2'sinin ilkokul, %33,3'ünün lise, %13,7'sinin üniversite ve %10,8'inin ortaokul mezunu oldukları görülmüştür.

Tablo 2. Çalışma Gruplarının Eğitim Durumları Açısından Dağılımı

		Grup			
		Kontrol	Hasta	Toplam	p
Öğrenim Durumu	İlkokul	Sayı	19	24	43
		%	37,3%	47,1%	42,2%
	Ortaokul	Sayı	6	5	11

	%	11,8%	9,8%	10,8%
Lise	Sayı	19	15	34
	%	37,3%	29,4%	33,3%
Üniversite	Sayı	7	7	14
	%	13,7%	13,7%	13,7%
Toplam	Sayı	51	51	102
	%	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.3 Çalışma Gruplarının Medeni Durum Açısından Dağılımları

FMS olan 51 kişilik gruptan 5'i (%81,7) bekar, 42'si (%82,4) evli, 2'si (%3,9) boşanmış, 2'si (%3,9) dul şeklinde dağılmaktadır. Kontrol grubunda ise 11 (%21,6) bekâr, 34 (%66,7) evli, 1 (% 2,0) boşanmış ve 5 (% 9,8) dul birey vardı. Toplamda 16 bekâr (%15,7) 76 (%75,5) evli, 3 (%2,9) ve 7 dul (%6,9) birey olup gruplar arasında medeni durum bakımından anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p.183).

Tablo 3. Çalışma Gruplarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

		Grup			
		Kontrol	Hasta	Toplam	p
Medeni Durum Bekar	Sayı	11	5	16	
	%	21,6%	9,8%	15,7%	.183
Evli	Sayı	34	42	76	

	%	66,7%	82,4%	74,5%
Boşanmış	Sayı	1	2	3
	%	2,0%	3,9%	2,9%
Dul	Sayı	5	2	7
	%	9,8%	3,9%	6,9%
Toplam	Sayı	51	51	102
	%	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.4. Çalışma Gruplarının Meslek Dağılımı

FMS grubunda 3 (%5,9) memur, 6 (%11,8) işçi, 2 (%3,9) öğrenci, 2 (%3,9) çalışmıyor, 29 (%56,9) ev hanımı, 4 (%7,8) emekli ve 5 (%9,8) diğer meslek. Kontrol grubunda ise 15 (%29,4) işçi, 4 (%7,8) öğrenci, 22 (% 43,1) ev hanımı, 2 (%2,9) emekli ve 8 kişi (% 15,7) diğer meslek. Hasta grubundan farklı olarak memur ve çalışmayan kimse yoktu.

Toplamda örneklemeimiz 3 memur (%5,9), 21 işçi (%20,6), 6 (%5,9) öğrenci, 2 (%2,0) çalışmıyor, 51 (%50,0) ev hanımı, 6 (%5,9) emekli ve 13 (%12,7) kişiden oluşuyordu. Gruplar arasında meslek dağılımı açısından anlamlı farklılık yoktur (p=062).

Tablo 4. Çalışma Gruplarının Mesleklerine Göre Dağılımları

		Grup			p
		Kontrol	Hasta	Toplam	
Meslek Memur	Sayı	0	3	3	
	%	0,0%	5,9%	2,9%	
İşçi	Sayı	15	6	21	
	%	29,4%	11,8%	20,6%	
Öğrenci	Sayı	4	2	6	
	%	7,8%	3,9%	5,9%	
Çalışmıyor	Sayı	0	2	2	.062
	%	0,0%	3,9%	2,0%	
Ev Hanımı	Sayı	22	29	51	
	%	43,1%	56,9%	50,0%	
Emekli	Sayı	2	4	6	
	%	3,9%	7,8%	5,9%	
Diğer	Sayı	8	5	13	
	%	15,7%	9,8%	12,7%	
Toplam	Sayı	51	51	102	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1.5. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı

Hasta grubunda çocukluğunda 27 (%52,9) kişi şehir, 11 (%21,6) kişi ilçe ve 13 (%25,5) kişi köy/kasabada yaşamıştır. Kontrol grubunda ise çocukluğunda 30 (%58,8) kişi şehirde, 10 (%19,6) kişi ilçe ve 11 (%21,6) kişi köy/kasabada yaşadığını bildirmiştir.

Toplamda örneklemimizde 57 kişi (%55,9) şehir, 21 kişi (%20,6) ilçe, 24 kişi (%23,5) köy/kasaba. Gruplar arasında çocuklukta ikamet edilen yere göre dağılımda anlamlı farklılık yoktur ($p=0.830$).

Tablo 5. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşanılan Yer Açısından Dağılımları

			Grup			p
			Kontrol	Hasta	Toplam	
Çocukluğunuzda yaşadığınız yer?	Şehir	Sayı	30	27	57	.830
	Merkezi	%	58,8%	52,9%	55,9%	
	İlçe	Sayı	10	11	21	
		%	19,6%	21,6%	20,6%	
	Köy/Kasaba	Sayı	11	13	24	
		%	21,6%	25,5%	23,5%	
Toplam		Sayı	51	51	102	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1.6. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımı

Hasta grubunda çocuklukta yaşadıkları kişileri 3 (%5,9) kişi sadece anne ve baba ile, 39 (%76,5) kişi anne, baba ve kardeşler ile, 4 (%7,8) kişi kalabalık akraba ile ve 5 (%9,8) kişi ise diğer şeklinde belirtmişlerdir. Kontrol grubunda ise 4 (%7,8) kişi anne ve baba ile, 43 (%84,3) kişi anne, baba ve kardeşler ile, 3 (%5,9) kişi kalabalık akraba ile ve 1 (%2) kişi ise diğer şeklinde bildirmiştir.

Toplamda 7 (%6,9) kişi anne ve baba ile, 82 (%80,4) kişi anne, baba ve kardeşler ile, 7 (%6,9) kişi kalabalık akraba ile ve 6 (%5,9) kişi de diğer şeklindedir.

Tablo 6. Çalışma Gruplarının Çocuklukta Yaşadıkları Kişiler Açısından Dağılımları

		Grup		Toplam	p
		Kontrol	Hasta		
Çocukluğunuzda kimlerle Anne ve Baba yaşıyordunuz?	Sayı	4	3	7	.405
	%	7,8%	5,9%	6,9%	
Anne, Baba ve Kardeşler	Sayı	43	39	82	
	%	84,3%	76,5%	80,4%	
Kalabalık Akraba	Sayı	3	4	7	
	%	5,9%	7,8%	6,9%	
Diğer	Sayı	1	5	6	
	%	2,0%	9,8%	5,9%	

Toplam	Sayı	51	51	102
	%	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.7. Çalışma Gruplarının Aile İçi İstismar Öyküsüne Göre Dağılımı

Hasta grubunda 4 (%7,8) kişi evet olarak ve 47 (%92,2) kişi hayır olarak cevap vermiştir. Kontrol grubunda ise 7 (%13,7) kişi evet ve 44 (%86,3) kişi hayır şeklinde yanıt vermiştir. Toplam da 11 (%10,8) kişi bu soruya evet ve 91 (%89,2) kişi de hayır şeklinde bildirmiştir.

Tablo 7. Çalışma Gruplarının Aile İçinde İstismara Uğrama Durumu

	Grup				p
		Kontrol	Hasta	Toplam	
Aile içinde istismara uğrama durumu	Evet	Sayı	7	4	11
		%	13,7%	7,8%	10,8%
	Hayır	Sayı	44	47	91
		%	86,3%	92,2%	89,2%
Toplam	Sayı	51	51	102	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1.8. Çalışma Gruplarının Aile Dışı İstismar Öyküsüne Göre Dağılımı

Hasta grubunda 9 (%18,0) kişi evet olarak ve 41 (%82,0) kişi hayır olarak cevap vermiştir. Kontrol grubunda ise 7 (%13,7) kişi evet ve 44 (%86,3) kişi hayır şeklinde yanıt vermiştir. Toplamda 16 (%15,8) kişi evet ve 85 (%84,2) kişi de hayır olarak belirtmiştir (p.556).

Tablo 8. Çalışma Gruplarının Aile Dışı İstismara Uğrama Durumu

			Grup		Toplam	p
			Kontrol	Hasta		
Aile dışı istismara uğrama durumu	Evet	Sayı	7	9	16	
		%	13,7%	18,0%	15,8%	
	Hayır	Sayı	44	41	85	.556
		%	86,3%	82,0%	84,2%	
Toplam		Sayı	51	50	101	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.2. Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Değişkenler İçin Toplam CTQ

Puanı, Minimizasyon, DES ve VAS Skorları Arasındaki İlişkiler

Tablo 9'da, hasta ve kontrol grupları çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, dissosiyatif yaşantıları ve VAS Skorları sıra ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 9. Çalışma Gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması

	Grup												p
	Kontrol						Hasta						
	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	
CTQ	51	32,45	8,81	31	11	43,31	51	40,04	15,93	36	19	59,69	,005*
Toplam													
Minimizasyon	51	1,47	1,17	1	3	59,84	51	0,9	1,45	0	2	43,16	,003*
DES	51	7,68	7,49	3,93	11,43	45,63	51	15,53	6,25	8,93	9,64	57,37	,045*
VAS Skoru	51	2,61	1,81	2	3	28,45	51	7,57	1,96	8	2	74,55	,001*

Buna göre hasta ve kontrol grupları arasında çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, dissosiyatif yaşantıları ve VAS skorları sıra ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir ($p < .05$). Bu farklılığın minimizasyonda kontrol grubu ortalamalarının hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülürken, farklılık tespit edilen diğer değişkenlerde hasta grubu ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

4.3. Hasta ve Kontrol Gruplarının CTQ Toplam, CTQ 5 Alt Ölçek Puanı, Minimizasyon, DES ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 10'da, hasta ve kontrol grupları duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, dissosiyatif yaşantıları ve VAS Skorları sıra ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 10. Çalışma Gruplarının İstismar, İhmal, Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorları Açısından Karşılaştırılması

	Grup												p
	Kontrol						Hasta						
	n	Ort.	SS	IQR	Sıra Ort.	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.		
Duygusal İstismar	51	6.37	2.41	5.00	2.00	44.51	51	8.53	5.06	7.00	4.00	58.49	.012*
Fiziksel İstismar	51	5.25	.72	5.00	0.00	47.13	51	6.18	2.69	5.00	1.00	55.87	.038*
Fiziksel İhmal	51	6.24	2.07	5.00	2.00	44.09	51	7.65	3.58	6.00	4.00	58.91	.007*
Duygusal İhmal	51	8.96	4.28	7.00	7.00	48.06	51	10.43	5.73	9.00	7.00	54.94	.234
Cinsel İstismar	51	5.63	2.21	5.00	0.00	45.07	51	7.25	4.13	5.00	4.00	57.93	.003*
CTQ	51	32.45	8.81	31.00	11.00	43.31	51	40.04	15.93	36.00	19.00	59.69	.005*
Minimizasyon	51	1.47	1.17	1.00	3.00	59.84	51	.90	1.45	.00	2.00	43.16	.003*
DES	51	7.68	7.49	3.93	11.43	45.63	51	15.53	6.25	8.93	9.64	57.37	.045*
VAS	51	2.61	1.81	2.00	3.00	28.45	51	7.57	1.96	8.00	2.00	74.55	.001*

* : $p < .05$ Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, IQR: InterquartileRange, Sıra Ort: Sıra Ortalamaları

Buna göre hasta ve kontrol grupları arasında duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, dissosiyatif yaşantıları ve VAS skorları sıra ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir ($p < .05$). Bu farklılığın minimizasyonda kontrol grubu ortalamalarının hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülürken, farklılık tespit edilen diğer değişkenlerde hasta grubu ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Yalnızca duygusal ihmal değişkenine göre hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

4.4. Hasta Grubunun Yaşları ile Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 11'de, hasta bireylerin yaşları ile çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, dissosiyatif yaşantıları ve VAS skorları arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 11. Hasta Grubundaki Bireylerin Yaşları ile CTQ, Minimizasyon, DES ve VAS Skorları İncelemesi

	n	r	p
--	----------	----------	----------

Yaş & Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	51	-.351	.012*
Yaş & Minimizasyon	51	.067	.641
Yaş & Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	51	-.206	.147
Yaş & VAS Skoru	51	.040	.781

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Bireylerin yaşları arttıkça çocukluk çağı travmalarının azaldığı görülmüştür.

Buna göre yaş ile çağı travmaları ölçeği toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < .05$).

4.5. Hasta Grubunun Yaşları İle Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Cinsel İstismar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12. Hasta Grubunun Yaş İle İstismar ve İhmal Açısından İncelemesi

	n	r	p
Yaş & Duygusal İstismar	51	-.237	.094
Yaş & Fiziksel İstismar	51	-.064	.654
Yaş & Fiziksel İhmal	51	-.233	.100
Yaş & Duygusal İhmal	51	-.151	.292
Yaş & Cinsel İstismar	51	-.450	.001*

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Karşılaştırmada ilişkinin ters yönlü ve zayıf olduğu söylenebilir. Bireylerin yaşları arttıkça cinsel istismarın azaldığı görülmüştür.

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki bulunmadığı görülmüştür ($p > .05$).

4.6. Kontrol Grubunun Yaşları İle Çocukluk Çağı Travmaları, Minimizasyon, Dissosiyatif Yaşantıları ve VAS Skorlarının Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13 incelendiğinde, çalışmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin yaşları ile çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, DES ve VAS skorları arasında ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Tablo 13. Kontrol Grubu Yaş İle CTQ, Minimizasyon, DES ve VAS Skorlarının İncelemesi

	n	r	p
Yaş & Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	51	-.477	.001*
Yaş & Minimizasyon	51	.299	.033*
Yaş & Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	51	-.474	.001*
Yaş & VAS Skoru	51	-.489	.001*

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Buna göre yaş ile çocukluk çağı travmaları, minimizasyon, dissosiyatif yaşantıları ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki

bulunduğu görülmüştür ($p < .05$). Yani sağlıklı bireylerin yaşı arttıkça çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları ve VAS skorunun azaldığı, yaş arttıkça minimizasyon puanlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Diğer karşılaştırmalara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

4.7. Kontrol Grubunun Yaşları İle Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal, Cinsel İstismar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14 incelendiğinde, çalışmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin yaşları ile duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal skorları arasında ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Tablo 14. Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaşı ile İstismar ve İhmal Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	n	r	p
Yaş & Duygusal İstismar	51	-.295	.035*
Yaş & Fiziksel İstismar	51	-.247	.081
Yaş & Fiziksel İhmal	51	-.164	.251
Yaş & Duygusal İhmal	51	-.550	.001*
Yaş & Cinsel İstismar	51	-.098	.495

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Buna göre yaş ile duygusal istismar, duygusal ihmal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunduğu görülmüştür ($p < .05$). Yani sağlıklı bireylerin yaşı arttıkça duygusal istismar, duygusal skorunun azaldığı tespit edilmiştir.

Diğer karşılaştırmalara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

4.8. Hasta Grubundaki Bireylerin VAS Skoru ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 15'de, çalışmaya katılan hasta grubundaki bireylerin VAS skorları ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında ilişki olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Tablo 15. Hasta Grubundaki Bireylerin VAS Skoru ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	n	r	p
VAS Skoru & Duygusal İstismar	51	.115	.423
VAS Skoru & Fiziksel İstismar	51	.087	.546
VAS Skoru & Cinsel İstismar	51	-.059	.680
VAS Skoru & Fiziksel İhmal	51	.090	.528
VAS Skoru & Duygusal İhmal	51	.200	.159

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Buna göre bütün karşılaştırmalar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

4.9. Hasta Grubundaki Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 16'da görüldüğü üzere, çalışmaya katılan hasta grubundaki bireylerin dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 16. Hasta Grubundaki Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	n	r	p
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Duygusal İstismar	51	.349	.012*
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Fiziksel İstismar	51	-.067	.640
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Cinsel İstismar	51	.164	.249
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Fiziksel İhmal	51	.174	.222
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Duygusal İhmal	51	.297	.034*

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Buna göre dissosiyatif yaşantılar ölçeği ile duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında anlamlı ve doğrusal bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p < .05$). Bu ilişkilerin zayıf ve aynı yönlü oldukları görülmüştür. Yani fibromiyalji vakalarında dissosiyatif yaşantılar arttıkça duygusal istismar ve duygusal ihmalin de arttığı söylenebilir.

Diğer karşılaştırmalar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunamadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

4.10. Kontrol Grubundaki Bireylerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 17'de, çalışmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 17. Kontrol Grubundaki Bireylerin DES Toplam Puanı ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	n	r	p
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Duygusal İstismar	51	.406	.003*
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Fiziksel İstismar	51	.183	.198
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Cinsel İstismar	51	.367	.008*
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği & Fiziksel İhmal	51	.297	.034*

* : $p < .05$ Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Kullanıldı.

Buna göre dissosiyatif yaşantılar ölçeği ile duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında anlamlı ve doğrusal bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p < .05$). Bu ilişkilerin zayıf ve aynı yönlü oldukları görülmüştür.

Diğer karşılaştırmalar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunamadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

4.11. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 18'de görüldüğü üzere, hasta grubundaki bireylerin öğrenim durumu, çocukluklarında kiminle yaşadıkları, çocukluklarında yaşadıkları yer, medeni durum ve meslekleri bakımından duygusal, fiziksel ve cinsel istismar toplam puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

		Duygusal İstismar						Fiziksel İstismar						Cinsel İstismar								
		n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p
Öğrenim Durumu	İlkokul	24	9.33	6.49	6.00	5.5	25.17	.721	24	6.71	3.09	5.00	2	29.33	.291	24	6.92	4.11	5.00	2	24.31	.168
	Ortaokul	5	7.00	2.83	5.00	4	22.20		5	5.80	1.79	5.00	0	24.20		5	5.00	.00	5.00	0	17.00	
	Lise	15	8.33	3.66	8.00	1	29.37		15	5.93	2.84	5.00	0	23.47		15	7.53	2.80	6.00	6	30.27	
	Üniversite	7	7.29	3.04	6.00	5	24.36		7	5.14	.38	5.00	0	21.29		7	9.43	6.97	5.00	13	29.07	
Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?	Anne ve Baba	3	7.00	2.00	7.00	4	25.33	.370	3	5.00	.00	5.00	0	18.50	.163	3	5.00	.00	5.00	0	17.00	.650
	Anne, Baba ve Kardeşler	39	8.08	4.80	6.00	3	24.65		39	5.82	2.20	5.00	1	25.23		39	7.31	3.99	5.00	4	26.68	
	Kalabalık Akraba	4	10.25	8.62	6.50	10.5	26.13		4	6.75	3.50	5.00	3.5	26.13		4	9.00	8.00	5.00	8	25.38	
	Diğer	5	11.60	5.08	11.00	3	36.80		5	9.20	4.60	9.00	6	36.40		5	6.80	2.49	5.00	4	26.60	
Çocukluğunuzda yaşadığınız yer?	Şehir Merkezi	27	8.11	3.92	7.00	5	26.13	.539	27	6.22	2.47	5.00	2	27.02	.811	27	6.96	3.63	5.00	4	25.48	.883
	İlçe	11	9.36	5.92	8.00	3	29.41		11	6.36	3.88	5.00	1	25.00		11	7.27	4.08	5.00	4	27.68	
	Köy/Kasaba	13	8.69	6.59	5.00	3	22.85		13	5.92	2.06	5.00	0	24.73		13	7.85	5.29	5.00	4	25.65	
Medeni Durum	Bekâr	5	7.40	2.30	8.00	4	26.60	.806	5	5.00	.00	5.00	0	18.50	.303	5	10.60	6.23	9.00	4	37.60	.099
	Evli	42	8.62	5.44	6.50	3	25.45		42	6.33	2.89	5.00	2	26.93		42	7.07	3.88	5.00	4	25.48	

	Boşanmış	2	10.00	4.24	10.00	6	35.75		2	5.00	.00	5.00	0	18.50		2	5.00	.00	5.00	0	17.00
	Dul	2	8.00	4.24	8.00	6	26.25		2	7.00	2.83	7.00	4	32.75		2	5.00	.00	5.00	0	17.00
Meslek	Memur	3	6.33	.58	6.00		23.83		3	5.00	.00	5.00		18.50		3	5.00	.00	5.00		17.00
						1							0							0	
	İşçi	6	6.33	1.51	6.00	3	20.92		6	5.00	.00	5.00	0	18.50		6	8.33	4.84	6.00	6	30.00
	Öğrenci	2	9.50	.71	9.50	1	39.50	.643	2	5.00	.00	5.00	0	18.50	.084	2	15.00	8.49	15.00	12	45.00
	Çalışmıyor	2	9.00	5.66	9.00	8	27.00		2	5.00	.00	5.00	0	18.50		2	5.00	.00	5.00	0	17.00
	Ev Hanımı	29	9.03	6.10	6.00	5	24.78		29	6.34	2.86	5.00	2	27.21		29	6.62	3.43	5.00	1	24.52
	Emekli	4	8.50	1.73	8.00	2	34.50		4	6.00	2.00	5.00	2	25.63		4	7.75	3.40	7.00	5.5	30.13
	Diğer	5	9.00	5.79	6.00	3	27.90		5	8.40	4.39	7.00	2	38.80		5	8.40	5.64	5.00	4	27.90

* : $p < .05$ Kruskal Wallis Testi Kullanıldı. Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, IQR: InterquartileRange, M: Medyan, Sıra Ort: Sıra Ortalamala

Tablo 18. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 19. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismar Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Duygusal İstismar						Fiziksel İstismar						Cinsel İstismar								
		n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p
Sigara Kullanım Durumu	Var	19	9.21	5.72	7.00	5	28.13	.417	19	6.47	2.89	5.00	2	27.92	.377	19	7.89	5.03	5.00	4	27.68	.465
	Yok	32	8.13	4.68	6.00	3.5	24.73		32	6.00	2.59	5.00	0.5	24.86		32	6.88	3.52	5.00	3	25.00	
Alkol Kullanım Durumu	Yok	48	8.69	5.18	7.00	4.5	26.39	.446	48	6.19	2.76	5.00	1	25.57	.308	48	7.00	3.90	5.00	3.5	25.31	.122
	Var	3	6.00	1.00	6.00	2	19.83		3	6.00	1.00	6.00	2	32.83		3	11.33	6.51	11.00	13	37.00	
Aile içinde istismara uğrama durumu	Evet	4	12.00	7.44	9.00	9	38.13	.080	4	8.75	3.30	9.00	5.5	39.38	.020*	4	12.75	5.56	10.50	6.5	44.38	.003*
	Hayır	47	8.23	4.81	6.00	4	24.97		47	5.96	2.55	5.00	1	24.86		47	6.79	3.69	5.00	2	24.44	
Aile dışı istismara uğrama durumu	Evet	9	12.67	7.16	10.00	11	35.28	.001*	9	7.89	4.11	5.00	6	30.56	.022*	9	13.33	4.97	11.00	7	44.00	.156
	Hayır	41	7.71	4.12	6.00	3	23.35		41	5.83	2.20	5.00	1	24.39		41	5.98	2.49	5.00	0	21.44	
Evet ise aileyi bilgilendirme durumu	Evet	8	7.63	2.50	7.50	5	7.81	.223	8	6.00	2.14	5.00	1	8.19	.285	8	10.50	4.96	10.50	3.5	10.44	.498
	Hayır	10	12.60	7.29	8.50	11	10.85		10	7.40	3.72	6.00	2	10.55		10	9.80	5.45	9.00	7	8.75	
İntihar Girişimi	Yok	37	7.70	4.09	6.00	3	23.59	.152	37	6.24	2.91	5.00	1	26.08	.993	37	6.54	2.85	5.00	2	24.43	.249
	Bir	11	10.18	6.34	8.00	5	32.00		11	6.09	2.30	5.00	1	25.64		11	8.45	5.72	5.00	4	28.64	
	Kere																					

	Birden Fazla	3	12.67	9.29	10.00	18	33.67		3	5.67	1.15	5.00	2	26.33		3	11.67	8.33	9.00	16	35.67
Herhangi bir suçun mağduru oldunuz mu?	Evet	3	13.67	8.14	10.00	15	41.67	.053	3	7.67	3.06	7.00	6	36.17	.129	3	8.33	2.08	9.00	4	38.83
	Hayır	48	8.21	4.76	6.50	3.5	25.02		48	6.08	2.67	5.00	1	25.36		48	7.19	4.23	5.00	3.5	25.20
Herhangi bir suç işlediniz mi?	Evet	2	5.00	.00	5.00	0	10.00	.110	2	5.00	.00	5.00	0	18.50	.366	2	5.00	.00	5.00	0	17.00
	Hayır	49	8.67	5.12	7.00	4	26.65		49	6.22	2.73	5.00	1	26.31		49	7.35	4.19	5.00	4	26.37
Yaşadığınız hastalık (fibromiyalji) nedeniyle daha önce tedavi gördüyseniz psikiyatriye başvurunuz oldu mu?	Evet	25	10.60	6.33	8.00	9	31.16	.012*	25	6.88	3.59	5.00	2	28.14	.210	25	7.68	4.12	5.00	4	28.16
	Hayır	26	6.54	2.10	6.00	2	21.04		26	5.50	1.07	5.00	0	23.94		26	6.85	4.17	5.00	1	23.92
Fibromiyalji Sendromunu kaç senedir yaşıyorsunuz	Bir sene	19	8.42	4.80	7.00	5	26.00	.958	19	5.32	.82	5.00	0	22.18	.126	19	7.95	4.71	5.00	5	28.08
	İki sene	6	7.83	2.99	7.50	4	27.33		6	5.67	1.03	5.00	2	26.33		6	5.00	.00	5.00	0	17.00
	Üç sene	8	9.88	7.12	6.50	9	26.25		8	7.25	4.30	5.00	3.5	26.25		8	8.00	5.55	5.00	4	26.81
	Dört sene	6	6.33	1.21	6.50	2	21.83		6	5.33	.82	5.00	0	22.42		6	8.17	4.92	5.50	6	29.75



**Beş
sene
ve
üzeri**

12 9.25 6.09 6.50 5.5 27.25

12 7.50 3.83 6.00 3.5 33.50

12 6.33 2.27 5.00 2.5 24.79

* : $p < .05$ İki'den Fazla Gruplar için Kruskal Wallis Testi ve İki Grup için Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, IQR: InterquartileRange, M: Medyan, Sıra Ort: Sıra Ortalamaları

Tablo 19 incelendiğinde, hasta bireylerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, aile içi istismara uğrama durumu, aile dışı istismara uğrama durumu, aile dışı istismar olduğu durumda aileyi bilgilendirme durumu, intihar girişimi, herhangi bir suça mağdur olup olmadıkları, herhangi bir suç işleyip işlemedikleri, yaşadıkları hastalık nedeniyle daha önce psikiyatriye başvurma durumu ve fibromiyalji sendromunu yaşama sıklıklarına göre duygusal, fiziksel ve cinsel istismar toplam puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Buna göre, bireylerin aile içinde istismara uğrama durumuna göre fiziksel ve cinsel istismar sıra ortalamaları, aile dışı istismara uğrama durumuna göre duygusal ve fiziksel sıra ortalamaları ve yaşadıkları hastalık nedeniyle psikiyatriye başvurma durumuna göre duygusal istismar sıra ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ($p < .05$). Bu farklılıkların, aile içi istismara uğrayanlarda fiziksel ve cinsel istismar sıra ortalamalarının, istismara uğramayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Aile dışı istismara uğrama durumunda da, istismara maruz kalanların duygusal ve fiziksel istismar sıra ortalamalarının uğramayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Daha önce yaşadıkları hastalıktan dolayı psikiyatriye başvuran hastaların duygusal istismar sıra ortalamalarının psikiyatriye başvurmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer karşılaştırmalara bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sıra ortalamaları arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

4.12. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal Toplam Puanları ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırılması

Tablo 20'de, hasta grubundaki bireylerin öğrenim durumu, çocukluklarında kiminle yaşadıkları, çocukluklarında yaşadıkları yer, medeni durum ve meslekleri bakımından fiziksel, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

Tablo 20. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Fiziksel İhmal						Duygusal İhmal						Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği								
		n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p
Öğrenim Durumu	İlkokul	24	7.96	4.31	6.50	3.5	26.17		24	10.50	6.09	8.50	9.5	25.90		24	41.42	19.00	35.50	21.5	25.90	
	Ortaokul	5	8.20	4.09	6.00	6	26.60	.837	5	12.20	9.01	7.00	16	22.50	.577	5	38.20	17.17	27.00	25	22.50	.896
	Lise	15	7.47	2.61	7.00	4	27.60		15	10.93	5.01	11.00	6	27.97		15	40.20	13.54	38.00	13	27.97	
	Üniversite	7	6.57	2.51	6.00	2	21.57		7	7.86	2.85	7.00	6	24.64		7	36.29	8.88	34.00	16	24.64	
Çocukluğunuzda	Anne ve Baba	3	8.00	2.65	7.00	5	32.50		.507	3	11.67	8.33	9.00	16		26.83	.391	3	36.67	12.66	32.00	

kimlerle yaşıyordunuz?	Anne, Baba ve Kardeşler	39	7.28	3.42	6.00		24.51		39	9.56	4.70	8.00	7	24.51		39	38.05	12.48	36.00	18	24.99	
	Kalabalık Akraba	4	8.50	5.20	6.50		26.38		4	11.75	9.00	8.50	10.5	26.63		4	46.25	34.09	31.50	39.5	23.38	
	Diğer	5	9.60	4.28	9.00	8	33.40		5	15.40	8.05	11.00	12	36.60		5	52.60	21.38	51.00	22	36.80	
Çocukluğunuzda yaşadığınız yer?	Şehir Merkezi	27	7.19	2.95	6.00	3	24.57		27	10.67	5.39	11.00	6	27.50		27	39.15	13.91	37.00	19	25.93	
	İlçe	11	9.82	4.87	10.00	6	34.05	.101	11	11.18	6.69	8.00	10	27.32	.487	11	44.00	16.07	39.00	17	31.14	.308
	Köy/Kasaba	13	6.77	3.00	6.00	2	22.15		13	9.31	5.89	8.00	6	21.77		13	38.54	20.10	31.00	12	21.81	
Medeni Durum	Bekâr	5	5.80	.84	6.00	1	19.20		5	8.00	2.24	8.00	2	21.60		5	36.80	9.52	39.00	12	26.20	
	Evli	42	7.86	3.71	7.00	4	26.83	.708	42	10.57	5.85	9.00	7	26.26	.887	42	40.45	16.74	36.00	19	26.01	.999
	Boşanmış	2	6.00	.00	6.00	0	23.00		2	10.00	1.41	10.00	2	30.25		2	36.00	5.66	36.00	8	26.00	
	Dul	2	9.50	6.36	9.50	9	28.50		2	14.00	12.73	14.00	18	27.25		2	43.50	26.16	43.50	37	25.25	
Meslek	Memur	3	7.67	3.79	6.00	7	26.00		3	9.00	3.00	9.00	6	26.00		3	33.00	1.00	33.00	2	21.33	
	İşçi	6	6.67	1.21	6.50	2	26.58		6	7.83	2.99	7.50	4	20.08		6	34.17	5.34	36.50	10	22.92	
	Öğrenci	2	5.50	.71	5.50	1	16.25		2	10.00	1.41	10.00	2	30.25		2	45.00	7.07	45.00	10	37.25	
	Çalışmıyor	2	5.50	.71	5.50	1	16.25	.868	2	8.00	4.24	8.00	6	20.00	.753	2	32.50	10.61	32.50	15	18.00	.597
	Ev Hanımı	29	7.97	4.05	7.00	4	26.60		29	10.34	5.83	8.00	8	25.45		29	40.31	18.01	33.00	19	24.84	
	Emekli	4	7.75	4.27	6.00	5.5	24.38		4	12.00	7.75	10.00	10	28.75		4	42.00	14.85	39.50	21	29.38	
	Diğer	5	8.60	3.78	7.00	5	30.90		5	14.80	8.14	14.00	14	34.80		5	49.20	20.52	44.00	12	35.20	

* : p< .05 İki'den Fazla Gruplar için Kruskal Wallis Testi ve İki Grup için Mann Whitney U Testi Kullanıldı. Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, IQR:InterquartileRange, M: Medyan, Sıra Ort: Sıra Ortalamaları

Tablo 21. Hasta Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Fiziksel İhmal						Duygusal İhmal						Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği								
		n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p	n	Ort.	SS	M	IQR	Sıra Ort.	p
Sigara Kullanım Durumu	Var	19	8.16	4.63	6.00	5	26.24		19	11.42	6.41	9.00	10	28.13		19	43.16	19.64	40.00	20	28.00	
	Yok	32	7.34	2.81	6.00		25.86	.928	32	9.84	5.32	8.00		24.73	.426	32	38.19	13.26	36.00		24.81	.458
						3.5							5.5							16		
Alkol Kullanım Durumu	Yok	48	7.67	3.65	6.00	3.5	25.92		48	10.56	5.87	9.00	7.5	26.18		48	40.10	16.29	36.00	18.5	25.85	
	Var	3	7.33	2.52	7.00		27.33	.869	3	8.33	2.31	7.00		23.17	.731	3	39.00	10.44	44.00		28.33	.779
						5							4							19		
Aile içinde istismara uğrama durumu	Evet	4	10.00	4.55	9.50	6	35.13		4	14.00	7.39	11.00	8	36.00		4	57.50	27.06	48.50	33	39.75	
	Hayır	47	7.45	3.47	6.00		25.22	.189	47	10.13	5.57	8.00		25.15	.157	47	38.55	14.12	35.00		24.83	.054
						3							8							18		
Aile dışı istismara uğrama durumu	Evet	9	8.33	4.06	7.00	4	27.61		9	13.11	7.36	11.00	6	31.44		9	55.33	21.33	50.00	15	38.17	
	Hayır	41	7.56	3.52	6.00		25.04	.623	41	9.93	5.30	8.00		24.20	.173	41	37.00	12.64	34.00		22.72	.004*
						3							7							17		
Evet ise Evet		8	6.38	2.07	5.00	3	6.81	.051	8	9.00	3.25	8.50	4.5	7.13	.087	8	39.50	10.35	42.50	18.5	7.69	.196

aileyi bilgilendirme durumu	Hayır	10	9.50	4.14	7.50	11.65		10	14.60	7.23	14.00	11.40		10	53.90	21.85	46.50	10.95				
						8						8						22				
İntihar Girişimi	Yok Bir Kere Birden Fazla	37	7.24	2.69	6.00	3	25.68	37	10.30	5.54	9.00	7	25.86	37	38.03	13.95	34.00	17	24.51			
		11	9.45	5.68	7.00	9	29.14	.511	11	11.45	7.03	9.00	10	27.45	.862	11	45.64	21.30	40.00	35	29.86	.508
		3	6.00	1.73	5.00	3	18.50		3	8.33	3.06	9.00	6	22.33		3	44.33	17.21	50.00	33	30.17	
Herhangi bir suçun mağduru oldunuz mu?	Evet Hayır	3	9.33	1.53	9.00	3	39.83		3	13.00	3.46	11.00	6	37.17		3	52.00	5.57	51.00	11	43.17	
		48	7.54	3.65	6.00	3	25.14	.088	48	10.27	5.83	8.50	7	25.30	.176	48	39.29	16.09	35.50	18	24.93	.039*
Herhangi bir suç işlediniz mi?	Evet Hayır	2	5.00	.00	5.00	0	9.50		2	6.00	1.41	6.00	2	12.25		2	26.00	1.41	26.00	2	7.25	
		49	7.76	3.61	6.00	4	26.67	.100	49	10.61	5.78	9.00	7	26.56	.178	49	40.61	15.99	37.00	18	26.77	.068
Yaşadığınız	Evet	25	8.24	4.40	6.00	4	27.32	.523	25	12.12	6.49	11.00	7	30.24	.044*	25	45.52	19.17	39.00	19	30.64	.029*

hastalık (fibromiyalji) nedeniyle daha önce tedavi gördüyseniz psikiyatriye başvurunuz oldu mu?	Hayır	26	7.08	2.51	6.00	3	24.73	26	8.81	4.45	7.00	6	21.92	26	34.77	9.79	33.00	16	21.54
Fibromiyalji Sendromunu kaç sene yaşıyorsunuz	Bir sene İki sene Üç sene Dört sene	19	7.58	4.29	6.00	3	24.39	19	8.95	3.67	8.00	4	23.61	19	38.21	11.79	36.00	18	25.39
		6	7.00	2.28	6.50	3	25.50	6	12.67	6.38	12.00	12	31.75	6	38.17	9.87	39.00	17	27.33
		8	8.63	4.07	7.00	5	31.44	8	12.13	8.20	9.00	11.5	27.94	8	45.88	27.87	33.00	34	26.13
		6	8.17	3.19	8.00	6	28.75	6	8.50	4.72	6.50	6	20.42	6	36.50	8.83	36.00	19	25.58
							.760						.602						

.999

**Beş
sene
ve
üzeri**

12 7.17 3.04 6.00 3.5 23.79

12 11.50 6.64 11.00 7.5 28.42

12 41.75 17.60 35.00 25.5 26.42

* : p< .05 İki'den Fazla Grup için Kruskal Wallis Testi ve İki Grup için Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, IQR: InterquartileRange, M: Medyan, Sıra Ort: Sıra Ortalamaları

Tablo 21'de, hasta bireylerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, aile içi istismara uğrama durumu, aile dışı istismara uğrama durumu, aile dışı istismar olduğu durumda aileyi bilgilendirme durumu, intihar girişimi, herhangi bir suça mağdur olup olmadıkları, herhangi bir suç işleyip işlemedikleri, yaşadıkları hastalık nedeniyle daha önce psikiyatriye başvurma durumu ve fibromiyalji sendromunu yaşama sıklıklarına göre fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmak istenmiştir.

Buna göre aile dışı istismara uğrama durumu bakımından çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puan sıra ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<.05$). Bu farklılığın aile dışında istismara uğrayan kadınların sıra ortalamalarının uğramayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.

Herhangi bir suçun mağduru olma durumu incelendiğinde ise çocukluk çağı travmaları sıra ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu, bu farklılığın suç mağduru olanların sıra ortalamalarının olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$).

Yaşadıkları hastalık nedeniyle psikiyatriye başvurma durumlarına göre duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Bu farklılığın psikiyatriye başvuran hastaların duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları toplam puan sıra ortalamalarının başvurmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür ($p>.05$).

4.13. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi Açısından İncelenmesi

Hasta ve kontrol grupları arasında 11 açık uçlu sorudan oluşan Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesine incelendiğinde hasta grubunun sağlıklı kontrollere oranla daha fazla fiziksel istismarı duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal ve cinsel istismar öyküsü bildirdikleri görülmektedir.

Sırasıyla, fiziksel istismar FMS'lerde %21,6 iken kontrol grubunda %9,8, duygusal istismar FMS'de %31,4 kontrol grubunda %5,9, fiziksel ve duygusal ihmal FMS'de %47,1 kontrolde %11,8, aile içi cinsel istismar FMS'de %27,5 kontrolde %11,8 ve aile dışı cinsel istismar FMS'de %15,7 kontrol grubunda %13,7'dir. Her iki grupta da yaşamlarında intihar girişimleri ise FMS'de %21,6 ve kontrolde %7,8'dir.

Bulgular doğrultusunda FMS olan kadınlarda istismar ve ihmal oranları ile intihar girişimleri kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo.22 Hasta grubu Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi İncelemesi

	Sayı	%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde her hangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü? Bir yere örneğin bir oda ya da tuvalete kapatıldınız mı?	Evet	11 21,6%
	Hayır	40 78,4%
Kaç kez oldu?	Bir ya da birkaç kez	8 72,7%
	En az beş kez	0 0,0%
	Birçok kez	3 27,3%
	Çok sık ve şiddetli olarak	0 0,0%

Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde sizi sürekli Evet	16	31,4%
aşağılayan tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük Hayır	35	68,6%
düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?		
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde fiziksel ya da Evet	24	47,1%
duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor Hayır	27	52,9%
muydunuz? Örneğin beslenme; güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması ya da sevgi, destek, ilgi görememe gibi bir duru oldu mu? (Evden kovulmayı, eve kabul edilmemeyi de içerir.)		
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz Evet	14	27,5%
olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir Hayır	37	72,5%
yabancı oldu mu?		
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde aile Evet	8	15,7%
bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel Hayır	43	84,3%
bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.		

Tablo 23.Hasta grubu Ç.Ç.K.K.S.L. devamı

	Sayı	%
İntihar girişiminde bulundunuz mu?		
Evet	11	21,6%
Hayır	40	78,4%
1-İlaç alarak		
Evet	9	81,8%
Hayır	2	18,2%
2-Kesici bir alet ile		
Evet	1	9,1%
Hayır	10	90,9%
3-Yüksekten atlama		
Evet	2	18,2%
Hayır	9	81,8%
4-Kendini asmaya çalışma		
Evet	0	0,0%
Hayır	11	100,0%
5-Diğer		
Evet	0	0,0%
Hayır	11	100,0%
Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz oldu mu?		
Evet	10	19,6%
Hayır	41	80,4%
1-Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme/çizme		
Evet	2	22,2%
Hayır	7	77,8%
2-Sigara ya da diğer yollarla yakma		
Evet	0	0,0%

	Hayır	9	100,0%
3-Saçlarımızı yolma	Evet	3	33,3%
	Hayır	6	66,7%
4-Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma.	Evet	5	55,6%
	Hayır	4	44,4%
5-Diğer	Evet	1	11,1%
	Hayır	8	88,9%

Tablo 24. Kontrol grubu Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi İncelemesi

		Sayı	%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde her hangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü? Bir yere örneğin bir oda ya da tuvalete kapatıldınız mı?	Evet	5	9,8%
	Hayır	46	90,2%
Kaç kez oldu?	Bir ya da birkaç kez	3	60,0%
	En az beş kez	0	0,0%
	Birçok kez	1	20,0%
	Çok sık ve şiddetli olarak	1	20,0%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde sizi sürekli aşağılayan tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?	Evet	3	5,9%
	Hayır	48	94,1%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor muydunuz? Örneğin; beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması ya da sevgi, destek, ilgi görememe gibi bir duru oldu mu? (Evden kovulmayı, eve kabul edilmemeyi de içerir.)	Evet	6	11,8%
	Hayır	45	88,2%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz	Evet	6	11,8%

olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?	Hayır	45	88,2%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.	Evet	7	13,7%
	Hayır	44	86,3%

Tablo 25. Kontrol grubu Ç.Ç.K.K.İ.S.L.devamı

		Sayı	%
İntihar girişiminde buldunuz mu?	Evet	4	7.8%
	Hayır	47	92.2%
1-İlaç alarak	Evet	3	75.0%
	Hayır	1	25.0%
2-Kesici bir alet ile	Evet	2	50.0%
	Hayır	2	50.0%
3-Yüksekten atlama	Evet	0	0.0%
	Hayır	4	100.0%
4-Kendini asmaya çalışma	Evet	0	0.0%
	Hayır	4	100.0%
5-Diğer	Evet	0	0.0%
	Hayır	4	100.0%
Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz oldu mu?	Evet	7	13.7%
	Hayır	44	86.3%
1-Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme/çizme	Evet	4	57.1%
	Hayır	3	42.9%
2-Sigara ya da diğer yollarla yakma	Evet	1	14.3%
	Hayır	6	85.7%
3-Saçlarınızı yolma	Evet	1	14.3%
	Hayır	6	85.7%
4-Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma.	Evet	4	57.1%
	Hayır	3	42.9%
5-Diğer	Evet	1	14.3%
	Hayır	6	85.7%

Tablo 26. Hasta ve Kontrol Gruplarının Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi Açısından İncelenmesi

		Sayı	%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde her hangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü? Bir yere örneğin bir oda ya da tuvalete kapatıldınız mı?	Evet	16	15.7%
	Hayır	86	84.3%
Kaç kez oldu?	Bir ya da birkaç kez	11	68.8%
	En az beş kez	0	0.0%
	Birçok kez	4	25.0%
	Çok sık ve şiddetli olarak	1	6.3%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde sizi sürekli aşağılayan tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?	Evet	19	18.6%
	Hayır	83	81.4%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor muydunuz? Örneğin beslenme; güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması ya da sevgi, destek, ilgi görememe gibi bir duru oldu mu? (Evden kovulmayı, e	Evet	30	29.4%
	Hayır	72	70.6%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?	Evet	20	19.6%
	Hayır	82	80.4%
Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.	Evet	15	14.7%
	Hayır	87	85.3%

Tablo 26'da kadınların çocukluklarında ya da gençliklerinde herhangi bir kişi tarafından aşırı şekilde dövüldükleri ve oda/tualete kapatılıp kapatılmadıkları

araştırıldığında %15,7'sinin bu duruma maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Genel itibariyle anne ve baba tarafından 10 yaşlarında bu duruma maruz kaldıkları gözlenmiştir. Fazlalıkla bir ya da birkaç kez olduğu da görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin çocukluğunda veya gençliğinde sürekli olarak aşağılayan tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi biri olup olmadığı araştırıldığında %18,6'sında olduğu görülmüştür. Yine aynı şekilde çoğunlukla anne ve babaların bireyleri bu duruma maruz ettikleri gözlenmiştir.

Kadınların çocukluklarında ya da gençliklerinde fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edildiklerini düşünüp düşünmedikleri araştırıldığında %29,4'ünün düşündüğü, %81,4'ünün düşünmediği gözlenmiştir.

Kadınların çocukluklarında ya da gençliklerinde izinleri olmadan cinsel olarak yaklaşan veya dokunan bir yabancı olup olmadığı araştırıldığında, %19,6'sının böyle bir sıkıntıya uğradığı, %80,4'ünün ise böyle bir sorunla karşılaşmadıkları gözlenmiştir.

Çocukluklarında ya da gençliklerinde aile bireylerinden veya diğer akrabalarından kendilerine cinsel yaklaşımda bulunan birileri olup olmadığı araştırıldığında, %14,7'sine yaklaşımda bulunan olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 27. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi (Devamı)

		Sayı	%
İntihar girişiminde buldunuz mu?	Evet	15	14.7%
	Hayır	87	85.3%
1-İlaç olarak	Evet	12	80.0%
	Hayır	3	20.0%
2-Kesici bir alet ile	Evet	3	20.0%

	Hayır	12	80.0%
3-Yüksekten atlama	Evet	2	13.3%
	Hayır	13	86.7%
4-Kendini asmaya çalışma	Evet	0	0.0%
	Hayır	15	100.0%
5-Diğer	Evet	0	0.0%
	Hayır	15	100.0%
Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz oldu mu?	Evet	17	16.7%
	Hayır	85	83.3%
1-Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme/çizme	Evet	6	37.5%
	Hayır	10	62.5%
2-Sigara ya da diğer yollarla yakma	Evet	1	6.3%
	Hayır	15	93.8%
3-Saçlarınızı yolma	Evet	4	25.0%
	Hayır	12	75.0%
4-Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma.	Evet	9	56.3%
	Hayır	7	43.8%
5-Diğer	Evet	2	12.5%
	Hayır	14	87.5%

Tablo 27'de, bireylerin intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları araştırıldığında, %14,7'sinin intihar girişiminde bulunduğu, bunlardan %80'inin ilaç alarak, %20'sinin kesici alet ile, %13,3'ünün yüksekten atlama ile intihara giriştikleri görülmüştür. Kadınların vücutlarına isteyerek zarar verme durumları araştırıldığında ise, %16,7'sinin vücutlarına isteyerek zarar verdikleri gözlenmiştir.

Vücutlarına ne tür bir zarar verdikleri incelendiğinde, %37,5'inin kollarını veya vücutlarının diğer yerlerini kesme/çizme, %6,3'ünün sigara/diğer yollarla kendilerini yakma, %25'inin saçlarını yoldukları, %56,3'ünün başlarını, yumruklarını veya diğer beden parçalarını şiddetle sert şekilde yere vurduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğinde ayaktan takip edilen, ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı almış 51 kadın hasta ve sosyodemografik açıdan bu tanı grubuyla eşleştirilmiş 51 sağlıklı kadın kontrol grubu, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza 51 FMS tanısı almış ve 51 de sağlıklı grup olmak üzere toplam 102 kadın katılmıştır. Dissosiyatif Yaşantılar, Çocukluk Çağı Travmaları ve VAS skorları açısından incelendiğinde FMS olgularının kontrollerden anlamlı biçimde farklı olduğu saptanmıştır. FMS grubunda kontrollere kıyasla DES ve VAS ortalama puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Sadece CTQ 5 alt ölçekten duygusal ihmal değişkenine göre hasta ve kontrol grupları açısından farklılık olmadığı görülmüştür.

Fibromiyalji hastalarının incelendiği araştırmalarda kaslarda herhangi bir patoloji olmadığı görülmüştür. FMS sınıflandırılmasında da psikiyatrik bozukluk olup olmaması temel kriterler olarak alınmıştır. ACR 1990 yılında tanımlamış olduğu FMS tanı kriterlerinin tümü ağırlı hassas nokta varlığına dayanmaktadır. Vücutta lokalizasyonları belirlenmiş 18 hassas noktanın en az 11'inde bası ile ağrı olması gereklidir. ACR'nin 2010 yılında tanımladığı yeni tanı kriterlerinde ise tanı için gerekli ağırlı hassas nokta sayısı azaltılmış ve kognitif belirtiler eklenmiştir. Ayrıca somatik belirtilerin ayrı bir başlıkta sorgulanıp puanlanarak değerlendirilmesi istenmiştir. Sonradan eklenen tanı kriterlerinin oldukça önemli bir kısmı organik bir nedeni olmayan birçok psikiyatrik bozuklukta da sık görülen belirtilerdir. Bu tanı

kriterlerinin kullanılmadığı ve sadece hassas nokta sayısını esas alan 1990 ACR tanı kriterleri ile hastaların çalışmaya dahil edildiği önceki çalışmalarda psikiyatrik belirtilerin yoğun olduğu diğer hastaların çoğu yapılan araştırmaların dışında kalmış olabilir. Önceki tanı kriterlerinin bu eksiklikleri ve tüm hastaları kapsamamasına rağmen birçok literatürde FMS'li hastalarda sağlıklı kontrol gruplarına göre psikiyatrik bozukluk eş tanısı ve psikiyatrik belirti oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunlar daha çok çocukluk çağı ve erişkinlik dönemi travmaları ile ilişkili TSSB, dissosiyatif bozukluklar, depresyon, kaygı bozuklukları ve somatoform bozukluklar şeklinde sıralanabilir.

FMS'de psikiyatrik belirti yoğunluğu ve/veya psikiyatrik bozuklukların varlığı tedavi seçiminde ve muhtemelen prognoz üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. FMS'nin nedenleri, kliniği ve tedavisinin anlaşılabilmesi için çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan bu araştırmaların önemli bölümünde FMS hastalarında gözlenen psikolojik belirtiler ve psikiyatrik bozuklukların öne çıkması nedeniyle araştırmalar da bu yönde yoğunlaşmıştır.

Makela ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada FMS belirtilerinin 30 ve üstü yaşlarda daha sık ortaya çıktığını ve olası belirleyicilerin çok değişkenli analizini yaptıklarında belirtilerin yaşa, cinsiyete, eğitim durumuna, meslek (özellikle fiziksel stresle ilgili) ve sigara kullanımı olanlarda daha erken ortaya çıktığını belirtmişlerdir (Makela ve ark. 1991).

Farooqi ve ark ise FMS belirtilerinin 40-60 yaşlarında daha sık ortaya çıktığını, toplumda sıklığın yaşla birlikte arttığını, başlıca risk faktörlerinin kadın olmak,

boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyi olduğunu ileri sürmüşlerdir (Farooqi ve ark. 1998).

Bizim çalışmamızda FMS grubunun yaş ortalaması 43,29 yıl olup genel epidemiyolojiye uyumludur. FMS grubumuzun %82,4'ü evli kadınlardan oluşuyordu. Boşanmış ve dul olanların oranı ise eşit olarak %3,9'dur. Hastaların çoğunluğunun evli olması işlevselliklerinin azalması nedeniyle ev yaşantılarında sorunlar ortaya çıktığından tedavi arayışının artışıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda FMS ve kontrol grupları yaş, meslek, medeni durum ve eğitim dağılımı açısından eşleştirilmiştir.

Hem kontrol hem de FMS grubu çocuklukta yaşadıkları yerleri benzer şekilde şehir olarak belirtmişlerdir. Aynı şekilde çalışmamıza katılanların %80,4'ü çocuklukta yaşadıkları kişiler açısından da her iki grup çoğunluğu anne, baba ve kardeşler olarak belirtmiştir.

FMS hastalarının çocukluk çağında anne ve babalarla olan duygusal ilişkileri ve ebeveyn evinde güvenlik duyguları gibi çocuklukta karşılaşılan olumsuzluklar ile ilgili Imbierowicz ve ark.'nın 2003 yılında yaptıkları çalışmaları sonucunda çocukluk travmaları yüksek puanı göstermektedir. Katılımcılar cinsel ve fiziksel istismar ile ebeveynlerle kötü duygusal ilişki, sevgi eksikliği, ayrılık gibi kötü çocukluk deneyimleri diğer istismar ve ihmal tiplerinden daha fazla bildirmişlerdir. Bu deneyimler kontrol grubunda hasta grubuna oranla daha az bulunmuştur ve bulgular hastalık oluşum sürecinde erken psikososyal travmaları işaret etmektedir (Imbierowicz ve ark. 2003).

Sansone ve ark.'nın çocukluk döneminde yaşanan kötü muamelenin FMS'de genel risk faktörü olarak bildirdikleri çalışmalarında hastalar arasında çocukluk çağı travmalarını FMS'de tekrarlayan bir tema olduğunu ileri sürmüşlerdir. (Sansone ve ark. 207).

Eliuk 1997'de yaptığı çalışmasında çocukluk çağı travmatik yaşantı bildiren FMS hastalarının sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğunu belirtmiştir (Eliuk 1997). Yapılan başka bir çalışmada yine benzer şekilde FMS gurubunda çocukluk çağı kötüye kullanım öyküleri kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Albrecht, 1998). FMS hastalarıyla yapılan çalışmalarda çocuklukta kötüye kullanım öykülerinde fiziksel ve cinsel istismar oranlarının diğer istismar ve ihmal tiplerine göre daha fazla olduğunu bildirilmiştir (Alexander ve ark. 1998; Goldberg ve ark. 1999; Thiem ve ark. 2004).

Bohn ve ark.'ı tarafından yapılan bir çalışmada ise FMS tanılı 117 hastada (%84 kadın) çocukluk çağı travmaları, somatoform, dissosiyasyon belirtileri, genel sağlık durumu ve depresyon araştırılmış. Çocukluk ve ergenlik döneminde, hastaların %20,5'i ciddi duygusal kötüye kullanım, %8,6'sı ciddi fiziksel kötüye kullanım, %12,8'i ciddi cinsel taciz, %25,6'sı ciddi duygusal ihmal ve %12,0'si ciddi fiziksel ihmal yaşantısı bildirmişlerdir. Aynı çalışmada uygulanan diğer ölçeklerle 117 FMS hastasının 54'ünün (%46,2) muhtemel bir dissosiyatif bozukluk, 112'sinin (%95,7) muhtemel bir somatoform bozukluk ve 86'sının da (%73,5) muhtemel bir depresif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır (Bohn ve ark. 2013). Bu çalışmalarda elde edilen bulgular, FMS'li hastalarda hem çocukluk hem de erişkinlik dönemine ilişkin yüksek oranda çeşitli travmatik yaşantılar varlığını göstermektedir.

TSSB yanı sıra dissosiyatif bozuklukların da travma ile yakından ilişkili olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir.

Gaon ve ark.'nın dissosiyatif belirtilerin prevalansı ve travma sonrası deneyimleri değerlendiren çalışmalarında, cinsel ve çocukluk duygusal istismarın etkilerinin kurbanın hayatı boyunca şiddetli olarak kaldığını, diğer yandan, doğal afetler ve savaş travması gibi travmatik deneyimlerin nispeten düşük yoğunlukta etkilerle seyrettiğini tespit etmişlerdir. Burada en önemli vurgu, daha sonraki hayatta büyük etkisi olan çocukluk travması, özellikle cinsel istismardır (Gaon ve ark. 2013).

Şar ve ark.'na göre dissosiyatif kimlik bozukluğu ve benzeri durumlar çocukluk çağı ruhsal travmalarının rol oynadığı psikiyatrik bozukluklar içerisinde en başta gelmektedir (Şar ve ark. 2002).

Bizim çalışmamızda FMS için çocukluk çağı travmaları sırasıyla; duygusal istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar açısından sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sadece duygusal ihmal alt ölçek skoru da her iki grup arasında farklılık görülmemiştir. FMS için toplam CTQ ortalaması 40,04'tür. FMS grubunda aile içinde istismara uğradığını bildirenlerde cinsel istismar ve fiziksel istismar skoru yüksek bulunmuştur. Aile dışında istismara uğradığını bildirenlerde ise genel çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı, fiziksel istismar ve duygusal istismar skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaş ile cinsel istismar ve yaş ile çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < .05$). Her iki karşılaştırma için de ilişkinin ters yönlü ve zayıf olduğu söylenebilir. Yani bireylerin yaşları arttıkça

cinsel istismar ve çocukluk çağı travmalarının azaldığı görülmüştür. Çocukluk çağı travmaları açısından ya da başka travmalar için belirli bir sürenin geçmiş olması travmanın akut etkilerinin azalması ya da yaşla birlikte baş etme yeteneklerinin, olgun savunma düzeneklerinin gelişmesi, travmaya uyum ile ilişkilendirilebilir.

Öncü ve ark.'ı 2012'de 18 yaş altı 595 çıraktan anket formu toplayarak yaptıkları, çalışan çocukların ailede istismarı ile ilgili kesitsel nitelikteki çalışmalarında; çocukların %20'sinin fiziksel, %9,6'sının duygusal, %2,7'sinin cinsel olmak üzere toplamda %24,7'sinin baba, anne, kardeş ve akrabaları tarafından istismara uğradığını, %12,4'ünün fiziksel ve %21'inin duygusal olmak üzere toplamda %27,1'inin ihmale uğradığını saptamışlardır (Öncü ve ark. 2012).

Çalışmamızdaki katılımcıların CTQ, DES ve VAS puanlarının ortalamaları hesaplanmış, 51 kişiden oluşan hasta grubunun CTQ ortalaması 40,04, DES ortalaması 15,53 ve Vas ortalaması 7,57 olarak bulunmuştur. Bu rakam Şar ve arkadaşlarının yaptığı CTQ geçerlilik güvenirlik çalışmasında bulunan ortalamadan (Ort.=32) daha yüksektir. Türkiye'de CTQ kullanılarak yapılan diğer çalışmalar da incelenmiştir. Şar ve arkadaşlarının yaptığı Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında dissosiyatif bozukluk hastalarına, bu hastaların birinci dereceden yakınlarına ve bu aile bireyleri ile eşleştirilmiş klinik dışı kontrol uygulandığında ortalamaların dissosiyatif bozukluğu olanlarda 61,3 olduğu, aile yakınlarında 44,3 olduğu ve klinik dışı kontrol grubunda 36,1 olduğu görülmüştür. Bu nedenle 30 civarında puan alındığında travmanın olmadığı ancak bundan daha fazla puanın çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların olabileceğini düşündürdüğü belirtilmiş ancak bunun başka çalışmalar

yapıldığında değişebileceği de ifade edilmiştir (Şar ve ark. 2012). Şar ve Öztürk'ün konversiyon bozukluğu hastalarıyla yaptığı bir diğer çalışmada bu ortalama 48,0 olarak bulunmuştur (Öztürk 2009).

Sack ve ark. tarafından 240 psikosomatik poliklinik hasta grubunda tutarlı beden imajı için yapılan bir çalışmada cinsel travmaya uğramış, hem erkek hem de kadın hastalarda, hiç bir cinsel veya diğer bir travmaya maruz kalmamış hastalarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha fazla somatoform ve daha fazla dissosiyatif belirtiler saptamışlar, cinsel travma mağdurlarının, cinsel olmayan travma veya hiç bir travması olmayan hastalara kıyasla, kendi vücudunu olumsuz algılamayı içeren daha karmaşık bir semptom örneğine sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir (Sack ve ark. 2010).

Semiz ve ark. FMS hastalarında TSSB, aleksitimi ve dissosiyatif semptomların yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında, FMS hastalarında TSSB, aleksitimi ve disosiyatif semptomların yaygın olduğu bulunmuştur. TSSB, aleksitimi ve dissosiyatif semptomların değerlendirilmesinin hastalık aktivitesi ve ağrı açısından önemli olduğu sonucuna varmışlardır. Bu alışmada FMS hastalarında tedavi stratejileri düzenlenirken psikiyatrik durumların da değerlendirilmesi gerektiği sonucu vurgulanmıştır. Sonuç olarak yazarlar tarafından FMS tedavi sürecinde Disosiyatif Bozukluk, TSSB varlığı sorgulanması ve tedavi düzenlenmesinde dikkate alınması gerektiği ileri sürülmüştür (Semiz ve ark. 2014). Leavitt ve arkadaşları FMS'li 89 ve diğer romatizmal hastalığı olan 64 hasta ile yaptıkları çalışmada bilişsel yakınma ve dissosiyatif belirtileri, FMS'li hastalarda anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Yine Leavitt ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada FMS'li hastalarda dissosiyasyon

oranını diğer romatizmal hastalardan yine anlamlı olarak yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir (Leavitt ve ark. 2002; Leavitt ve ark. 2003).

Dissosiyatif yaşantılarla travmatik yaşantılar arasındaki pozitif ilişki dikkate alınacak olursa, bu sonucun FMS etiolojisindeki travmatik yaşantılara vurgu yaptığı ve buna bağlı olarak FMS'de daha çok dissosiyatif yaşantı görülebileceği anlamına gelebilir. Araştırmacılara göre çocukluk istismarının önlenmesi, erken tanı ve tedavisi uzun vadeli psikopatoloji önlemede vurgulanmalıdır.

Webermann ve ark (2014) dissosiyatif bozukluk hastalarında çocuk istismarı ve yakın partner şiddetini araştırdıkları çalışmalarında; çocukluk istismarı, çocuklukta kötü muamelenin, ileriki yaşlarda sonraki yakın partnerin şiddeti için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmüşlerdir. Araştırmacılar çocuklukta kötü muamele ve yakın partner şiddeti arasındaki bağlantının teorik mekanizmasının dissosiyasyon olduğunu belirtmişlerdir. Dissosiyasyonun faillerin şiddetine izin verebileceği, yakın partner şiddeti mağdurları ve failleri arasında dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar oranlarının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. (Webermann ve ark.2014). Hansen ve ark yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarı yaşamış olan erişkinlerde cinsel davranış sırasında dissosiyatif belirtilerin ortaya çıkmasına dikkat çekmişlerdir (Hansen ve ark. 2012).

Bizim çalışmamızda cinsel istismar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. FMS vakalarının DES ortalamasında da kontrol grubuna göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yaş ile dissosiyatif yaşantılar arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Filippon ve ark. çocukluk çağı travması öyküsünün, FMS'li yetişkin kadınlarda işlev kaybına sebep olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada çocukluk travmasının FMS'li erişkin kadınlarda işlevsellik kaybı ile klinik olarak önemli bir ilişki göstermediği, ancak komorbid depresyonu olmayan katılımcılar arasındaki ilişkinin belirgin olduğunu ifade etmişlerdir (Flippon 2013).

Soylu ve ark.'nın 3–18 yaş aralığında, cinsel istismara uğramış ve adli rapor için gönderilen 181'i kız ve 53'ü erkek toplam 234 çocuk ve ergeni değerlendirdikleri çalışmalarından elde ettikleri bulgulara göre; en sık bildirilen cinsel istismar tipinin %31,2 oranıyla cinsel uyarılma için bedene dokunma olduğu saptanmıştır. Olguların %44,9'unun birden çok kez cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Faillerin %97,9'unun erkek, %73,6'sının tanıdık, %14,5'inin ise aile içinden biri olduğu bildirilmiştir. Olguların %20,1'inde birden çok istismarcının olduğu, %54,3'ünde fiziksel şiddetin cinsel istismara eşlik ettiği belirlenmiştir. Olguların %67,1'inde en az bir ruhsal bozukluk tanısının bulunduğu belirlenmiştir. Birden fazla kişi tarafından cinsel istismara uğrayan, aileden biri tarafından istismara uğrayan, istismar sırasında penetrasyon ve fiziksel şiddet olan ve yineleyen şekilde istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorun gelişme riski daha yüksek olarak bildirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre cinsel istismarın çocuklarda uzun süreli duygusal ve davranışsal sorunlara neden olduğunu, bazı cinsel istismar türleri diğerlerinden daha ciddi sonuçlara yol açtığını ve cinsel istismarın sık ve kronik olmasının uygunsuz cinsel davranış gelişimini arttırdığını bildirmişlerdir. Çalışmada cinsel yönden riskli davranışlar göstermenin bu olguları yeni istismarlara açık hale getireceği, bu nedenle

bu olgularda koruyucu önlemlerin etkin bir şekilde yürütülmesinin gerektiği önerisinde bulunmuşlardır (Soylu ve ark. 2012).

Şar ve ark.'ı Türkiye'de Toplam CTQ puanlarının kesim noktalarıyla ilgili sınırın 35 dolayında olabileceği belirtilmiştir (Şar ve ark.2013). Bizim çalışmamızda FMS için Toplam CTQ puan ortalaması bakımından FMS puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

Spertus ve ark. 205 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında; duygusal istismar ve ihmal öyküsünün artan anksiyete, depresyon, travma sonrası stres ve fiziksel belirtilerle ömür boyu travmaya maruz kalma ile ilişkili olduğunu, fiziksel, cinsel istismar ve yaşam boyu travmanın fiziksel ve psikolojik semptomların anlamlı göstergesi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca çocukluk duygusal istismarı ve ihmalinin ileriki yaşlarda travma maruziyetine açık olmanın sonucu olarak, uzun süren davranışsal sonuçlar ortaya çıkabileceğini bildirmişlerdir (Spertus ve ark. 2003).

Sonuç olarak çocukluk çağı travmalarıyla ilgili yapılmış tüm çalışmalarda çocukluk çağı ihmal ve istismarlarının kişide dissosiyatif semptom ya da bozukluklarla, davranış sorunları, ruhsal sorunlar, anksiyete, depresyon, fiziksel belirtiler, travma sonrası stresle ilişkili olduğundan bahsedilmektedir. Bu çalışmada FMS vakaları çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar açısından incelenmiştir ve çocukluk çağı travmalarının FMS vakalarının öyküsünde önemli yer tuttuğu sonucuna varılmıştır. Yani FMS'nin travmatik kökenleri dikkat çekmektedir. Ayrıca dissosiyatif semptomların birlikteliği de özellikle FMS'de önem arz etmektedir. FMS varlığında çocukluk travması öyküsü sorgulanması ihmal

edilmemelidir. Belki yapılan çalışmalar onerilerinden yola çıkararak her çocukluk travması öyküsü varlığında beraberinde dissosiyatif yaşantıları sorgulayarak, fiziksel veya ruhsal şiddete açık olma açısından uyanık olunmalı ve tedavi stratejilerinin düzenlenmesinde gözden kaçırılmamalıdır. CTQ lğinin alt boyutları bakımından gruplar karşılaştırıldığında FMS için de etiyolojide çocukluk travmalarından fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal; yani çocukluk ağı travmalarının tüm alt grupları önemli görünmektedir. FMS tanılı hastalar için fiziksel istismar daha yüksek düzeyde bulunmuş olup bu hastalıkta çocuklukta fiziksel istismarın önemini göstermektedir.

Çalışmamız gösteriyor ki çocuklukta birden fazla kişi tarafından cinsel istismara uğrayan, aileden biri tarafından istismara ve/veya ihmale uğrayan, istismar sırasında fiziksel şiddet olan ve yineleyen şekilde herhangi bir istismara uğrayan kişilerde ruhsal sorun gelişme riski daha yüksektir.

Çalışmamıza katılan fibromiyalji sendromu tanısı almış 51 kadın vakanın tamamı daha önce belirtildiği üzere en az bir çocukluk ağı travması yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak yaşadıkları bu travmatik yaşantıların hiçbiri ne kişilerin kendileri ne de aileleri tarafından adli makamlara bildirilmemiş olması dikkat çekici bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kriminolojide en yaygın yöntemlerden biri de suçun llmesidir. Suç istatistikleri, toplumdaki suçluluğun boyutları hakkında bilgiler vermektedir. Fakat bazı suçlar çeşitli nedenlerle istatistiklere geçmeyebilir. Gizli kalmış ve istatistiklerde görülmeyen bu suçluluğa "siyah sayılar" denmektedir (Sokullu 2008). Dolayısıyla çok sayıda suç işlenmekle beraber bunlardan adli makamların haberi olamamaktadır. Mağdur ve suçlu arasında önceden var olan

ilişkiler mağduru bu suçta ihbardan alıkoyabilir, örneğin mağdur; akrabası, dostu veya iş arkadaşı olarak suçluyu küçük düşürmek istemeyebilir ya da korkma ve çekinme gibi sebeplerle yaşadığı travmatik durumları adli makamlara iletemeyebilir.

Kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan travmanın bireysel ve toplumsal ruh sağlığına olumsuz etkisi yanı sıra toplumda yaşam kalitesinin düşmesi kaçınılmazdır. Gelişmesini sürdürmek arzusunda olan her toplum birçok kurumlarının yanı sıra hukuk sistemi ile de kişiler arası travmayı önlemek için çaba sarfetmek zorundadır (Öztürk 2003).

Bu sebeple istismar ve ihmalin önlenmesi için ailelerin, çocukların, eğitimcilerin, sağlık çalışanlarının bilinç ve duyarlılıklarının artırılmasına yönelik eğitimlerin oluşturulması oldukça önemlidir. Çocuklukta maruz kalınan negatif psikolojik etkiler, hayatın geri kalan döneminde yeniden mağduriyete (revictimization) sebep olabilmektedir. Şayet çocukta istismar ve/veya ihmale ilişkin bulgular var ise tedavi sürecinde çocuğun yaşadığı durumla ilgili sonraki yaşantısında karşılaşması muhtemel olumsuz durumlarla baş etme konusunda öz güveninin gelişmesi açısından psikoterapi düzenlenmesi dikkate alınmalıdır. Özellikle eş tanı alan psikiyatrik hastalarda olması çok muhtemel olan travmatik yaşantıların psikoterapilerde ele alınması oldukça önem kazanmaktadır.

KAYNAKÇA

Ağırman A ve Maner F. Yeme Bozuklukları ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010, 23:121-127.

Akçay B.D. , Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Uyku Yapısındaki Değişiklikler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011

Aksoy A ve Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003, 4: 226-236.

Akkuş, S., Koflar, A., ve Bayazıt, O. (1998). Fibromiyalji tanısı konan 220 vakanın klinik özellikleri. The Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 1(1)

Aktepe E., Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches In Psychiatry 2009; 1:95-119

Alkın T. Somatizasyonda Biyolojik Etkenler, T Klin Psikiyatri 1999, 1:18-26
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, 2001

Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan Çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, 367-371

Amodeo MA, Griffin ML, Fassler IR, et al. Child sexual abuse among black and white women from two-parent families. Child Maltreatment 2006;11:237-246

Aral N. ve Gürsoy F. "Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı." Milli Eğitim Dergisi 151 (2001): 36-39.

Arthur HG. Physical abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1997; 687-698. Jan

Ata A.M., Çetin A., Fibromiyalji Tanımı, Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J PM&R -Special Topics 2015;8(3):1-4

Babacan A. Dayanır H, Psikiyatrik Belirtili Bedensel Bozukluklar, 2010 , ed. Işık E., Işık U. (24):501-523

Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. Psychosomatics. 1992 Winter;33(1):28-34. Review

Bayram K., Erol A., Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri, Nöropsikiyatri Arşivi 2014; 51: 344-349

Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D ve Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 1992, Volume 16, Issue 1, 101-118.

Bernet W., Çocuğa Kötü Muamele, Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry 8. Edition, Güneş Tıp Kitapevi, 2007, Vol:4 s. 3412-3425

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 1994; 151(8): 1132-6.

Bernstein EM. Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 1986; 174(12): 727-35.

Bessel A. van der Kolk, Roth S., Pelcovitz D., Sunday S, and Spinazzola J. Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005 389–399

Bilgiç S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğunun Klinik Açıdan Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011

Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, Gozde Repro Ofset, 2001, 45-53.

Bohn D, Bernardy K, Wolfe, F, Häuser W. The Association Among Childhood Maltreatment, Somatic Symptom Intensity, Depression, and Somatoform Dissociative Symptoms in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Single-Center Cohort Study. *Journal of Trauma & Dissociation*. May/Jun 2013; 14(3): 342-358

Bolu ve Ark., Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *Anatol J ClinInvestig* 2014;8(2):98-103

Brown GR, Anderson B. Psychiatric Morbidity in Adult İnpatients with Childhood Histories of Sexual And Physical Abuse. *Am J Psychiatry*. 1991 Jan;148(1):55-61

C.K. Baker, F.H. Norris, E.C. Jones and A.D. Murphy. Childhood Trauma and Adulthood Physical Health in Mexico. *Journal of Behavioral Medicine* 2009, 32(3):255-269

Chu JA, Dill DL Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:887–892

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

Coşkun C.N., Fibromiyalji Sendromunda Klinik, Tanı, Ayırıcı Tanı, Türkiye Klinikleri J PM&R -Special Topics 2015;8(3)

Çebi A. Trabzon'da Fibromiyalji Prevalansı ve Demografik Özellikler. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon, 2001

Çörüş, G. (2002). Çoğul Kişilik Bozukluğu: Betimsel ve Yordamsal Ögelerin Kısa Gözden Geçirilmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi,2002 203-210

Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, and George LK. Post-traumatic Stress Disorder in the Community: an Epidemiological Study. PsycholMed 1991; 21(3): 713-21

Davis DA.,Luecken LJ., Zautra AJ. Arereports of childhoodabuserelated totheexperience of chronicpain in adulthood? A meta-analyticreview of theliterature. Clin J Pain 2005; 21:398-405

De Civita M, Bernatsky S, Dobkin P L. The role of depression in mediating the association between sexual abuse history and pain in women with fibromyalgia. Psychology, Health & Medicine 2004;9:450-455

Deveci E. ve Açıık Y. Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. Arşiv 2003; 12: 396-405

Doruk A., Çelik C., Özdemir B., Özşahin A., Uyum Bozukluğu ve Yaşam Olayları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:197-202

Dönmez A., Erdoğan N., Fibromiyalji Sendromu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Klinik Gelişim 60-64

Eliuk, J. (1997). Psychophysiological aspects of fibromyalgia. Dissertation Abstracts International, 57, 4769.

Erçalık C., Fibromiyalji Sendromunda Bilişsel Davranış Tedavisi Ve Tens Tedavilerinin Etkinliği ,Tıpta Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul

Erdoğan IB, Şengül CB, Dilbaz N, Bozkurt S (2004).Dissosiyatif amnezi ve travma sonrası stres bozukluğu tablosu ile başvuran bir yasak-sevi olgusu. Türk Psikiyatri Dergisi, (15) 2:161-165.

Erikson E: ChildhoodandSociety. New York, Norton, 1950

Erşan E.E., Şencan D., Gürbüz H.C., Devenci H.,Karadağ A. ,
www.literatursesmpozyum.com., Temmuz/Agustos/Eylül 2014, 1:3

Ertan T.,PsikiyatrikBozuklukların Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:25-30

Ertürk AA.,Çocukluk Çağı Travmaları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon ve Dissosiyatif Yaşantıların Şizofreninin klinik Özellikleri Üzerine Etkileri, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014 Ankara

Farooqi A, Gibson T. Prevalence of the rheumatic disorders in the adult population of north Pakistan. Br J Rheumatol 1998; 37: 491-495.

Filippon, A. P. M., Bassani, D. G., Aguiar, R. W. D., & Ceitlin, L. H. F. Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. Trends in Psychiatry and Psychotherapy (2013). 35(1), 46-54.

Finestone HM, Stenn P, Davies F, et al. Chronicpainandhealthcareutilization in womenwith a history of childhoodsexualabuse. Child Abuse&Neglect, 2000;24:547-556.7

Gaon, A., Kaplan, Z., Perry, Z., & Witztum, E. (2013). Dissociative symptoms as a consequence of traumatic experiences: The long-term effects of childhood sexual abuse. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 50(1), 17

Genç A., Tur S.B., Fibromiyalji Sendromu, 438-450.

www.ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr adresinden 17.07.2016 tarihinde alınmıştır.

Gençöz F., Uyum Psikolojisi, Kriz Dergisi 1998, 6 (2): 1-7

González E, Elorza J, Failde I. Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on the quality of life patients. Actas EspPsiquiatr 2010; 38(5):295-300

Goodyer, I. (1981). Hystericalconversionreactions in childhood. Journal of Child PsychologyandPsychiatry, 22(2), 179-188.

Göler R.,Eğitimde Çocuk İstismarı Ve İhmaline Genel Bir Bakış, Tsa 10:(3) 2006

Güleç H., Sayar K.,Topbaş M., Karkucak M., Ak İ.,Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi Ve Öfke Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(3):191-198

Güler N, Uzun S, Boztaş Z ve Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002, 24 (3):128-134.

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

Hansen NB, Brown LJ, Tsatkin E, Zeligowski B, Nightingale V. Dissociative experiences during sexual behavior among a sample of adults living with HIV infection and a history of childhood sexual abuse. J Trauma Dissociation. 2012;13(3):345-60

Hauser W, Galek A, Erbsloh-Moller B, Kollner V, Kuhn-Becker H, Langhorst J, et al. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. Pain. 2013; 154(8): 1216-23.

Haviland M, Morton K, Odac K, Fraser G. Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. Psychiatry Res. 2010;177(3):335–341.

Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. Eur J Pain. 2003;7(2):113-9

Isaac M. ve Chand P.K. , Dissosiyatif bozukluklar ve konversiyon bozuklukları, Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı 2(2), 2006

İrban A., Bektaş G., Lüleci N. Fibromiyalji: Küçük sorunun büyük problemleri ve ozon teavisi. Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi, 2011;(21):86-89

Janssen I, Krabbendam L, Bak M (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. Acta Psychiatr Scand, 109, 38–45.

Yazıcı K., Yazıcı A., Biçer A., Şahin G., Buturak V., Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:72-77

Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47, 140-151.

Kaplan ve Sadock Çocuk Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı, 2012, 218-225

Kaplan ve Sadock, Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 11. baskı, Çev. Ed. Bozkurt A., Güneç Tıp Kitabevi, 2016, 11: 437-450

Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38(10), 1214-1222.

Karakaş H. Tıpta Uzmanlık Tezi, Fibromiyalji Sendromu Olan Hastalarda Dissosiyatif Yaşantıların Bağlanma Özellikleri ve Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi, B.R.S.H.H. İstanbul, 2011

Karasar N.; Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler, 6. Basım, 1994;81-86, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, Ankara.

Kendall-Tackett K., Marshall R. Sexual Victimization of Children. Incest and Child Sexual Abuse. Chapter 3. 1998. p.47-63.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, and Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12): 1048-60

Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001;158:1034–1039.

Kluft, R. P. (1996). Outpatient Treatment of Dissociative Identity Disorder and Allied Forms of Dissociative Disorder Not Otherwise Specified in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.

Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Aydın, C., Koturoğlu, G., Turhan, T., Çelik, A., Şenol, E., Kara, S., Solak, U. Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularının Demografik Ve Klinik Özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin Bir Yıllık Deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*, 2012., 47: 119-24

Koçak U. Alpaslan A.H., Cinsel İstismara Uğrayan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Ruhsal Değerlendirmesi, *Adli Tıp Bülteni*, 2015, 20 (1) 27-33

Köroğlu E., *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, 2004, 14: 381-403

Köroğlu E., *Klinik Psikiyatri*, Hekimler Birliği Yayınları, 2012 (8):361-366

Kural S, Evren C, Çakmak D. Alkol/Madde bağımlılığında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer I. eksen tanıları ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi. *Bağım. Derg.* 2005, 6(1):11-24

Kristen H, Walter, Katie J, et al. The Role of Protective Self-cognitions in the Relationship Between Childhood Trauma and Later Resource Loss. *J Trauma Stress* 2010;23(2):264–273.

Ktazman JW. Uyum Bozuklukları. Sadock BJ, VA Sadock VA, editörler. *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Türkçe)*, 8. Baskı. Çev. ed: Aydın H, Bozkurt A, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd, 2007:2055-63.

Leavitt F, Katz RS, Mills M, et al. Cognitive and dissociative manifestations in patients with fibromyalgia. *Journal of Clinical Rheumatology* 2002; 8:77–84.

Leavitt F, Katz RS. The Dissociative Factor in Symptom Reports of Rheumatic Patients With and Without Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2003;10(4).

Loewenstein R.J., Putnam F.W., *Disosiyatif Bozukluklar*, Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry 8. Edition, Güneş Tıp Kitapevi, 2007, Vol:2 (17): 1844-1901

Ellason JW, Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep*, 80:447-450 11.

Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD ve ark. (1998) Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 155:1746-1752.

Leblebici B., Adam M., Doruk P. Yaşlı ve Genç Erişkin Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2015;35(1)

Lochner C, Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJH ve Stein DJ. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 2002, Volume 15, Issue 2, pages 66–68.

Madenci E., Herken H., Yağız E., Keven S., Gürsoy S., Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Basa Çıkma Becerileri, *Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg.* 2006;52(1):19-21

Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991; 303:216-219.

Marazziti D, Dell'osso B, CatenaDel'Osso M, et al. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr* 2007;12:751-756.

Maughan A, Cicchetti D. Impact of child maltreatment and inter adult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development* 2002;73:1525–1542.

Meb., Anksiyete, Somatoform, Dissosiyatif Ve Duygu Durum Bozukluklar. Ankara, 2012

Michelle Hughes, MA, MSW, Marian F. Earls, MD, FAAP, Carmen Hooker Odom, MRP, Kristen L. Dubay, MPP, Anne R. Sayers, MSW, Jennifer Tolle Whiteside, MA, and Pam Silberman, JD, DrPH., Preventing Child Abuse and Neglect, *NC Med J* September/October 2005, Volume 66, Number 5 343

Morris, C. G. (2002). Psikolojiyi anlamak, çev. Belgin Ayvaşık, Melike Sayıl, Türk Psikoloji Derneği Yayını, 491-495.

Mulder RT, Beautrais A, Joyce PR, Fergusson DM (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 6, 806-811.

Müller W., Schneider E.M., Stratz T., The Classification of Fibromyalgia Syndrome, *Rheumatol Int.* 2007; 27: 1005-1010.

Napoli V., Kilbride JM., Tebs DE., Adjustman and growth in a changing world. NY West;1996

Näring GWB.,Lankveld W., Geenen R. Somatoform Dissociation and Traumatic Experiences in Patients with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. *Clinicaland Experimental Rheumatology* 2007;2:872-877.

Nasıroğlu S. Çocuk İstismarında Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(1):67-78.

National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). Child Maltreatment 2008. U.S.Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.

Nijenhuis ERS. Somatoform Dissociation:MajorSymptoms of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma&Dissociation* 2000;1(4):7-32.

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, et al. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reportedt rauma. *J Trauma Stress* 1998;11:711–730.

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, et al. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J NervMentDis* 1996;184:688–694.

Nordahl HM, Stiles TC. (2007) Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry*; 9: 6-9.

O'connor K.M.,Rummans T.A., Philbrick K.L., Kas İskelet Sistetemi Bozuklukları, Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry 8. Edition, Güneş Tıp Kitapevi, 2007, Vol:3 s.2178-2179.

Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlston EA, Egeland B (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–879.

Polat O. Çocuk İstismarı Teşhis ve Tedavi, *Adli Tıp Bülteni Cilt 2, Sayı 1* (1997)

Oksel F. Fibromiyalji Etiyopatogenezi, *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya, 2001, 78-80.*

Onno Van Der Hart And Rutger Horst, *The dissociation theory of Pierre Janet* journal of Traumatic Stress, Vol 2, No. 4, 1989

Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Cetin G, Miral S, Hancı H, Erşahin Y, Tepeli N, Bulguc AG ve Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25(2): 279-290.

Orava TA, McLeod PJ, Sharpe D. Perceptions of control, depressive symptomatology and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence* 1996;11:167–186.

Ovayolu N.; Uçan Ö., Serindağ S., Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (2)4, 2007

Öncü, E., Kurt, A. Ö., Esenay, F. I., & Özer, F. Çalışan çocukların ailede istismarı/Abuse of working children within the family. *Turkish Journal of Public Health*, (2012). 10(3), 128-140.

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan Kahiloğulları, A. ve Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ve Psikopatoloji ile İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12(2), 130-136.

Özçetin A. Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4 (3): 34-44.

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

Özgüven, H. D.,& Tuncer, H. T. (1997). Uyum bozukluğu. Kriz Dergisi, 5(2), 87-94.

Özkan Ş., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011

Özmenler N.K., Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C., Köroğlu E. (Ed), Hekimler Yayın Birliği: Ankara; 2007, 35: 353-359.

Özten E., Sayar G.H., Eşik Altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2015;7(4):348-355.

Öztürk E. Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Doktora Tezi, 2003

Öztürk E. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi, Psikeart Dergisi, 2009;(2): 39-49.

Öztürk E. Travma ve Dissosiyasyon Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri, Nobel Tıp Kitabevi, 2017

Öztürk E. ve Şar V., Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders, *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 62: 662–668.

Öztürk, E., & Şar, V. (2006). The "Apparently Normal" Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4(3-4), 287-303.

Öztürk M., Uluşahin A., *RuhSağlığı ve Bozuklukları*, 2011; 11: 512-554.

Pala, M., Ünalacak, M., Ünlüoğlu, İ. (2011). Çocuklara Kötü Muamele: İstismar ve İhmal. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1): 121-127.

Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 9: (1), 50-62.

Penacoba Puente C, Velasco Furlong L, Écija Gallardo C, Cigarán Méndez M, McKenney K. Anxiety, depression and alexithymia in fibromyalgia: are there any differences according to age? *J Women Aging* 2013;25(4):305-320.

Perry CPLaurence JR, Mental processing out side of awareness: The contributions of Freud and Janet, in *The unconscious reconsidered*, Bowers KS Meichenbaum D, Editors. 1984, Wiley: New York. p. 9-48.

Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B. Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse Negl.* 1990;14(1):87-98.

Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, et al. Briquet's syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:1507-1511.

Putnam FW (1997). Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. The Guilford Press, New York.

Reutens ve ark., Depersonalizasyon Bozukluğu, Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı Cilt 6, Sayı 2, 2010

Ross CA, Joshi S, Currie R (1990a). Dissociative experiences in the general population. The American Journal of Psychiatry, 147, 11, 1547-1552.

Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. Turk Psikiyatri Derg. 2006; 17:252-258.

Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann C. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. Gen Hosp Psychiatry. 2010 May-Jun;32(3):315-320.

Semiz M, Kavakçı Ö, Pekşen H. et al. Dissosiyasyon, S. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder, Alexithymia and Somatoform Dissociation in Patients with Fibromyalgia. Turk J Phys Med Rehab 2014;60:245-251.

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

Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. Clinical Journal of Pain. June 2000; 16(2): 127-134.

Sinani G. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran ve Ağrı Yakınması Olan Kişilerde Çocukluk Çağı Travmasının Varlığı, Marmara Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012

Siyez DM. Duygusal İstismara Maruz Kalan ve Kalmayan Ergenlerin Benlik Algıları İle Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2003

Sokullu Akıncı F., Viktimoloji, Beta Yayınları, 2008

Soylu N, Pılan B., Ayaz M, Sönmez S. Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent. Anadolu Psikiyatri Derg. 2012; 13(4): 292-298.

Soysal AŞ, Bayoğlu BU ve Gücüyener K., Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011; 54: 148-153.

Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. Child Abuse Negl. 2003 Nov;27(11):1247-1258.

Stockdale GD, Gridley BE, WareBalogh D, Holtgraves T (2002). Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the Dissociative Experiences Scale in a nonclinical sample. Assessment, 9, 1, 94-106.

Şar V. Çoğul Kişilik Kavramı ve Dissosiyatif Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası 2000; 4: 7-11.

Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar, Temel Psikiyatri. Güleç C, Köroğlu E (editörler) Ankara, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 2007, 392-402.

Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar, İstanbul Tıp Fakültesi Yayınları Nobel Tıp Kitapevi, 2013 185-1, 65-72.

Şar V, Öztürk E, ve İkikardeş E. , Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J MedSci2012; 32(4): 1054-63.

Şar V, Yargıç LI., Tutkun H., 1995, There liability and validity of the Turkish Version of the Dissociative Experience Scale. DISSOCATION 8:10-12.

Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Temel Psikiyatri. Güleç C, Köroğlu E (editörler) Ankara, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 1998, 823-834.

Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, et al. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. J Trauma&Dissociation 2000;1:67-80.

Şar V. Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları İle İlişkili Bir Psikopatoloji Klinik Gelişim Dergisi 2009, (22):4 26-33.

Şar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakım B, Baral I. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. Compr Psychiatry. 2000 May-Jun;41(3):216-222.

Şenkal İ., Palabayıkoğlu R., Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015, 4 :(8)

Şimşek Ş.,Gençoğlan S., Cinsel İstismar Mağdurlarında Travma Belirtileri, Dicle Tıp Dergisi, 2014, 41 (1) :166-171.

Taner, Y. ve Gökler, B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 2004, 35:(2) 82-86.

Taşkın ve ark., Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:248-255.

Taycan O.,Yıldırım A., Çoklu Travmanın Etkilerine Alternatif Bir Yaklaşım: Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *Arch Neuropsychiatry* 2015; 52: 312-314.

Tekin M., Tekin A., Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014;6(4):330-339.

Terr, L. C. (1983). Life attitudes, dreams, and psychotrauma in a group of "normal" children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22(3), 221-230.

Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:837-844.

Toker T, Tiryaki A, Özçürümez G, ve ark. Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22(2):83-92.

Topbaş M., İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2004, 3 (4): 76-80.

Töngel Ş., Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı İstismar ve İhmali İle Mizaç, Karakter Özellikleri ve Öfke Arasındaki İlişki, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*, 2001

Turhan E., Sangün Ö., İnandı T., Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi STED 2006 , 15:(9) 153-157.

Tutkun H., Şar V., Yargıç IL., Özpulat T., Yanık M. Kızıltan E., Frequency of Dissociative Disorder Among Psychiatric Inpatient in Turkish University Clinic. Am J Psychiatry 155:6, June 1998

Türkoğlu ve Ark., Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının Araştırılması, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2000, 22 (3): 144-148.

Walker EA, Keegan D, Gardner G, et al. Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. Psychosomatic Medicine 1997;59:572-577.

Webermann AR, Brand BL, Chasson GS. Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. Eur J Psychotraumatol. 2014 Sep 12;5. 245-68.

Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, et al. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. Psychoneuroendocrinology 2006; 31:312–324.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995;38:19-28.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Farnham, A. G. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis & Rheumatism, 33(2), 160-172.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of

Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 600-610.

Ünal F. Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. *TSA / Yıl: 12, S: 1, Nisan 2008.*

Vural P, Uçar HN., Eray Ş, Çolhan M, Kocael Ö., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Yönlendirilen Adli Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* ,2013; 39 (1): 49-53.

Y. Tıraşçı ve S. Gören, *Dicle Tıp Dergisi*, 2007, 34:(1) 70-74.

Yağmur F., 2008, *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 6 (12): 71-78.

Yanık M., Özmen M.,Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:140-146.

Young MA, Ford JD, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. White River Junction, Vermont 055009 660/2-1998/ 750

Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (4), 423-433.

Yücel B., Psikiyatri, Ed. Kulaksızoğlu IB.,Tükel R., Üçok A.,Yargıcıİ.,YazıcıO.,İstanbul Üniversitesi Basım Yayın, 2009, 173-184.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014. 419-428.

Zoroğlu ve Ark. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78.

www.sosyalhizmetuzmani.com Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenme (02.08.2016)

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu katıldığımız çalışma yüksek lisans tezidir ve bilimsel araştırmanın adı ‘Fibromiyalji Vakalarının Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Yaşantılar Açısından Değerlendirilmesi’dir. Bu araştırmanın amacı; fibromiyalji hastalığı olan kişilerde ve sağlıklı gönüllülerde çocukluk çağı travmaları ile ilişkilerini incelemektir. Katıldığımız bu araştırma bir anket çalışmasıdır ve size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Bu çalışma için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan da herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** hakkına ve katılırsanız da herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan çalışmadan çekilme hakkına sahiptir. Size verilen ölçek ve formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğince kesin olarak aldığınız fibromiyalji tanınız yok ise ve vereceğimiz ölçekleri değerlendirme dışı kalacak şekilde eksik doldurduğunuz anlaşılırsa araştırmaya katılımınız çalışmacı tarafından sonlandırılacaktır.

Kullanılacak ölçek ve anketler ile bilgilerin doğruluğu açısından gerekli görülür ise etik kurul, araştırmanın yapıldığı kurum ve diğer sağlık otoriteleri tarafından orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilir. Gönüllü olarak katıldığımız bu çalışmada kimliğinizin ortaya çıkaracak kayıtlar kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçları yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma

konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilirse zamanında bilgilendirileceksiniz.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgi temin etmek isterseniz 0537 324 88 88 nolu telefondan günün 24 saatinde araştırmanın yürütücüsü Müge ÇOMBAŞ'a ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 102'dir. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen toplam süre 30 dakikadır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki" tüm bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **alışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı Müge Combaş tarafından yapıldı, sorma ve tartışma imkanı buldum, tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.**

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi bilerek gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi:

Telefon:

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi:

Telefon:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi:

Telefon:

EK-2: Demografik Bilgi Formu

Adı, Soyadı:

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
- 3) Öğrenim durumunuz:
 - a. Okur-yazar değil
 - b. İlkokul
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite (Lisans-Önlisans - Lisans üstü)
- 4) Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?
 - a. Anne ve baba
 - b. Anne baba ve kardeşler
 - c. Kalabalık akraba
 - d. Diğer
- 5) Çocukluğunuzda yaşadığınız yer?
 - a. Şehir Merkezi
 - b. İlçe
 - c. Köy /Kasaba
- 6) Medeni durumunuz:
 - a. Bekar
 - b. Evli
 - c. Boşanmış
 - d. Dul
 - e. Diğer
- 7) Meslek:
 - a. Memur
 - b. İşçi
 - c. Öğrenci
 - d. Çalışmıyor
 - e. Ev Hanımı
 - f. Emekli
 - g. Diğer:.....
- 8) Sigara kullanımı:
 - a. Var (belirtiniz.....)

b. Yok

9) Madde kullanımı:

- a. Yok
- b. Var

10) Alkol kullanımı:

- a. Yok
- b. Var: (belirtiniz.....)

11) Aile içinde istismara uğradınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

12) Aile dışından biri tarafından istismara uğradınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

13) Evet ise ailenizi durumdan bilgilendirdiniz mi.?

- a. Evet
- b. Hayır

14) İntihar Girişimi:

- a. Yok
- b. 1 kere
- c. 1'den fazla

15) Herhangi bir suçun mağduru oldunuz mu?

- a. Evet
- b. Hayır

16) Herhangi bir suç işlediniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

17) Yaşadığınız hastalık (fibromiyalji) nedeniyle daha önce tedavi gördüyseniz psikiyatriye başvurunuz oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

18) Fibromiyalji Sendromunu kaç senedir yaşıyorsunuz?

- d. 1 sene
- e. 2 sene
- f. 3 sene
- g. 4 sene
- h. 5 sene ve üstü

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. Yanıtlarımız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

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

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

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

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

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

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

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

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

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

6. Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

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

7. Sevildiğimi hissediyordum.

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

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

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

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

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

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

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

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

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

12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

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

13.Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

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

14.Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

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

16.Çocukluğum mükemmeldi.

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

17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

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

18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

19.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

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

21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

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

22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

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

24.Birisi bana cinsel tacizde bulun bulundu.

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

25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

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

26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

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

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

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

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

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

Ek-4: Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım Soru Listesi

SORU 1: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde her hangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü? Bir yere örneğin bir oda ya da tuvalete kapatıldınız mı?

CEVAP: 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise :

SORU 2:

Kim tarafından? Cevap:

Kaç yaşındaydınız? Cevap:

Kaç kez oldu? Cevap: (1) 1 ya da birkaç kez (2) En az 5 kez
(3) Bir çok kez (4) Çok sık ve şiddetli olarak

AÇIKLAMA:

SORU 3: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde sizi sürekli aşağılayan tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan her hangi bir kişi var mıydı?

CEVAP: 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 4:

Bu kişi kimdi? Cevap:

Kaç yaşındaydınız? Cevap:

SORU 5 : Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor muydunuz? Örneğin beslenme; güvenlik, eğitim ya da tıbbi

bakımınızın sağlanmaması ya da sevgi, destek, ilgi görememe gibi bir duru oldu mu?

(Evden kovulmayı, eve kabul edilmemeyi de içerir)

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

AÇIKLAMA:

SORU 6: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 7:

Kim yaptı? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız? Cevap:.....

Karşınızdaki kaç yaşındaydı? Cevap:.....

Kaç kez oldu? Cevap: (1) Bir kez (2) Birkaç kez (3) Bir çok kez (4) Çok sık

AÇIKLAMA:

SORU 8: Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel ilişki gibi.

CEVAP: (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise:

SORU 9:

Kim yaptı? Cevap:.....

Kaç yaşındaydınız? Cevap:.....

Karşınızdaki kaç yaşındaydı? Cevap:.....

Kaç kez oldu? Cevap: (1) Bir kez (2) Birkaç kez (3) Bir çok kez (4) Çok sık

AÇIKLAMA:

SORU 10: İntihar girişiminde buldunuz mu? (Evet ise işaretleyiniz) ()

Eğer intihar girişiminde bulduysanız hangi şekilde olduğunu daire içine alarak belirtiniz.

1. ilaç alarak
2. kesici bir alet ile
3. yüksekte atlama
4. kendini asmaya çalışma
5. diğer (belirtiniz)

.....

SORU 11: Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz oldu mu? (Evet ise işaret koyunuz)

()

Cevabınız evet ise hangi yollarla olduğunu daire içine alarak belirtiniz.

1. kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme ya da çizme
2. sigara ya da diğer yollarla yakma
3. saçlarınızı yolma
4. başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma
5. diğer (belirtiniz)

Ek-5: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

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

SORULAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ek-6: Vizüel Analog Skala

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı Őiddetinizi aŐađıdaki ölçek üzerinde iŐaretleyin.



ÖZGEÇMİŞ

İstanbul'un Fatih ilçesi'nde doğdum. İlk, Orta ve Liseyi İstanbul'da tamamladıktan sonra 2004 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünü burslu olarak kazanarak 7 dönemde şeref derecesi ile tamamladım. Mezun olduğum 2007 yılı sonrası 3 yıl özel rehabilitasyon merkezinde çalıştıktan sonra 2010 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Enstitüsü'nde Yüksek Lisans eğitimine başladım ve dersleri yüksek derece ile bitirdim. 2012 yılı Ocak ayından beri Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na bağlı olarak Psikiyatri Polikliniğinde çalışmaktayım.